



Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú

Actieplan voor het behoud van goede
en toegankelijke gezondheidszorg



Zorginstituut Nederland



Nederlandse
Zorgautoriteit

Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú

Actieplan voor het behoud van goede
en toegankelijke gezondheidszorg

November 2020



Zorginstituut Nederland



Nederlandse
Zorgautoriteit

Voorwoord

De Nederlandse gezondheidszorg is een van de beste ter wereld. Inwoners van Nederland krijgen goede zorg als zij dat nodig hebben, op basis van solidariteit. Rijken betalen mee voor armen en gezonde mensen betalen mee voor zieke mensen. Behoud van dit mooie, solidaire stelsel is een enorme uitdaging. Ons zorgstelsel kraakt en piept in zijn voegen, omdat we steeds langer leven en met elkaar een steeds groter beroep doen op beschikbare zorg en middelen. Niet alleen COVID-19 heeft duidelijk gemaakt dat sprake is van verdringing van zorg. Ook onder normale omstandigheden ontregelt verdringing van zorg iedere dag opnieuw het systeem, door onnodige zorg of verkeerde keuzen voor de inzet van zorg. COVID-19 heeft de noodzaak om nú in actie te komen alleen maar urgenter gemaakt.

Wij zien het als onze missie ervoor te zorgen dat het beschikbare geld zinvol wordt besteed. Als we de kwaliteit en toegankelijkheid van ons solidaire systeem betaalbaar willen houden, dan is het nu tijd voor verandering. Hiervoor zijn bewustzijn, verantwoordelijkheidsgevoel, veranderingsgezindheid én lef nodig van iedereen die een rol vervult in het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij denken we niet alleen aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden, maar aan alle 17 miljoen Nederlanders. Die moeten gaan beseffen dat er geen automatisch recht bestaat op alle gewenste zorg. Alleen zorg die daadwerkelijk bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven staat in de toekomst op het 'passende zorg-menu'. Alleen zo kunnen we ook in de toekomst goede en betaalbare zorg garanderen voor alle Nederlanders.

Dit advies *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú* is opgebouwd uit de delen A en B, afzonderlijk van elkaar te lezen en te gebruiken. Deel A bevat het advies en deel B is een gedetailleerde uitwerking van de werkagenda die we in het advies voorstellen. Gelijkgericht samenwerken aan passende zorg betekent namelijk: niet op elkaar wachten, maar parallel aan elkaar beginnen.

Het is tijd om in beweging te komen. Het is tijd voor heldere taal, eenduidige doelen, moedige afspraken én overeenstemming. Het is tijd om alle krachten te bundelen. Dit advies is het startpunt van een stapsgewijze verandering in onze gezondheidszorg. Het is een ambitieus actieplan, maar we zijn trots op onze ambities en vertrouwen op de veranderbereidheid van álle betrokkenen om een van de beste zorgstelsels ter wereld betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen, nu en in de toekomst. We hebben een groot aantal experts en partijen uit het zorgveld gevraagd mee te denken en feedback te geven op onze ideeën en danken hen voor de waardevolle inbreng. Vanwege COVID-19 is niet iedereen in staat geweest bij te dragen. Daarom hierbij de open uitnodiging om in een later stadium deel te nemen aan de verdere uitwerking. Wij kijken uit naar uw reacties en inzet!

Marian Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur
Zorginstituut Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	5
Samenvatting	6
Advies over randvoorwaarden voor passende zorg	7
Wat is er nodig voor meer passende zorg?	8
Principes van passende zorg	8
Randvoorwaarden voor passende zorg	9
Wat vragen we van het ministerie van VWS?	9
Wat vragen we van de politiek?	10
Wat betekent passende zorg voor de patiënt?	10
Wat vragen we van partijen?	10
Wat doen de NZa en het Zorginstituut? Introductie van onze werkagenda Passende Zorg	11
Tot slot	12
Inleiding	13
Toenemende druk op de houdbaarheid van het stelsel	13
Resultaten van initiatieven bevorderen gepast gebruik blijven achter	14
COVID-19 en verdringing van zorg	15
Adviesaanvraag en scope	16
Eerder advies NZa	16
Leeswijzer	17
Deel A: Advies passende zorg	18
Deel B: Werkagenda passende zorg NZa en Zorginstituut	41

Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg is één van de beste ter wereld. We kunnen allemaal – jong, oud, gezond of ziek – rekenen op goede zorg wanneer we die nodig hebben. Daar betaalt iedereen aan mee, via belastingen en de verplichte basiszorgverzekering. Toegang tot betaalbare goede zorg is in ons land een vanzelfsprekendheid, maar blijft dat zo? De kosten van de gezondheidszorg groeien jaar op jaar. Afspraken tussen de overheid en zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars weten tot dusverre de groei nauwelijks te beteugelen. Inmiddels wordt de zorgsector een ‘koekoeksjong’ genoemd: door de almaar stijgende zorguitgaven komen investeringen in andere belangrijke sectoren en in de oplossing van maatschappelijke vraagstukken serieus in de verdringing.

In de zorgsector werken meer dan een miljoen mensen, en we maken allemaal gebruik van de zorg. De een minder, de ander meer. Ons systeem is gebaseerd op solidariteit, waardoor de zorg voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit is. Dit mooie systeem staat in toenemende mate onder druk. De vraag naar gezondheidszorg neemt toe in omvang en complexiteit door de toename van chronisch zieken en ouderen. De financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg en de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg komen hierdoor steeds meer onder druk te staan.

Op het moment van schrijven van dit advies, zitten we midden in de tweede COVID-19-golf. Om zorg te kunnen verlenen aan ernstig zieke COVID-19-patiënten wordt reguliere, niet-acute zorg afgeschaald. Zorgverleners en patiënten ervaren dit terecht als heel pijnlijk. Maar ook onder normale omstandigheden ontregelt verdringing van zorg iedere dag opnieuw het systeem. Deze verdringing is niet het gevolg van zorgcapaciteit die elders wordt ingezet, zoals bij de coronacrisis, maar is het gevolg van het leveren van onnodige zorg of van verkeerde inzet van zorg. Dat leidt niet alleen tot verspilling van geld en mankracht, maar ook tot onnodige druk op het systeem. Hier geven we drie concrete voorbeelden van.

Ten eerste: dure, gespecialiseerde zorg wordt ingezet als ook kan worden volstaan met eerstelijnszorg. En op de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die de zorg het hardst nodig hebben, omdat ook mensen met een lichte zorgvraag naar de gespecialiseerde zorg worden verwezen. Voorbeeld twee: zorg wordt voornamelijk op locatie verleend in het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk, terwijl ook gebruikgemaakt had kunnen worden van digitale oplossingen als telemonitoring, die ervoor zorgen dat patiënten minder consulten en opnames nodig hebben. Ten derde is er nog de zorg die helemaal niet nodig hoeft te zijn, als meer ingezet zou worden op preventie en het stimuleren van een betere leefstijl en gezondere omgeving. Verspilling klinkt hard, maar in alle drie deze voorbeelden is hier sprake van. Als meer of zwaardere zorg wordt ingezet dan nodig is, dan is dat verspilling die we ons niet langer kunnen en willen veroorloven. Iedereen: zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en patiënten moeten hierin hun eigen verantwoordelijkheid erkennen en ook gaan nemen.

Wat kunnen we bereiken met de (begrensde) publieke financiële middelen die we hebben? Want ondanks de vele initiatieven van de afgelopen jaren, constateren we dat er in de zorg nog steeds sprake is van (onbedoelde) verspilling. Bestaande initiatieven voor het bevorderen van gepast gebruik raken nog onvoldoende aan de kern van de problematiek: systeem-prikkels die patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars als tegengesteld of zelfs tegenstrijdig ervaren. Daarnaast zien we dat voor veel zorg nog geen of weinig bewijs is voor de effectiviteit. Daar is nog meer onderzoek voor nodig, want mogelijk betalen we met elkaar voor zorg die te weinig of zelfs niets toevoegt aan het functioneren en de kwaliteit van leven van mensen.

Advies over randvoorwaarden voor passende zorg

De minister voor Medische Zorg heeft Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te identificeren welke randvoorwaarden binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (Zvw) nodig zijn om (initiatieven voor) gepast gebruik van zorg verder te stimuleren en structureel onderdeel te laten zijn van het leveren van reguliere zorg. Wij vatten deze vraag breder op: in dit advies gaan we in op de randvoorwaarden die wij zien voor passende zorg, en hoe alle partijen moeten bijdragen aan het organiseren en realiseren daarvan.

Daarmee gaat dit advies over de randvoorwaarden voor passende zorg. Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. In ons collectieve en solidaire zorgstelsel is het overgrote deel van alle zorg verzekerd. Met elkaar betalen we daarvoor. Dit betekent dat we kritisch moeten zijn op verspilling door het (blijven) aanbieden van zorg, die niet bijdraagt aan het functioneren van mensen of niet effectief is voor het individu. Of zorg waarvan we met elkaar vaststellen dat we de hoge kosten ervan niet kunnen dragen. Op basis hiervan definiëren we passende zorg als: gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. Volgens ons zijn het twee kanten van dezelfde medaille die elkaar versterken: passende zorg kan pas ontstaan als deze in samenhang met de organisatie ervan wordt benaderd. Dit advies is een eerste stap op weg daarnaartoe.

Het is aan de politiek om te bepalen hoeveel geld jaarlijks beschikbaar is voor de gezondheidszorg. Als Zorginstituut en NZa zien wij het als onze missie ervoor te zorgen dat het beschikbare geld zinvol wordt besteed. Als we de kwaliteit en toegankelijkheid van ons solidaire systeem betaalbaar willen houden, dan is het nú tijd voor verandering.

Met dit advies willen het Zorginstituut en de NZa met alle betrokken partijen – privaat en publiek – een traject in gang zetten op weg naar het realiseren van randvoorwaarden voor het leveren van passende zorg die waarde toevoegt. Met dit advies als uitgangspunt willen we met alle betrokken partijen werken aan passende zorg. Dit advies brengen wij uit aan de minister voor Medische Zorg, maar het is ook gericht aan andere zorgoverheden (zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) en de overheid als geheel.

Wat is er nodig voor meer passende zorg?

Passende zorg vereist dat iedereen zijn rol op de juiste manier vervult. Alleen als we elkaar hieraan houden, kunnen we op grote schaal verbeteringen bereiken in de organisatie én het gepast gebruik van zorg. Dit rapport bevat concrete adviezen om ervoor te zorgen dat alle betrokken partijen zich (kunnen) committeren aan de principes van passende zorg, zodat iedereen daar in de praktijk naar gaat handelen. De overheid moet deze transitie met de juiste kaders faciliteren - en waar nodig met (aangepaste) regelgeving afdwingen. We zien daarom een aanpak langs drie lijnen die sterk met elkaar in verbinding moeten zijn:

1. Partijen in de zorg – patiënten vertegenwoordigers, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – maken afspraken over wat passende zorg is en hoe deze tot stand komt. Die afspraken worden vastgelegd in een nieuw *Kwaliteitskader passende zorg*. Dit beschrijft kernachtig de principes van passende zorg. Door onderlinge afspraken en contracten houden patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar hieraan.
2. De overheid verbindt zich aan het scheppen van de juiste randvoorwaarden om passende zorg te faciliteren en ook te handhaven. De principes van passende zorg moeten weer- spiegeld worden in wet- en regelgeving en de programma's waar de overheid op inzet, zoals in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) en het programma Uitkomstgerichte Zorg.
3. De taken van het Zorginstituut (pakketbeheer, risicoverevening en kwaliteitstaken) en de NZa (bekostiging en toezicht) worden in lijn gebracht met de principes. We maken in dit advies de werkagenda bekend waarmee wij onze bijdrage leveren aan meer passende zorg.

Principes van passende zorg

Principes zijn geen harde regels, maar geven richting. Ze beschrijven niet precies wat in welke situatie passende zorg is, maar de beginselen waaraan gewerkt moet worden om alleen passende zorg te laten ontstaan. Ze werken als een gedeeld kompas voor iedereen die werkt aan passende zorg. In dit advies doen we een voorzet voor deze principes:

- **Passende zorg is waardegedreven:** zorg voor een doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs.
- **Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand:** de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de patiënt.
- **Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek:** (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom mensen organiseren, en zorg vervangen door slimme zorg en e-health.
- **Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte:** zet al het overheidsbeleid in op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen (*health in all policies*), focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren (positieve gezondheid), en werk aan het voorkomen van ziekte en zwaardere zorg (preventie).

Met deze voorlopige principes kunnen we al aan de slag met het bevorderen van passende zorg, terwijl er door partijen wordt gewerkt aan vastlegging van de gezamenlijke principes.

Randvoorwaarden voor passende zorg

Voor het scheppen van effectieve randvoorwaarden zien wij drie belangrijke uitgangspunten:

- **Congruentie:** alle partijen moeten samen gericht zijn op eenzelfde doel, namelijk passende zorg. De zorgverzekeraar moet streven naar passende zorg vanuit zijn eigen rol, net als de zorgaanbieder vanuit zijn rol, et cetera. Congruentie valt uiteen in gelijkgerichtheid en paralleliteit: de neuzen dezelfde kant op én niet op elkaar wachten om actie te ondernemen.
- **Lerend systeem:** ‘wat werkt groeit, wat niet bijdraagt verdwijnt’. We hebben sector- en overheidsbreed een lerend systeem nodig waarin opgedane resultaten steeds de basis vormen voor een nieuwe verbeterslag. Meer evaluatieonderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen is nodig, zowel bij nieuwe behandelingen die instromen als bij bestaande zorg. ‘Wat niet bijdraagt verdwijnt’ heeft ook betrekking op de samenstelling van het basispakket en de bekostiging.
- **Decentrale toepassing:** alleen op het niveau van de patiënt en zorgprofessional kan precies worden bepaald wat passende zorg is in een bepaalde situatie. Decentraal wordt dus vormgegeven wat passende zorg is. Naast het individuele niveau, geldt dit ook op lokaal of regionaal niveau: ook daar wordt gekozen voor een oplossing die passend is. Wij beschouwen het als de rol van het Zorginstituut en de NZa om samen met het ministerie van VWS centraal de juiste randvoorwaarden te creëren voor passende zorg – zonder te bepalen wat in iedere afzonderlijke situatie passende zorg is.

Wat vragen we van het ministerie van VWS?

We hopen dat de ministers van VWS de oplossingsrichting zoals beschreven in dit advies omarmen. Wij adviseren hen de volgende stappen te zetten en de hiervoor benodigde middelen beschikbaar te maken. Onderstaande lijst met adviezen is geen keuzemenu: al deze ‘knoppen’ zijn noodzakelijk om de voorgestelde aanpak voor passende zorg succesvol te laten zijn. Aan alle knoppen moet tegelijk worden gedraaid. (Deze adviezen staan in meer detail in deel A: par. 5.1.)

1. Versterk ons in de uitvoering van de werkagenda voor passende zorg van het Zorginstituut en de NZa, door:
 - voorwaarden bij pakketaanspraken te onderzoeken;
 - de bekostiging aan te passen voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg;
 - te bezien of aanpassing van de risicoverevening zinvol is om passende zorg lonend te maken voor zorgverzekeraars;
 - te kijken naar mogelijkheden om de actualisering van richtlijnen en standaarden te versnellen, en verankering van de principes in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) te onderzoeken, zodat hier met het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden op getoetst kan worden.

2. Breng budgettaire kaders en hoofdlijnakoorden in lijn met de principes van passende zorg. Laat het geld de burger volgen door flexibilisering van de financiële kaders per sector, zodat geld kan worden verschoven. Maak meer geld vrij voor preventie, publieke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning.
3. Stimuleer samenwerking en zorg voor praktische guidance over de toepassing van de concurrentieregels, zodat partijen zoveel mogelijk zelf aan de slag kunnen.
4. Versnel het beschikbaar komen van uitkomstinformatie als noodzakelijke randvoorwaarde voor een lerend systeem dat leidt tot passende zorg.
5. Voer strakke regie op het organiseren van noodzakelijke gegevensuitwisseling en versnel totstandkoming van wettelijke verplichtingen voor het kunnen ontstaan van meer passende zorg.
6. Verken de mogelijkheden van doorzettingsmacht om lokale patstellingen te doorbreken, zodat verdere groei van lokale initiatieven voor passende zorg niet wordt gehinderd door partijen die geen belang hebben bij verandering.

Wat vragen we van de politiek?

Ingewikkelde, maar noodzakelijke keuzes zijn nodig voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Tegelijkertijd zien we dat dit in de Tweede Kamer geen populaire boodschap is. Maar stel dat huisartsen meer klachten kunnen behandelen en dat daardoor minder verwijzingen nodig zijn. Als één huisarts deze werkwijze toepast, dan is de impact op andere zorgaanbieders in de keten beperkt. Maar als we deze omslag regionaal of nationaal zouden maken, dan neemt het aantal patiënten in ziekenhuizen aanzienlijk af en is het wenselijk dat ziekenhuizen afslanken. In het recente verleden hebben we gezien dat een ziekenhuis overeind wordt gehouden ten koste van de verbeterde aanpak door huisartsen. De politiek voelt zich gedwongen om tegen passende zorg te kiezen vanwege andere – eveneens gerechtvaardigde – belangen.

Wij geloven dat een gezamenlijk kompas van de principes van passende zorg naar een betere uitkomst kan leiden en verzoeken politici in de Tweede Kamer deze principes als uitgangspunt te nemen bij beslissingen.

Wat betekent passende zorg voor de patiënt?

De principes van passende zorg stellen patiënten in staat om voor passende zorg te kiezen. Ze zijn zich ervan bewust dat verschillende (behandel)opties mogelijk zijn, die kunnen leiden tot verschillende uitkomsten en mogelijk tot verschillende kosten. Dat betekent soms ook dat niets doen beter is dan behandelen. Patiënten gaan beseffen dat er geen automatisch recht bestaat op alle gewenste zorg. Alleen zorg die daadwerkelijk van waarde is, staat in de toekomst op het 'passende zorg-menu'. De patiënt wordt niet geholpen door zorg die niet effectief is of niet op een efficiënte wijze is georganiseerd. Patiënten worden ook gestimuleerd mee te doen met aangereikte preventieve interventies om zelf zo gezond mogelijk te blijven of weer te worden.

Wat vragen we van partijen?

Aan de hand van de principes van passende zorg, het *Kwaliteitskader passende zorg* en daaruit voortvloeiende afspraken vragen we het volgende van partijen:

We vragen zorgverleners te innoveren in lijn met de principes, zoals: bijdragen aan zorg-evaluaties, doelmatige keuzes maken, niet-passende zorg de-implementeren¹, samenwerken in netwerkzorg en digitale zorgoplossingen en preventiemogelijkheden inzetten bij iedere patiënt. Zorgverleners durven productiegerichte afspraken te heroverwegen ten gunste van contractuele afspraken, waarin de waarde voor de patiënt voorop staat. Bijvoorbeeld met meer tijd voor de patiënt of met meer telemonitoring, waardoor minder consulten nodig zijn.

Zorgaanbieders bewegen mee met de zorg die echt nodig is in hun regio. Ook als dat krimp betekent voor de eigen instelling. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en betrokken financiers bundelen de krachten om tot afspraken en oplossingen te komen, waarbij het patiëntenbelang altijd vooropstaat. Ze werken aan het de-implementeren van niet-passende zorg en contracteren volgens de principes van passende zorg. Zorgaanbieders richten passende zorgpaden in binnen de eigen instelling én met hun netwerk.

Verzekeraars investeren in hun zorginkoop om in staat te zijn op decentraal niveau passende zorg in te kopen, door gebruik te maken van een breed palet van bekostigingsmogelijkheden en minder vaak terug te vallen op een productiegerichte afspraak. We zien goede bestaande initiatieven zoals meerjarenafspraken in de toekomst graag op grotere schaal. Zorgverzekeraars maken afspraken over de-implementatie van niet-passende zorg, eventueel met de bestaande transformatiegelden. Succesvolle initiatieven voor meer passende zorg moeten door alle zorgverzekeraars worden geïmplementeerd en opgeschaald.

We vragen van (koepels van) patiëntenorganisaties, beroepsorganisaties en zorgverzekeraars het *Kwaliteitskader passende zorg* op te stellen met alle relevante partijen. Ook vragen we hen de nadere beschrijving van zorg in richtlijnen en standaarden te laten aansluiten op de principes in dit kwaliteitskader. Verder vragen we hen om structureel hun bijdrage te blijven leveren aan het lerend systeem van passende zorg, door te blijven werken aan de lopende programma's en projecten, in lijn met de principes. En mee te blijven denken hoe prikkels steeds beter ondersteunend kunnen zijn aan passende zorg.

Wat doen de NZa en het Zorginstituut? Introductie van onze werkagenda Passende Zorg

We vinden het vanzelfsprekend dat wij – als actoren in het zorgstelsel – uiteenzetten welke rol we voor onszelf zien. We benoemen daarvoor een aantal acties voor de periode 2021-2023. Zo gaan wij passende zorg bevorderen. De benoemde acties zijn niet bedoeld ter vervanging van huidige programma's en initiatieven, maar als aanvullend en randvoorwaardenscheppend. We vatten het totaal aan acties op onze werkagenda als volgt samen:

1. Organiseren van landelijke dialoog voor partijen, die leidt tot een bindend kwaliteitskader met principes van passende zorg (activiteit van het Zorginstituut).
2. Inzicht krijgen in de data die we nodig hebben voor het monitoren van de voortgang van passende zorg (zie deel B hfst. 1).

¹ "De-implementeren is het terugdringen van niet-gepaste zorg. Het woord is afgeleid van implementeren, wat juist het invoeren van nieuwe zorghandelingen betekent." <https://doenoflaten.nl/aan-de-slag/>.

3. Onze taken in lijn brengen met de principes en beter op elkaar aan laten sluiten, o.a:
 - pakketbeheer (zie deel B hfst. 2);
 - bekostiging (zie deel B hfst. 3);
 - risicoverevening (zie deel B hfst. 4);
4. Voortouw nemen in het werken aan gelijkgerichtheid (zie deel B hfst. 5).
5. Stimuleren van preventie en digitale zorg, als integraal onderdeel van passende zorg (zie deel B hfst. 6).
6. Onderzoeken, innoveren en inspireren voor meer passende zorg (zie deel B hfst. 7).

Tot slot

Alle partijen in de zorg – zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de overheid, politiek en uiteraard ook iedere inwoner van Nederland: ons zorgstelsel van wereldklasse is van ons allemaal. We hebben ieder een rol en een eigen verantwoordelijkheid om in overeenstemming met elkaar de noodzakelijke stappen te zetten om ons zorgstelsel toekomstbestendig te maken. Verandering is hard nodig. En dat betekent ingewikkelde, maar noodzakelijke keuzes durven maken. Pijnlijke keuzes ook, om met publieke middelen niet langer te betalen voor zorg die niets of te weinig toevoegt aan het functioneren en de kwaliteit van leven van mensen. Er is geen tijd meer te verliezen. Laten we samen van start gaan en kiezen voor passende zorg en een gezonde toekomst voor ons zorgstelsel. Zodat iedereen ook in de toekomst toegang houdt tot goede en betaalbare zorg.

De eerste COVID-19-golf in maart 2020 heeft ons laten zien dat het mogelijk is om snel een verandering teweeg te brengen. Met grote flexibiliteit en innovatiekracht heeft de zorgsector laten zien hoe bijvoorbeeld digitale zorgoplossingen razendsnel konden worden opgeschaald om zorg doorgang te laten vinden. Ook werd samengewerkt aan het snel verkrijgen van wetenschappelijke inzichten en werden samen keuzes gemaakt over welke zorg wel of niet te verlenen, of binnen welke termijn. Dit momentum moeten we zien vast te houden, want voor de toekomstbestendigheid van het stelsel en het komen tot passende zorg zijn de gezamenlijke flexibiliteit en inzet op innovatie belangrijke vereisten.

Inleiding

Zorg is een groot goed, waaraan meer dan een miljoen mensen dag en nacht werken en waarvan vrijwel iedereen in Nederland gebruikmaakt. Samen met al die mensen – inclusief de mensen die zorg ontvangen – willen we werken aan een zorgstelsel dat toekomstbestendig is. We willen werken aan zorg die echt waarde toevoegt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven. Daarbij letten we ook op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, voor iedereen die deze nodig heeft, nu en in de toekomst. Alleen samen kunnen we dit bereiken: als iedereen zijn rol op de juiste manier vervult en we elkaar kunnen en durven aanspreken als we onze rol niet pakken. Zo zorgen we er met elkaar voor dat iedereen toegang heeft én houdt tot goede zorg tegen een aanvaardbare prijs.

Toenemende druk op de houdbaarheid van het stelsel

De Nederlandse gezondheidszorg scoort internationaal goed op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Daar betalen we wel een steeds hogere prijs voor.^{2,3} De gezondheidszorg groeit nog steeds te sterk, ondanks de vele afspraken die zijn gemaakt tussen partijen in de zorg en het ministerie van VWS over beheerste groei van de kosten.

De zorg wordt wel een 'koekoeksjong' genoemd, omdat de zorguitgaven investeringen in andere belangrijke sectoren in de samenleving verdringen, zoals onderwijs.⁴ Of investeringen in belangrijke, maatschappelijke thema's, zoals verbeterde luchtkwaliteit. Dit zijn twee voorbeelden waarvan bekend is dat ze bijdragen aan een betere gezondheid. De vraag naar gezondheidszorg neemt toe in omvang en complexiteit door de toename van chronisch zieken en ouderen. De financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg en de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg komen hierdoor steeds meer onder druk te staan.⁵

Het is aan de politiek om te bepalen hoeveel geld er jaarlijks beschikbaar is voor de zorg. Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zien het als hun missie ervoor te zorgen dat het beschikbare geld voor de zorg zinvol wordt besteed. En met zinvol bedoelen we: zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven. Maar ook: zorg die zo efficiënt mogelijk is georganiseerd. Het beschikbare geld voor de zorg is niet oneindig, dus wat kunnen we bereiken met de begrensde publieke financiële middelen die we hebben?

2 Zorgcijfersdatabank Zorginstituut Nederland. (2020). www.zorgcijfersdatabank.nl.

3 RIVM. (2018). *Zorguitgaven, Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>.

4 Ministerie van Financiën, studiegroep begrotingsruimte. (2020). *Koers bepalen, kiezen in tijden van budgettaire krapte*. <https://www.rijksbegroting.nl/beleidsbeoordelingen/studiegroep-begrotingsruimte>.

5 Ministerie van VWS. (2019, december). *Voortgangsrapportage Werken in de Zorg*. Ministerie van VWS. (2019, mei) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*.

Om onze zorg-euro's alleen uit te geven aan zorg die bijdraagt aan de gezondheid en kwaliteit van leven, en onnodige zorg – en daarmee verspilling van geld – te voorkomen, ligt bij de overheid en partijen in de zorg veel nadruk op programma's gericht op effectiviteit en doelmatigheid. Bijvoorbeeld voor het identificeren en bevorderen van gepast gebruik en zinnige zorg of door het stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit is op vele vlakken complex.⁶ Er is gedetailleerde kennis nodig, die vervolgens in alle organisatielagen van het zorgstelsel moet worden toegepast. Dat vergt een lange adem, heldere afspraken en goede samenwerking tussen alle partijen, wat ook wordt bekrachtigd in de hoofdlijnenakkoorden.

Resultaten van initiatieven bevorderen gepast gebruik blijven achter

Ondanks de vele initiatieven voor het bevorderen van gepast gebruik van zorg van de afgelopen jaren, moeten we constateren dat in de zorg nog steeds sprake is van onnodige zorg, en daarmee verspilling van het publieke geld voor de zorg. De initiatieven raken onvoldoende aan de kern van de problematiek: systeemprikkels die patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars als tegengesteld of zelfs tegenstrijdig ervaren. Daarnaast zien we dat er voor veel zorg in het basispakket nog geen bewijs is voor de effectiviteit.⁷ Daardoor betalen we met elkaar voor zorg die mogelijk te weinig of zelfs niets toevoegt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven.

Ook de Algemene Rekenkamer constateert in het rapport *Verzekerd van Zinnige Zorg*⁸ dat de implementatie van verbeterpunten langzamer gaat dan verwacht en dat het Zorginstituut zijn bevoegdheden meer zou moeten inzetten om resultaat te boeken. Ook benadrukt de Algemene Rekenkamer het grote aantal initiatieven dat zich richt op het bevorderen van gepast gebruik (met verwijzing naar de inventarisatie van adviesbureau SiRM, dat tot meer dan 40 initiatieven kwam⁹) en spreekt haar zorgen uit over focus op en prioritering van de juiste onderwerpen.

In het rapport *Zorg voor de Toekomst* van de Sociaal-Economische Raad (SER) en de Brede Maatschappelijke Heroverweging Zorg van de Rijksoverheid wordt uitgebreid ingegaan op de toekomstbestendigheid van ons zorgstelsel en basispakket, en op de rol van gepast gebruik hierin. In beide rapporten wordt geadviseerd de rollen van de overheid en partijen, zoals de zorginkoop door zorgverzekeraars, aan te scherpen. Daarnaast schrijft de SER dat voor een basispakket met effectieve zorg evaluatieonderzoek nodig is en dat perverse productieprikkels en opvuleffecten moeten worden tegengegaan.

6 Zorginstituut. (2020). *Doelmatigheidspotentieel van substitutie van zorg in 2022*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/rapport/2020/02/28/rapport-doelmatigheidspotentieel-van-substitutie-van-zorg-in-2022>.

7 Exacte cijfers over de zorg in het basispakket zijn er niet, maar een vaak aangehaalde bron is BMJ Clinical Evidence, waarin wordt gesteld dat voor 50% van een lijst van 3000 interventies geen RCT (gerandomiseerd onderzoek) is uitgevoerd. Binnen die 50% vallen ook behandelingen die niet met een RCT te onderzoeken zijn, of waarbij het niet ethisch is om een RCT in te zetten. BMJ Clinical Evidence. (2012). *What conclusions has clinical evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence?*

8 Algemene Rekenkamer. (2020). *Verzekerd van Zinnige Zorg*. <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg>.

9 SiRM. (2019). *Van duizend bloemen naar een boeket, Inventarisatie huidige initiatieven Zorgevaluatie en Gepast gebruik*. <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Bijlages-InventarisatieinitiatievenzorgevaluatieengepastgebruikSiRM.pdf>.

COVID-19 en verdringing van zorg

Op het moment van schrijven van dit advies zitten we midden in de tweede COVID-19-golf. Om zorg te kunnen verlenen aan ernstig zieke COVID-19-patiënten wordt reguliere, niet-acute zorg afgeschaald. Zorgverleners en patiënten ervaren dit terecht als heel pijnlijk. Maar ook onder normale omstandigheden ontregelt verdringing van zorg iedere dag opnieuw het systeem.¹⁰ Deze verdringing is niet het gevolg van zorgcapaciteit die elders wordt ingezet, zoals bij de coronacrisis, maar van onnodige zorg of verkeerde keuzen voor de inzet van zorg. Dat leidt niet alleen tot verspilling van geld en mankracht, maar ook tot onnodige druk op het systeem. Hiervan geven we drie concrete voorbeelden:

Ten eerste: dure, gespecialiseerde zorg wordt ingezet waar waar ook eerstelijnszorg kan volstaan. En op de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die de zorg het hardst nodig hebben, omdat ook mensen met een lichte zorgvraag naar de gespecialiseerde zorg worden verwezen. Voorbeeld twee: zorg wordt voornamelijk op locatie verleend in het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk, terwijl ook gebruikgemaakt had kunnen worden van digitale oplossingen als telemonitoring, die ervoor zorgen dat patiënten minder consulten en opnames nodig hebben.¹¹ Ten derde is er nog de zorg die helemaal niet nodig hoeft te zijn, als meer zou worden ingezet op preventie en het stimuleren van een betere leefstijl en gezondere omgeving. Verspilling klinkt hard, maar in alle drie deze voorbeelden is hier sprake van. Als meer of zwaardere zorg wordt ingezet dan nodig is, dan is dat verspilling die we ons niet langer kunnen en willen veroorloven. Iedereen: zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en patiënten moeten hierin hun eigen verantwoordelijkheid erkennen en ook gaan nemen.

De eerste COVID-19-golf in maart 2020 heeft ons laten zien dat het mogelijk is om snel een verandering teweeg te brengen. Met grote flexibiliteit en innovatiekracht heeft de zorgsector laten zien hoe bijvoorbeeld digitale zorgoplossingen razendsnel konden worden opgeschaald om zorg doorgang te laten vinden.¹² Ook werd samengewerkt aan het snel verkrijgen van wetenschappelijke inzichten en werden samen keuzes gemaakt welke zorg wel en niet te verlenen, of binnen welke termijn.¹³ Dit momentum moeten we zien vast te houden, want gezamenlijke flexibiliteit en inzet op innovatie zijn belangrijke vereisten voor de toekomstbestendigheid van het stelsel en het komen tot passende zorg. Een belangrijke kanttekening is dat de situatie tijdens de COVID-19-crisis voor een groot deel vrij is van de prikkels die het stelsel in balans moet houden. De situatie is daarmee niet representatief. Wel moeten we de flexibiliteit en innovatiekracht vast zien te houden.

¹⁰ IQ Healthcare. (2018). *Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel*. <https://www.iqhealthcare.nl/media/124601/eindrapport-verdringing-2018.pdf>.

¹¹ Een ander voorbeeld zijn consulten, die ook telefonisch of via videobellen kunnen plaatsvinden. Gupta Strategists. (2020). *Corona: katalysator of struikelblok voor groenere ziekenhuiszorg?* <https://gupta-strategists.nl/storage/files/200528-Corona-als-katalysator-voor-groenere-ziekenhuiszorg.pdf>.

¹² NZa. (2020). *Advies stimuleren passende zorg en digitale zorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316526_22/h/.

¹³ Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) deelt geleerde lessen over gepast gebruik tijdens de COVID-19-crisis. Adviesvraag VWS met kenmerk 1722686-208209-Z

Adviesaanvraag en scope

De minister voor Medische Zorg heeft het Zorginstituut en de NZa gevraagd om te identificeren welke randvoorwaarden binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet nodig zijn om (initiatieven van) gepast gebruik verder te stimuleren en structureel onderdeel te laten zijn van het leveren van zorg, ook buiten de huidige druk op de toegankelijkheid door de COVID-19-crisis.¹⁴

Wij vatten deze vraag breder op dan gepast gebruik. We gaan in op de randvoorwaarden die wij zien voor passende zorg, en hoe alle partijen bijdragen aan het organiseren en realiseren van passende zorg. Passende zorg definiëren we als gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. In onze ogen zijn het twee kanten van dezelfde medaille. Passende zorg kan pas ontstaan als ze in samenhang worden benaderd. Dit advies is daarvoor een aanzet. In het advies lichten we de term ‘passende zorg’ uitgebreid toe en richten wij ons op de vraag: wat zijn de randvoorwaarden voor passende zorg? En wat moet er veranderen binnen het stelsel, zodat aan deze randvoorwaarden wordt voldaan?

De vraag van de minister richt zich op de randvoorwaarden binnen het huidige stelsel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw vormt daarom het vertrekpunt voor dit advies, maar we kijken ook naar de aansluiting op de andere (zorg)domeinen, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een hulpvraag van een zorgvrager beperkt zich niet altijd tot één domein en daarmee één financieringsstroom. Wat ons betreft gaat passende zorg daarom over de volle breedte van de gezondheidszorg, van maatschappelijke ondersteuning tot medisch-specialistische zorg (MSZ).

We kijken tot slot binnen het huidige stelsel en niet naar stelselwijzigingen. Stelselwijzigingen zijn complex, duren lang en zijn bovendien niet nodig als gelijkgerichtheid¹⁵ van alle partijen leidt tot de juiste verandering. In dit advies beschrijven we de grote lijnen, de ontwikkelpunten en de acties die daarvoor nodig zijn.

Eerder advies NZa

Deze adviesaanvraag van VWS is een vervolg op een eerdere adviesaanvraag, waarin de NZa werd gevraagd te adviseren over aanpassingen in het financierings- en bekostigingssysteem om de totstandkoming van passende zorg te stimuleren.¹⁶

In het NZa-advies van juli 2020¹⁷ benadrukt de NZa de noodzaak van het wegnemen van productieprikkels uit de bekostiging om passende zorg te stimuleren. Om dat te doen, wil de NZa naar gedifferentieerde bekostiging die in dienst staat van passende zorg. Differentiatie

¹⁴ Adviesvraag VWS, kenmerk 1722684-208209-Z.

¹⁵ Gelijkgerichtheid op passende zorg, naar een bewerking op de definitie door SIRM, <https://www.sirm.nl/publicaties/gelijkgerichtheid-stimuleert-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>. “Partijen bepalen samen wat er moet gebeuren om passende zorg te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen.”

¹⁶ Adviesvraag VWS, kenmerk 1702715-206705-CZ.

¹⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316526_22/1/.

zou moeten ontstaan langs het onderscheid continue zorg (chronische ziekte) en episodische zorg (acuut en electief¹⁸), waarbij meer regionale variatie in de bekostiging moet kunnen ontstaan. In het advies wijst de NZa ook op de noodzaak van gelijkgerichtheid op de verschillende niveaus.

Leeswijzer

In dit advies laten we de lezer zien hoe passende zorg kan worden gekwalificeerd en hoe we er gezamenlijk (overheid en partijen) voor kunnen zorgen dat steeds meer van de geleverde gezondheidszorg passende zorg is. In het eerste hoofdstuk van deel A definiëren we passende zorg. Daarna beschrijven we hoe de principes van passende zorg verder kunnen worden ontwikkeld en verankerd (hfst. 2 van deel A).

Gezien de urgentie, doen wij al een voorzet voor de principes van passende zorg in hoofdstuk 3 van deel A. Daarna beschrijven we de uitgangspunten, die gelden voor alle randvoorwaarden die in orde moeten worden gemaakt voor meer passende zorg (hfst. 4 van deel A).

In hoofdstuk 5 van deel A beschrijven we wat in ieders rol (overheid en partijen) nodig is voor het realiseren van passende zorg. Daarvoor geven we ook concrete adviezen aan VWS. Tot slot presenteren we de gezamenlijke werkagenda van het Zorginstituut en de NZa, waarmee we alvast stappen gaan zetten in de richting van meer passende zorg, in deel B. Deze werkagenda is opgesteld op basis van de voorzet voor de principes in hoofdstuk 3 van deel A.

18 Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek of behandeling), waarvan het medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld, in tegenstelling tot acute zorg.



Deel A

Advies passende zorg

1. Wat is passende zorg?	20
1.1 Passende zorg is een individueel én collectief begrip	20
1.2 Passende zorg is meer dan gepast gebruik	20
1.3 Passende zorg door het volgen van principes	21
2. Ontwikkeling en verankering van principes van passende zorg	22
2.1 Het Zorginstituut en de NZa doen een voorzet voor principes in dit advies	22
2.2 Partijen leggen principes vast in Kwaliteitskader passende zorg en het Zorginstituut agendeert en faciliteert de totstandkoming	23
2.2.1 Kwaliteitskader leidt niet tot meerkosten maar juist tot beheersing van zorgkosten	23
2.2.2 Landelijke dialoog en aansluiting op lopende programma's	23
2.3 Partijen maken verbindende afspraken gebaseerd op principes	23
2.4 Partijen werken principes nader uit in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen	24
2.5 Overheden verankeren principes in hun taken	24
2.6 Continue cyclus van passende zorg organiseren en realiseren	24
3. Voorzet voor principes van passende zorg	26
3.1 Principe: passende zorg is waardegedreven	27
3.2 Principe: passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand	27
3.3 Principe: passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek	28
3.4 Principe: passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte	29

4. Randvoorwaarden scheppen voor passende zorg	30
4.1 Congruentie	30
4.1.1 Congruentie bij partijen	31
4.1.2 Congruentie bij overheid	32
4.2 Lerend systeem	32
4.3 Decentrale toepassing	33
5. Hoe gaan we samen passende zorg realiseren?	34
5.1 Wat vragen we van het ministerie van VWS?	34
5.2 Wat vragen we van de politiek?	36
5.3 Wat betekent passende zorg voor de patiënt?	37
5.4 Wat vragen we van partijen?	37
5.5 Wat vragen we van de ACM?	38
5.6 Wat vragen we van de IGJ?	38
5.7 Tot slot: wat doen NZa en Zorginstituut?	
Introductie van onze werkagenda Passende Zorg	38

1. Wat is passende zorg?

In dit hoofdstuk beschrijven we wat passende zorg is en dat we tot passende zorg kunnen komen door principes te volgen.

1.1 Passende zorg is een individueel én collectief begrip

Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. In ons collectieve en solidaire zorgstelsel is het overgrote deel van de zorg verzekerd. Passende zorg in dit stelsel betekent dat we kritisch moeten zijn op verspilling in de vorm van zorg die niet bijdraagt aan het functioneren van het individu, die niet effectief is bij deze persoon. Of waarvan we met elkaar vaststellen dat we collectief de kosten voor deze zorg niet kunnen of willen dragen (bijvoorbeeld omdat de hoge kosten andere zorg verdringen of omdat lage kosten door mensen zelf kunnen worden gedragen). Door niet-passende zorg lopen mensen mogelijk onnodige risico's en komt de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel in het geding. Passende zorg is dus een individueel én collectief begrip en belang.

1.2 Passende zorg is meer dan gepast gebruik

Gepast gebruik kent verschillende definities en gaat over de effectiviteit en doelmatigheid van medische interventies en of deze aansluiten bij de situatie en wensen van het individu.¹⁹ Passende zorg is een breder begrip. We vinden ook de organisatie van zorg van belang: de samenwerking tussen zorgverleners, de samenhang tussen en samenwerking met andere domeinen. Met passende zorg kijken we ook naar de invloed van het uitvoeren van medische interventies op de toegankelijkheid en de algehele betaalbaarheid van zorg, omdat we vinden dat de gezondheidszorg ook toekomstbestendig moet zijn. We willen dat iedereen ook in de toekomst toegang heeft tot zorg van goede kwaliteit tegen een aanvaardbare prijs.

Passende zorg definiëren we daarom als gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Tot nu toe hebben we deze twee zaken als losse onderwerpen behandeld, terwijl ze elkaar kunnen versterken en zelfs nodig hebben.

Passende zorg = gepast gebruik x organisatie van zorg

¹⁹ LUMC, Nivel en RIVM, in opdracht van het Zorginstituut, ZonMw, FMS en NFU. (2015). *Begrippenkader en definities 'Gepaste Zorg en Praktijkvariatie'*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/04/15/begrippenkader-gepaste-zorg-en-praktijkvariatie>.

Een voorbeeld van de benodigde combinatie van afspraken over gepast gebruik en over de organisatie van zorg is de invoering van de intra-arteriële trombectomie (IAT). In de acute fase van een herseninfarct kan verdere schade aan de hersenen worden voorkomen door snel ingrijpen met IVT (intraveneuze trombolysen) en IAT. Er moet snel worden bepaald welke behandeling een patiënt moet krijgen, en waar dit kan (IAT is alleen mogelijk in zeventien gespecialiseerde ziekenhuizen). Om de patiënt snel op de juiste plek te krijgen zijn goede afspraken nodig in de spoedzorgketen in iedere regio. Alle partijen hebben gewerkt aan een kwaliteitsstandaard met kwaliteits- en volumenormenten, indicatiecriteria en afspraken over de organisatie van zorg.²⁰

1.3 Passende zorg door het volgen van principes

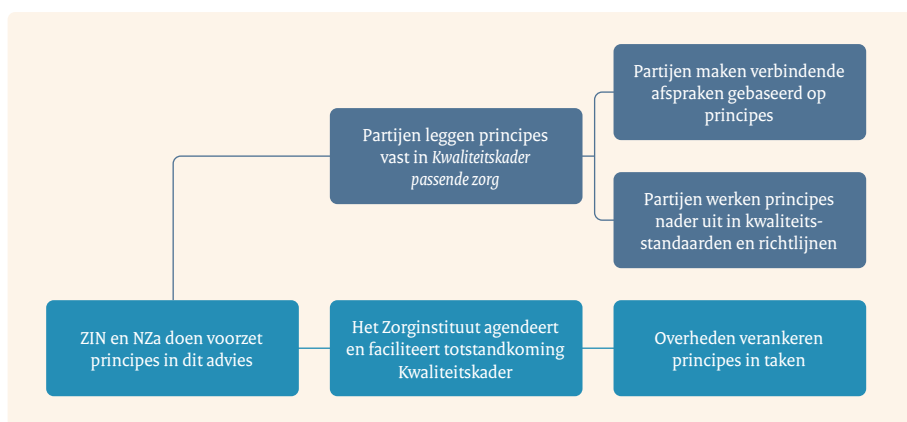
Passende zorg is een breed begrip dat zich niet laat vangen in een eenduidige definitie. Wel constateren we dat het begrip kan worden gevangen in een aantal onderliggende principes. Om de vrijblijvendheid te doorbreken en te zorgen dat passende zorg de enige optie is, is het uitspreken van die principes noodzakelijk.

²⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/09/03/invoering-kwaliteitsstandaard-acute-herseninfarct-succesvol>.

2. Ontwikkeling en verankering van principes van passende zorg

Volgens ons is het essentieel dat het veld principes van passende zorg beschrijft én deze set principes verankert in een *Kwaliteitskader passende zorg*. Dit is noodzakelijk, omdat commitment nodig is om gezamenlijk aan passende zorg te werken en elkaar hierop aan te kunnen spreken.²¹ Figuur 1 toont de stappen die we zien voor het ontwikkelen en verankeren van de principes:

FIGUUR 1 | STAPPEN VOOR HET ONTWIKKELEN EN VERANKEREN VAN DE PRINCIPES VAN PASSENDE ZORG



2.1 Het Zorginstituut en de NZa doen een voorzet voor principes in dit advies

In hoofdstuk 3 doen we een voorzet voor vier principes voor passende zorg. Uit de rondetafelgesprekken die wij hebben gehouden met partijen en experts blijkt, dat vrijwel iedereen deze principes kent en herkent en onderschrijft dat deze principes bijdragen aan het leveren van meer passende zorg. Met deze voorlopige principes kunnen we al aan de slag met het bevorderen van passende zorg, terwijl partijen werken aan vastlegging van de gezamenlijke principes.

²¹ R. Bremekamp, E. Kaats, W. Opheij & I. Vermeulen. (2010). *Succesvol samenwerken; een kompas en aanbevelingen voor betekenisvolle interactie*. Sapiëntia.

2.2 Partijen leggen principes vast in *Kwaliteitskader passende zorg* en het Zorginstituut agendeert en faciliteert de totstandkoming

Een kwaliteitskader is een beschrijving van organisatie van zorg en kwaliteitsbeleid, vaak met landelijke normen en randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn. Het vormt de basis voor verdere uitwerking in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, voor het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid en voor toezicht en bekostiging.²² Wij beogen voor het *Kwaliteitskader passende zorg* een beknopt document, dat verdere uitwerking krijgt in andere afspraken.

Het Zorginstituut plaatst het *Kwaliteitskader passende zorg* op de Meerjarenagenda, vanwege het grote maatschappelijke belang om de principes van passende zorg expliciet te maken. Daarmee staat een duidelijke opleverdatum vast en kan het Zorginstituut doorzettingsmacht inzetten, als het kwaliteitskader niet op tijd tot stand komt. De partijen bieden het kwaliteitskader aan voor inschrijving in het Register van het Zorginstituut.

2.2.1 Kwaliteitskader leidt niet tot meerkosten maar juist tot beheersing van zorgkosten

We verwachten dat uit opname in het Register van dit kwaliteitskader geen structurele substantiële meerkosten voortvloeien, zolang partijen de set principes voor 'doelmatigheid' een prominente plek geven. Na een investering in de transitie, zou het kwaliteitskader juist tot beheersing van kosten moeten leiden of tot meer gezondheidswinst tegen gelijke kosten.

2.2.2 Landelijke dialoog en aansluiting op lopende programma's

We organiseren voor partijen een landelijke dialoog om tot de principes te komen. Daarbij betrekken we waar relevant andere domeinen. De dialoog biedt partijen podium voor het delen van beelden over passende zorg. Samen met de principes levert die dialoog een gemeenschappelijke taal op. Hiermee worden het uitwisselen van kennis en het ontwikkelen van ideeën voor implementatie van initiatieven van passende zorg mogelijk. Voor het betrekken van de juiste stakeholders wordt zoveel mogelijk aangesloten op lopende programma's als 'Zorgevaluatie en gepast gebruik' (ZEGG), 'Uitkomstgerichte Zorg' en 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek'.

2.3 Partijen maken verbindende afspraken gebaseerd op principes

Door aanbidding van het kwaliteitskader verbinden partijen zich al aan de principes. Patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars beloven zo conform principes te handelen. De principes vormen dan samen een heldere ambitie: dit is wat alle partijen nastreven en dit is waar we elkaar aan gaan houden. Deze landelijke ambities moeten daarna worden vertaald naar bindende afspraken in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en contracten tussen bijvoorbeeld ziekenhuisbestuurders en medisch-specialistische bedrijven (MSB's). Voordeel van de vorm van het kwaliteitskader voor het verankeren van de principes is, dat iedereen dit als vertrekpunt hanteert bij het maken van de afspraken. Dat voorkomt conflicterende afspraken (bijvoorbeeld afspraken in

22 AQUA Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden. (2019). Definitie uit *Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/03/01/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden-door-advies--en-expertgroep-kwaliteitsstandaarden-aqua>.

krimpregio's tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis en op productie gerichte afspraken tussen ziekenhuis en MSB) of een verschil in focus tussen actoren (bijvoorbeeld als een ziekenhuis extra wil investeren in digitale zorg, maar de zorgverzekeraar daar niet op inzet). De NZa kan de principes bovendien opnemen als onderdeel van hun reguliere toezicht op de zorgverzekeraars en op zorgaanbieders via de dialoog over goed bestuur. Zo maken alle partijen bindende afspraken over het organiseren en realiseren van passende zorg.

2.4 Partijen werken principes nader uit in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen

Het kwaliteitskader wordt als een beknopt manifest toegevoegd aan het geheel van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen die beschrijven wat goede zorg is. In dat geheel is het van belang dat kwaliteitsstandaarden en richtlijnen in lijn zijn met elkaar en met de principes. Partijen geven nadere invulling aan de principes bij het ontwikkelen en herzien van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen over specifieke onderwerpen.

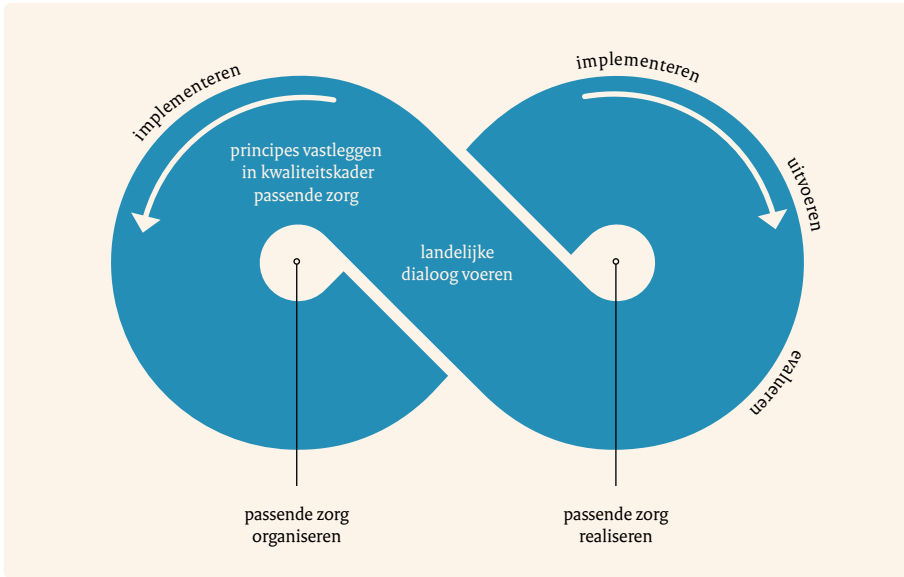
2.5 Overheden verankeren principes in hun taken

Het Zorginstituut en de NZa vinden het essentieel zich te verbinden aan de principes in het kwaliteitskader om zo passende zorg te faciliteren en niet-passende zorg te remmen of te stoppen. We vragen andere overheden dit ook te doen. Op deze manier laten we ons instrumentarium beter op elkaar aansluiten en maken we de principes verbindend. Hierdoor wordt de impact van ons instrumentarium groter en sturen we aan op het realiseren van meer passende zorg.

2.6 Continue cyclus van passende zorg organiseren en realiseren

Het organiseren en realiseren van passende zorg is geen eenmalig proces. Het vergt continue evaluatie en bijsturing. Decentrale realisatie van passende zorg is medeafhankelijk van centraal beleid. Het samen organiseren, inkopen en realiseren van passende zorg gaat dus in een continue verbetercyclus (zie figuur 2).

FIGUUR 2 | CONTINUE CYCLUS VAN PASSENDE ZORG ORGANISEREN EN REALISEREN



Op basis van de principes wordt de linkerkant van de cyclus doorlopen: het samen organiseren en inkopen van passende zorg. Daarna de rechterkant van de cyclus: het realiseren van passende zorg, waarbij ook gemeten en geëvalueerd wordt wat werkt en passende zorg wordt beloond.

Het goed organiseren en realiseren van passende zorg zal veel inspanningen vergen op decentraal niveau. We willen daarom extra inzetten op activiteiten die deze implementatie ondersteunen, die goede voorbeelden laten zien, die helpen een oplossing te vinden voor problemen en die monitoren hoe het gaat met de implementatie. We zien hier een grote rol voor bestaande initiatieven zoals 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' (ZE&GG), 'Uitkomstgerichte Zorg', 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' en vele andere initiatieven. Zij geven ieder vorm aan een deel van passende zorg. Deze initiatieven moeten met elkaar worden verbonden via een gedeeld kompas voor passende zorg.

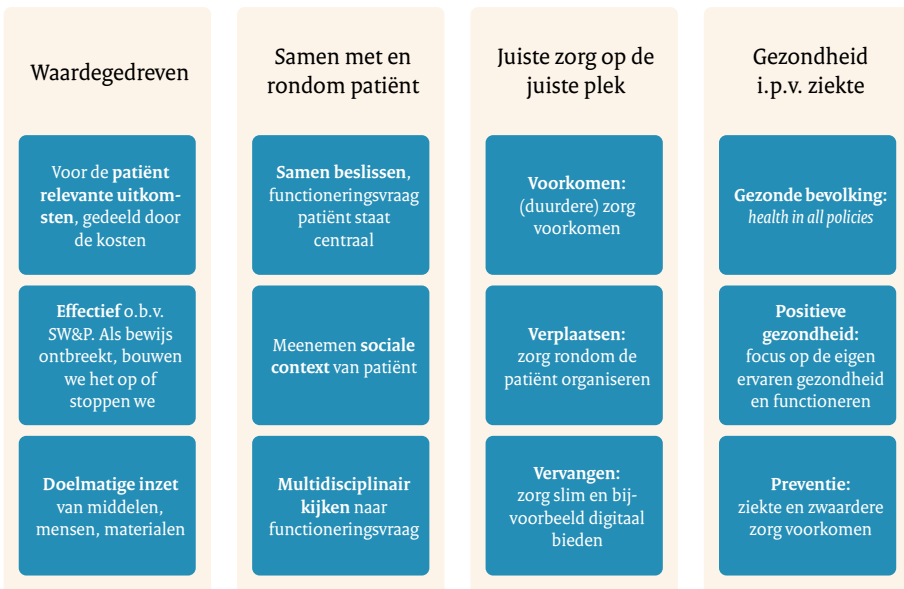
De volgtijdelijkheid die in dit hoofdstuk werd geschetst betekent niet dat we voorstellen om te wachten tot het *Kwaliteitskader passende zorg* gereed is. Integendeel: wij starten nu al met het doorvoeren van veranderingen op basis van de principes zoals we die voorstellen in het volgende hoofdstuk.

3. Voorzet voor principes van passende zorg

Principes zijn geen harde regels, maar geven richting. Ze beschrijven niet precies wat in welke situatie passende zorg is, maar de beginselen waaraan moet worden gewerkt om te zorgen dat alleen passende zorg nog vanuit publieke middelen wordt betaald. Ze werken als een gedeeld kompas voor iedereen die werkt aan passende zorg, dat via alle afspraken moet gaan gelden als extra bindende voorwaarde voor verzekerde zorg.

In dit hoofdstuk beschrijven wij vier principes die veelvuldig centraal staan in de huidige casuïstiek rondom passende zorg (figuur 3). Dit is een voorzet: wij vinden het aan het veld om de principes van passende zorg te beschrijven.

FIGUUR 3 | VIER PRINCIPES VAN PASSENDE ZORG



3.1 Principe: passende zorg is waardegedreven

Hiermee doelen we op:

- Voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs. Om dit inzichtelijk te krijgen moeten we kijken naar uitkomsten van de zorg en de kosten. Dit vereist een goed gesprek om helder te krijgen wat de relevante uitkomsten zijn voor de patiënt (zie ook samen beslissen bij het volgende principe) én dat er structureel gemeten wordt wat de resultaten zijn van een behandeling.²³
- Effectiviteit op basis van de stand van wetenschap en praktijk (SW&P).²⁴ Als voldoende bewijs voor de effectiviteit van geagendeerde interventies ontbreekt, dan moet er binnen een bepaalde termijn bewijs van de effectiviteit worden opgebouwd. Bewezen niet-effectieve zorg moet verdwijnen.
- Doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen.²⁵ Gezondheidswinst moet in verhouding worden gezien met de kosten van een behandeling, maar ook met andere impact, zoals het beslag op medisch personeel (denk aan het grote tekort aan verpleegkundigen), de impact op het dagelijks leven van de patiënt of mantelzorger (de mogelijkheid om te werken, de reistijd naar een fysiek consult) en het gebruik van materialen, inclusief de milieu-impact daarvan: in de Green Deal Zorg wordt gewerkt aan het verminderen van afval en uitstoot in de zorg.²⁶ Het voorkomen van zorg bespaart kosten, tijd en inzet van mensen en is beter voor het milieu.

3.2 Principe: passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand

Hiermee doelen we op:

- Samen beslissen met proactieve zorgplanning waarbij de functioneringsvraag van de patiënt nu en op de lange(re) termijn centraal staat: de persoon met een (in eerste instantie) op gezondheidszorg gerichte vraag staat in het proces en de organisatie van zorg centraal. Twee mensen met medisch gezien dezelfde aandoening kunnen een andere hulpvraag hebben die tot verschillende behandeling kan leiden. Wat voor de persoon passende zorg is, wordt daarom in een proces van samen beslissen verkend en bepaald.
- In onze visie krijgt de zorgverlener in het proces van samen beslissen meer houvast om het belang van passende zorg beter in de gezamenlijke beslissing tot uiting te laten komen, bijvoorbeeld in situaties waarin een patiënt om niet-passende zorg vraagt. Zo zien we in de palliatieve zorg dat patiënten regelmatig spoedeisende zorg ontvangen in de laatste levensfase, terwijl uit onderzoek is gebleken dat dit niet bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven.

²³ Programma Uitkomstgerichte Zorg, <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/over-uitkomstgerichte-zorg>.

²⁴ Zorginstituut Nederland. (2015). *Beoordeling Stand van de wetenschap en Praktijk*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>.

²⁵ Mortimer et al. (2018). *Sustainability in quality improvement: redefining value*, *Future Healthcare Journal*. <https://www.rcpjournals.org/content/futurehosp/5/2/88>.

²⁶ Green Deal Zorg. <https://www.greendeals.nl/green-deals/duurzame-zorg-voor-gezonde-toekomst>.

- Meenemen van de sociale context van de patiënt. Deze sociale context bestaat uit naasten en de gemeenschap rondom de patiënt. Netwerken rondom de patiënt, bestaande uit gezondheidszorg, informele zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen zorgen voor meer passende zorg en betere continuïteit.
- Multidisciplinair kijken naar de functioneringsvraag. De afstemming tussen en het betrekken van verschillende medische disciplines kan veel waarde toevoegen aan het begrijpen van de functioneringsvraag en medische toestand van de patiënt. Naast doorverwijzingen zien we steeds meer intercollegiale consulten, keten- en netwerkzorg, en bijvoorbeeld het betrekken van geriateren of specialisten ouderengeneeskunde waar de situatie daar om vraagt.²⁷ Daarnaast is de onderlinge afstemming tussen de domeinen essentieel. Specialistische GGZ en het sociaal domein zijn bijvoorbeeld nauw verweven, omdat we weten dat de inzet in het sociaal domein (schuldhulpverlening, begeleiding naar werk) aantoonbaar bijdraagt aan, of zelfs randvoorwaardelijk is voor, een positieve uitkomst in de GGZ. Ook de afstemming tussen Zvw- en Wlz-zorg is van belang voor mensen met multiproblematiek.

3.3 Principe: passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek

De beweging ‘de Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (JZOJP) kent drie pijlers: voorkomen, verplaatsen en vervangen:

- onnodig dure of overbodige zorg voorkomen;
- de zorg verplaatsen naar dichterbij mensen thuis, in hun eigen vertrouwde leefomgeving, dichtbij als het kan en verder weg als het moet;
- zorg vervangen door nieuwe en andere slimme vormen van zorg, zoals e-health, domotica of sociaal en maatschappelijk werk.

Zorgen dat mensen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen vraagt om durf, inzet én de wil om nieuwe werkwijzen uit te denken en door te voeren. Op veel plekken in Nederland wordt al aan verschillende initiatieven gewerkt, die het bieden van samenhangende en passende zorg en ondersteuning tot doel hebben. Uitgangspunt is dat de ondersteuning en zorg passen bij wat mensen nodig hebben en waar zij behoefte aan hebben. Maar uitgangspunt hierbij is ook dat de zorg en ondersteuning passen bij wat mensen vanuit sociaal, psychisch en lichamelijk perspectief (nog) zelf kunnen en (weer) zelf willen.

²⁷ Bijvoorbeeld het standaard betrekken van een geriater bij patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/comprehensive_geriatric_assessment_cga/structurele_geriatrische_medebehandeling_cga.html

3.4 Principe: passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte

De voormalige Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ, nu RVS) bracht in 2010 een discussienota uit met de titel *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*.²⁸ Zij introduceerden hiermee ‘van zorg en ziekte (zz) naar gezondheid en gedrag (gg)’ en schreven daarbij: “De zz-aanpak past niet meer bij de zorgvrager van de komende tien jaar. Mensen kloppen niet in de eerste plaats aan om zorg bij ziekte. Zij willen gezond blijven. Zij willen meedoen in de samenleving. Dat betekent een ander aanbod.” De focus ligt hier op eigen regie en we zien grote raakvlakken met het begrip positieve gezondheid.²⁹

We splitsen dit principe uit naar drie onderdelen.

- Gezonde bevolking: *health in all policies*. Health in all policies is een framework van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om in al het overheidsbeleid in te zetten op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen.³⁰ Voorbeelden hiervan zijn overheidsbreed beleid om roken terug te dringen of om te zorgen voor toegang tot gezonde voeding.
- Positieve gezondheid: focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren. Positieve gezondheid is een bredere benadering, waarbinnen wordt gekeken naar het vermogen van mensen om te gaan met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven en daarbij zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Deze brede benadering vindt nu al zijn plek in de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*³¹, maar kan bij alle actoren verder worden doorgevoerd.
- Preventie om ziekte en zwaardere zorg te voorkomen. Het is belangrijk dat de gezondheidszorg zich nog meer gaat richten op de bevordering van gezondheid, het voorkomen van ziekte en het voorkomen van complicaties of verergering van ziekte. En daarmee ook het voorkomen van toekomstige zorgvraag.

28 RVZ (2010), Discussienota *Zorg voor je gezondheid!* <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2010/04/05/zorg-voor-je-gezondheid>

29 <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>.

30 WHO. (2014). *Health in all policies, a framework for country action*. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcoun-tryaction/en/>.

31 <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>.

4. Randvoorwaarden scheppen voor passende zorg

Naast het uitwerken van voornoemde principes van passende zorg moet aan de randvoorwaarden in het zorgstelsel voldaan zijn. Tot nu toe zijn de vereiste randvoorwaarden nog onvoldoende goed neergezet door ons als overheid. Dat moet beter. Wij zien het als onze rol (van het Zorginstituut en de NZa én van de overheid in brede zin) om de juiste randvoorwaarden te scheppen voor passende zorg. Dit betekent verandering van bestaande regulering en daarmee raakt onze werkagenda uiteraard ook de praktijk van alledag voor partijen.

Voor het scheppen van effectieve randvoorwaarden zien wij drie belangrijke uitgangspunten (figuur 4).

FIGUUR 4 | UITGANGSPUNTEN VOOR HET SCHEPPEN VAN EFFECTIEVE RANDVOORWAARDEN



4.1 Congruentie

Onder congruentie verstaan wij dat alle partijen samen gericht zijn op het realiseren van passende zorg. De zorgverzekeraar moet streven naar passende zorg vanuit zijn eigen rol, net als de zorgaanbieder vanuit zijn rol, et cetera. Congruentie valt uiteen in gelijkgerichtheid en parallelliteit: de neuzen dezelfde kant op én niet op elkaar wachten om actie te ondernemen. Het met elkaar verankeren van de principes van passende zorg levert een bijdrage aan meer gelijkgerichtheid in het handelen van alle actoren vanuit die principes.

Zorgprofessionals willen dat hun inspanningen waarde toevoegen en dus bijdragen aan het functioneren van mensen. Niemand zet zich graag in voor verspilling. Daarmee is sprake van grote potentie voor brede gelijkgerichtheid in de gezondheidszorg. Niettemin lijken de individuele belangen van de verschillende actoren op dit moment die gelijkgerichtheid deels in de weg te staan. Partijen moeten schijnbare belangentegenstellingen zien te overstijgen en wij moeten dat ondersteunen door met de reguleringsinstrumenten voor zoveel mogelijk gelijkgerichtheid te zorgen.

4.1.1 Congruentie bij partijen

Ons zorgstelsel is gebaseerd op gereguleerde marktwerking. Daarin vervullen private partijen maatschappelijk zeer belangrijke taken. Zij worden gefinancierd met publiek geld (van alle Nederlanders, via premies en belastingen). De zorgmarkten in het stelsel moeten zorgen voor doelmatigheid door concurrentie. Maar daarnaast is ons zorgstelsel afhankelijk van voldoende samenwerking om gelijkgericht aan passende zorg te werken. Dit houdt het volgende in.

- Passende zorg wordt gekozen door patiënt en zorgverlener. Hiervoor moeten wel voldoende tijd en contextinformatie beschikbaar zijn. Patiënten gaan beseffen dat er geen automatisch recht bestaat op alle gewenste zorg. Alleen zorg die daadwerkelijk van waarde is, staat in de toekomst op het 'passende zorg-menu'. De patiënt wordt niet geholpen door zorg die niet effectief is of niet op efficiënte wijze is georganiseerd. Passende zorg draait om de gezondheid en het functioneren van de patiënt.
- Passende zorg wordt financieel beloond voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar, en waar mogelijk ook voor de patiënt (naast de baten in gezondheidswinst). Voor de patiënt moeten we tegelijkertijd waakzaam zijn dat een stimulerend bedoelde financiële prikkel niet juist leidt tot niet-passende zorg (bijvoorbeeld als eigen risico wordt vrijgesteld of kwijtgelaten bij bepaalde zorg).
- De zorgverlener - bijvoorbeeld via een MSB - maakt afspraken met de zorgaanbieder die verleden tot het verlenen van passende zorg. Ter verduidelijking een voorbeeld waar dit lastig blijkt: telemonitoring wordt niet altijd ingezet bij chronische aandoeningen als het leidt tot minder consulten en daardoor minder omzet.
- Intern komt bij een zorgverzekeraar de beleidswens voor meer preventie terug in contractafspraken gemaakt door het inkoopteam.
- Innovatoren krijgen de kans om met hun oplossing voor meer passende zorg de zorg te verbeteren.
- Bij het Zorginstituut, de NZa en VWS zijn de bekostiging en risicoverevening gelijkgericht op het faciliteren van passende zorg (zie deel B: hfst. 4 en 5).
- Ter bevordering van congruentie is het hebben van eenduidige cijfers en inzichten over de zorgkosten binnen de overheid van belang, zodat iedereen weet waar het over gaat en er geen onnodige discussies ontstaan over kosten en definitieverschillen (zie deel B: hfst. 1).
- Overheidsbreed: *health in all policies*.

4.1.2 Congruentie bij overheid

Congruentie vraagt om een overheidsbreed besef dat al het overheidsbeleid gezondheidsimplicaties kan hebben. Dit besef is noodzakelijk om te voorkomen dat we in de gezondheidszorg niet spreekwoordelijk blijven dweilen met de kraan open. Zo bezien impliceert congruentie heroverweging van fundamentele aspecten, zoals hoe we het belang van gezondheid in bijvoorbeeld ons onderwijssysteem en belastingstelsel hebben ingebed. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) kan bijvoorbeeld bijdragen, door te zorgen voor goede luchtkwaliteit op scholen om COVID-19-besmettingen tegen te gaan en bij te dragen aan de algehele gezondheid van leerlingen en medewerkers. Het werken aan goede gezondheid moet in alle facetten van de samenleving een plek krijgen.

Binnen de invloedssfeer van het Zorginstituut en de NZa zien wij noodzaak om onze onderlinge congruentie te verbeteren in:

- Zvw-pakketaanspraken en Wmg-prestatiebeschrijvingen;
- risicoverevening en bekostiging;
- raakvlakken tussen verschillende zorgdomeinen en het sociaal domein (zoals beschreven in art. 67 Zvw).

Voor het Zorginstituut en de NZa betekent dit dat we samen aan hetzelfde doel van passende zorg werken door ook onze doorontwikkelagenda's op elkaar af te stemmen. Hiervoor hebben we activiteiten opgenomen op onze werkagenda (zie deel A: par. 5.7).

Wij dragen ook bij aan de congruentie door de principes van passende zorg in onze regelgeving te verwerken. Bijvoorbeeld door in het basispakket voorwaarden te stellen voor gepast gebruik en door niet-passende zorg uit te sluiten. Het Zorginstituut wil meer voorwaarden kunnen stellen bij pakkettoelating, bijvoorbeeld dat een duur geneesmiddel alleen mag instromen in het basispakket als de beroepsgroep meer onderzoek gaat doen naar de effectiviteit en de meest doelmatige behandelvolgorde, of voorwaarden als een maximale behandelduur.

Voor de NZa betekent dit dat we ons instrumentarium voor contractering, bekostiging en het toezicht daarop zodanig willen inrichten, dat zo sterk mogelijke prikkels ontstaan voor optimale afspraken over betaling gericht op of ondersteunend aan de voortbrenging van passende zorg. Samen met partijen gaan we onder andere op zoek naar de juiste balans tussen ruimte in de bekostiging met vrije prestaties voor bijvoorbeeld innovatie, digitale zorg en preventie, en het voorschrijven van vaststaande prestaties of bundels.

4.2 Lerend systeem

Wat werkt voor passende zorg groeit, wat niet bijdraagt verdwijnt. Een eenmalige verbetering volstaat uiteraard niet om duurzaam tot passende zorg te komen. Daarvoor is het nodig dat we sector- en overheidsbreed in een lerend systeem komen, waarin opgedane resultaten steeds de basis vormen voor een nieuwe verbetering.

Voor een lerend systeem op basis van feedback is bewijsvoering van belang. Meer evaluatieonderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen is nodig, zowel bij

nieuwe behandelingen die instromen als bij bestaande zorg. Programma's als 'ZE&GG' en 'Regie op Registers' werken daaraan. Er wordt al jaren gewerkt aan uitkomstinformatie, maar er is nog maar weinig uitkomstinformatie beschikbaar om te gebruiken voor samen beslissen, voor leren en verbeteren, en voor het organiseren en inkopen van zorg. Hier is versnelling nodig. Daarnaast moeten we met elkaar ook over de organisatie van zorg leren wat werkt.

'Wat niet bijdraagt verdwijnt' heeft ook betrekking op onze eigen regels: als bijvoorbeeld de bekostiging voor perverse prikkels zorgt, dan passen we die (de bekostiging) zo goed mogelijk aan. Het heeft ook betrekking op het basispakket: als gezondheidszorg niet effectief blijkt, verdwijnt die uit het basispakket.

4.3 Decentrale toepassing

Alleen op het niveau van de patiënt en zorgprofessional kan precies worden bepaald wat passende zorg is in die situatie. Dit sluit ook aan bij het eerder beschreven principe 'samen met de patiënt en gezamenlijk rondom de patiënt'. Decentraal wordt dus vormgegeven wat passende zorg is in het kader van de zorgverlening. Naast het individuele niveau geldt dit ook op lokaal of regionaal niveau: ook daar wordt voor een oplossing gekozen die passend is. Wij beschouwen het als de rol van het Zorginstituut en de NZa om samen met en in opdracht van VWS centraal de juiste randvoorwaarden te creëren voor passende zorg – zonder te bepalen wat in iedere afzonderlijke situatie passende zorg is.

Voor de totstandkoming van passende zorg is innoveren essentieel. We vinden het belangrijk dat innovaties de kans krijgen en dat goede voorbeelden worden gedeeld (zie deel B: par. 7.7). Ook hiervoor gaan we samen met partijen op zoek naar de juiste balans. Aan de ene kant concurreren zorgverzekeraars namelijk met elkaar en aan de andere kant willen we dat wat werkt toch landelijk beschikbaar maken voor alle Nederlanders, ongeacht woonplaats of zorgverzekeraar.

5. Hoe gaan we samen passende zorg realiseren?

Passende zorg vereist dat iedereen zijn rol speelt. We zetten daarom in op commitment en gelijkgerichtheid: we laten geen pad onbewandeld om dichterbij passende zorg te komen. Door het opstellen van het *Kwaliteitskader passende zorg* committeert iedereen zich aan het hanteren van de principes. Dit commitment moet daarna concreet worden gemaakt in contractuele afspraken, verbeteracties en ook gedragsverandering. Alleen als iedereen zijn rol speelt én we elkaar hieraan houden, krijgen we passende zorg op grote schaal voor elkaar.

In dit hoofdstuk schetsen we wat nodig is om samen tot steeds beter passende zorg te komen. We geven een aantal adviezen aan VWS, maken concreet wat dit betekent voor partijen en tot slot presenteren we een gezamenlijke werkagenda van het Zorginstituut en de NZa om te werken aan de bevordering van passende zorg.

5.1 Wat vragen we van het ministerie van VWS?

We hopen dat de ministers van VWS de oplossingsrichting zoals beschreven in dit advies omarmen. Wij adviseren hen de volgende stappen te zetten en de hiervoor benodigde middelen beschikbaar te maken. Wij werken in dit advies onze eigen werkagenda's uit als een voorzet voor hoe we met elkaar en met partijen aan de slag willen met passende zorg. Samenwerking en gelijkgerichtheid met het ministerie is ook cruciaal om te zorgen voor de juiste randvoorwaarden. We hopen samen met het ministerie een voortrekkersrol voor gelijkgerichtheid binnen de overheid te kunnen nemen. Onderstaande lijst is geen keuzemenu: al deze knoppen zijn noodzakelijk om de voorgestelde aanpak voor passende zorg succesvol te laten zijn en aan alle knoppen moet tegelijk worden gedraaid.

1. Versterk ons in de uitvoering van de werkagenda voor passende zorg van het Zorginstituut en de NZa (zie ook deel A: par. 5.7) door het volgende.

- Onderzoek voor pakketbeheer samen met het Zorginstituut hoe voorwaarden kunnen worden gesteld aan pakketaanspraken. Denk hierbij aan voorwaarden zoals: volgens bepaald protocol met start- en stopcriteria, maximale gebruikstermijn, uitsluitend in bepaalde expertisecentra of bij deelname aan onderzoek.
- Pas de bekostiging aan voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg. We vragen VWS:
 - om een adviesaanvraag te doen bij de NZa over deze aanpassingen; en
 - vervolgens te beslissen over de voorstellen tot verandering van tariefsoort.
- Bezie of aanpassing van de risicoverevening zinvol is om passende zorg lonend te maken voor zorgverzekeraars, op basis van het aanstaande onderzoek van het Zorginstituut.
- Kijk voor de actualisering van richtlijnen en standaarden samen met het Zorginstituut naar de mogelijkheden om dit proces te versnellen, zodat nieuwe kennis en innovaties daarin sneller worden opgenomen. We adviseren VWS te onderzoeken of de

principes van passende zorg kunnen worden verankerd in de wetgeving over kwaliteitsstandaarden (Wkkgz), zodat hier met het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden op getoetst kan worden.

2. Breng budgettaire kaders en hoofdlijnakoorden in lijn met de principes van passende zorg.

Wij vragen ten eerste aan VWS te bewerkstelligen dat in de hoofdlijnenakkoorden de principes van passende zorg worden vastgelegd en ten tweede een flexibilisering van de financiële kaders per sector, zodat geld kan worden verschoven. Er zijn momenteel vier sectoren met hoofdlijnenakkoorden (GGZ, MSZ, huisartsen en wijkverpleging). De schotten in de zorg, en tussen de zorg en aanpalende domeinen belemmeren passende zorg. Laat het geld de burger volgen (bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn). Maak meer geld vrij voor preventie, publieke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning.

3. Stimuleer samenwerking en zorg voor praktische *guidance* over de toepassing van de concurrentieregels, zodat partijen zoveel mogelijk zelf aan de slag kunnen.

Samenwerking kan nodig zijn om patiënten goede, toegankelijke en betaalbare zorg te bieden. Veel samenwerkingsafspraken zijn toegestaan, maar de concurrentieregels stellen wel grenzen als de nadelen voor patiënten groter zijn dan de voordelen. Specifiek voor vergaande vormen van samenwerking in het kader van de JZOJP heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de beleidsregel JZOJP opgesteld. Deze beleidsregel biedt een kader voor samenwerking in de regio, ook als daardoor mogelijk minder keuzemogelijkheden voor inkopende partijen en patiënten ontstaan. De ACM zal over de toepassing van de beleidsregel praktische *guidance* publiceren. Mochten marktpartijen vragen hebben over of hun samenwerking is toegestaan, dan kunnen zij contact opnemen met de ACM.

4. Versnel het beschikbaar komen van uitkomstinformatie als noodzakelijke randvoorwaarde voor een lerend systeem dat leidt tot passende zorg.

Transparantie van uitkomsten is nodig, zodat naast de zorgaanbieder ook de patiënt, de zorgverzekeraar en de overheid kunnen zien welke resultaten worden behaald met de geleverde zorg. In het programma 'Uitkomstgerichte Zorg' van de HLA-partijen met ondersteuning door VWS en het Zorginstituut wordt gewerkt aan de doelstelling 'voor 50 procent van de landelijke ziektelast uitkomsten inzichtelijk te maken en te gebruiken voor leren en verbeteren en samen beslissen'. Door de coronacrisis verschuift de planning.³² We willen benadrukken dat voortgang op dit programma cruciaal is voor het met elkaar realiseren van passende zorg. We adviseren VWS de tijdlijnen te bewaken en die op te stellen waar ze ontbreken.³³ We zien anders het risico dat het gebruik van uitkomstinformatie als keuze-informatie voor patiënten en zorginkoop (transparantie) naar de achtergrond verschuift. We adviseren de experimenten in het kader van de

³² <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/inzicht-in-uitkomsten/documenten/publicaties/2019/11/21/werkplan-meer-inzicht-in-uitkomsten-lijn-1>.

³³ Dit is in lijn met wat partijen aangaven in hfst. 6 van: SiRM. (2020). Ex durante evaluatie programma 'Uitkomstgerichte Zorg' Samenwerking vraagt om duidelijk beleid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/07/20/samenwerking-vraagt-om-duidelijk-beleid>.

subsidieregeling 'Uitkomstgericht organiseren en betalen'³⁴ zo snel mogelijk om te zetten in regelgeving die opschaling mogelijk maakt. Daarnaast adviseren we VWS te bezien of meer of andere transparantieplichtingen vanuit de Zvw of Wmg nodig zijn om versnelling te realiseren.

5. Voer strakke regie op het organiseren van noodzakelijke gegevensuitwisseling en versnel totstandkoming van wettelijke verplichtingen voor het kunnen ontstaan van meer passende zorg.

Kunnen beschikken over de juiste informatie om je rol te kunnen spelen voor passende zorg vereist goede gegevensuitwisseling, zowel in de zorgpraktijk als voor het lerende systeem. We vragen VWS strakke regie te blijven voeren op de vele programma's gericht op gegevensuitwisseling, zoals VIPP en MedMij, en met het Informatieberaad verdere stappen te zetten. Daarnaast adviseren we VWS de invoering van de Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg zoveel mogelijk te bespoedigen; deze wet is cruciaal om uitwisseling in de keten snel te moderniseren en standaardiseren. We gaan graag met VWS in gesprek over hoe de NZa en het Zorginstituut hierop het best aan kunnen sluiten in al onze taken. Parallel hieraan gaan wij bekijken hoe we met verschillende datastromen om willen gaan in de nabije toekomst, om zo goed mogelijk onze taken te kunnen (blijven) uitvoeren. Wij gaan daarvoor in kaart brengen welke data benodigd is en hoe dit zich verhoudt tot de declaratiedata die we ontvangen (zie deel B: hfst. 1).

6. Verken de mogelijkheden van doorzettingsmacht om lokale patstellingen te doorbreken.

We zien dat verdere groei van lokale initiatieven voor passende zorg wordt gehinderd door partijen die geen belang hebben bij verandering. Gevestigde belangen zouden verbeteringen echter niet in de weg mogen staan. Op dit moment ontbreekt een vorm van doorzettingsmacht om de patstelling in dergelijke situaties te doorbreken. Voor de acute zorg wordt in het kader van de houtskoolschets³⁵ al een aantal opties verkend. Ook voor de overige zorg zou een vorm van doorzettingsmacht als *ultimum remedium* moeten worden overwogen. We vragen aan VWS om dit te onderzoeken en denken hier graag over mee.

5.2 Wat vragen we van de politiek?

Ingewikkelde, maar noodzakelijke keuzes zijn nodig voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Tegelijkertijd zien we dat dit politiek geen populaire boodschap is. Maar stel dat huisartsen meer klachten kunnen behandelen en dat daardoor minder verwijzingen nodig zijn. Als één huisarts deze werkwijze toepast, dan is de impact op andere zorgaanbieders in de keten beperkt. Maar als we deze omslag regionaal of nationaal zouden maken, dan neemt het aantal patiënten van ziekenhuizen aanzienlijk af en is het wenselijk dat ziekenhuizen afslanken. In het recente verleden hebben we gezien dat een ziekenhuis overeind wordt

34 ZonMw. (2020). Subsidieoproep Uitkomstgericht organiseren en betalen binnen de medisch-specialistische zorg. <https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/uitkomstgericht-organiseren-en-betalen-binnen-de-medisch-specialistische-zorg/>.

35 VWS. (2020). Houtskoolschets acute zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg>.

gehouden ten koste van de verbeterde aanpak van de huisartsen. De politiek voelt zich gedwongen om tegen passende zorg te kiezen vanwege andere – eveneens gerechtvaardigde – belangen.

Wij geloven dat een gezamenlijk kompas van de principes van passende zorg naar een betere uitkomst kan leiden en verzoeken politici in de Tweede Kamer deze principes als uitgangspunt te nemen bij beslissingen.

5.3 Wat betekent passende zorg voor de patiënt?

De principes van passende zorg betekenen het volgende voor patiënten:

- Patiënten kunnen kiezen voor passende zorg.
- Patiënten zijn zich bewust dat er verschillende (behandel)opties mogelijk zijn, die kunnen leiden tot verschillende uitkomsten en mogelijk tot verschillende kosten. Dat betekent soms ook dat niets doen beter is dan behandelen.
- Patiënten worden gestimuleerd mee te doen met aangereikte preventieve interventies om zelf zo gezond mogelijk te blijven of weer te worden

5.4 Wat vragen we van partijen?

De principes van passende zorg, het *Kwaliteitskader passende zorg* en daaruit voortvloeiende afspraken betekenen het volgende voor partijen:

Zorgverleners:

- innoveren in lijn met de principes, zoals bijdragen aan zorgevaluaties, doelmatige keuzes maken, samenwerken in netwerkzorg, digitale zorgoplossingen inzetten, preventiemogelijkheden inzetten bij iedere patiënt;
- zorgen voor gelijkgerichte afspraken binnen hun instelling of praktijk die bijdragen aan passende zorg;
- de-implementeren niet-passende zorg.³⁶

Zorgaanbieders:

- de-implementeren niet-passende zorg;
- contracteren volgens de principes van passende zorg;
- richten passende zorgpaden in binnen de eigen instelling én met hun netwerk;
- handelen altijd vanuit de cruciale vragen over passende zorg, zoals ‘welke zorg voegt waarde toe voor deze patiënt?’ en ‘staat de waarde in verhouding tot de kosten van de zorg?’.

³⁶ “De-implementeren is het terugdringen van niet-gepaste zorg. Het woord is afgeleid van implementeren, wat juist het invoeren van nieuwe zorghandelingen betekent.”. <https://doenoflaten.nl/aan-de-slag/>.

Zorgverzekeraars:

- investeren in hun zorginkoop, om in staat te zijn op decentraal niveau passende zorg in te kopen door gebruik te maken van een breed palet van bekostigingsmogelijkheden en minder vaak terug te vallen op een productiegerichte afspraak (we zien goede bestaande initiatieven zoals meerjarenafspraken in de toekomst graag op grotere schaal);
- maken afspraken over de-implementeren van niet-passende zorg, eventueel met de beschikbare transformatiegelden.

Patiëntenorganisaties, beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en hun koepels:

- blijven structureel hun bijdrage leveren aan het lerend systeem van passende zorg, bijvoorbeeld door mee te blijven denken hoe prikkels steeds beter ondersteunend kunnen zijn aan passende zorg;
- laten de nadere beschrijving van zorg in richtlijnen en standaarden aansluiten op de principes;
- maken hun inzet in programma's en projecten gelijkgericht op passende zorg.

5.5 Wat vragen we van de ACM?

Voor sommige vormen van samenwerking kan het noodzakelijk zijn dat partijen vergaand samenwerken of dat zorginkopers de zorg gezamenlijk inkopen. Hierbij kan worden gedacht aan de acute zorg of integrale geboortezorg. Als door die initiatieven het aantal keuzemogelijkheden dusdanig afneemt, dat voor inkopende partijen en patiënten nagenoeg geen keuzemogelijkheden meer overblijven, kan het zijn dat nadere regulering is vereist. Zo kan worden gewaarborgd dat de voordelen van samenwerking worden doorgegeven aan patiënten, in de vorm van lagere premies of betere kwaliteit. Dit kan ook betekenen dat bestaande vrijheidsgraden in de bekostiging van zorg (vrije tarieven, vrije prestaties) opnieuw moeten worden gereguleerd. De NZa zal hierover nader overleg voeren met de ACM en VWS.

5.6 Wat vragen we van de IGG?

De IGG houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zij kijken daarbij nu al naar persoonsgerichtheid van de zorg en gerichtheid op het verbeteren van kwaliteit van leven. We zien hierbij al veel congruentie met de eerder beschreven principes. We vragen de IGG te onderzoeken welke kansen en eventuele risico's zij zien bij de implementatie van passende zorg zoals beschreven in dit advies, vanuit het perspectief van goede en veilige zorg.

5.7 Tot slot: wat doen NZa en Zorginstituut Nederland? Introductie van onze werkagenda Passende Zorg

Om passende zorg tot stand te laten komen zullen alle partijen gelijkgericht aan de slag moeten. Dit advies is het startpunt van een stapsgewijze verandering in onze gezondheidszorg. We vinden het daarom vanzelfsprekend dat wij – als actoren in het zorgstelsel – uiteenzetten welke rol we voor onszelf zien. We benoemen daarvoor een aantal acties voor de periode 2021-2023. Zo gaan wij passende zorg bevorderen. Sommige acties voeren we samen uit, bij andere acties is óf het Zorginstituut óf de NZa eigenaar. Deze werkagenda is een startpunt om verder over in gesprek te gaan met partijen, het is geen definitief plan.

De benoemde acties zijn niet bedoeld ter vervanging van huidige programma's en initiatieven, maar als aanvullend en randvoorwaardenscheppend. Wij geloven dat heel veel kleine stappen samen bijdragen aan de benodigde transformatie en wij hopen dat onze inzet op passende zorg ook weer andere initiatieven kan versterken.

Gezien de urgentie hebben we geen tijd te verliezen. Na het uitkomen van dit advies starten wij met het opvolgen hiervan. We organiseren de beoogde dialoog over de principes en gaan voor de aanpassingen in de bekostiging in gesprek met experts. Daarnaast komen we met een voorstel voor mijlpalen en een aanpak voor het monitoren van de voortgang.

We vinden het aan het veld om de principes van passende zorg vast te stellen, maar we gaan niet wachten tot dat proces is doorlopen. De eerste acties die we gaan uitvoeren baseren we op de voorzet voor de principes zoals we deze hebben gedaan in hoofdstuk 3 van deel A.

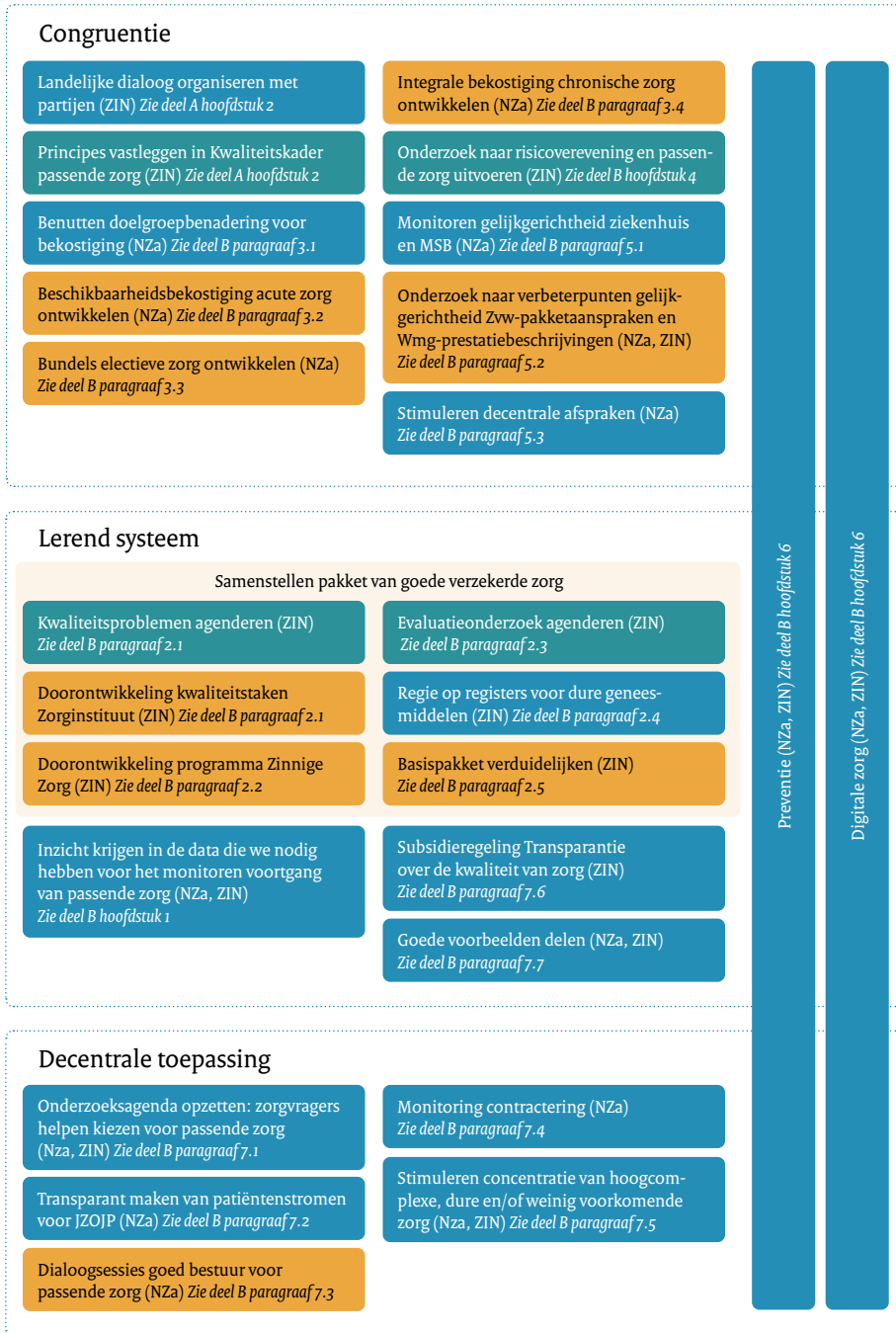
We vatten het totaal aan acties op onze werkagenda als volgt samen:

1. organiseren van landelijke dialoog voor partijen, die leidt tot een bindend kwaliteitskader met principes van passende zorg (activiteit van het Zorginstituut);
2. inzicht krijgen in de data die we nodig hebben voor het monitoren van de voortgang van passende zorg (zie deel B: hfst. 1);
 - onze taken in lijn brengen met de principes, en beter op elkaar laten aansluiten, zoals
 - pakketbeheer (zie deel B: hfst. 2);
 - bekostiging (zie deel B: hfst. 3);
3. risicoverevening (zie deel B: hfst. 4);
4. voortouw nemen in het werken aan gelijkgerichtheid (zie deel B: hfst. 5);
5. stimuleren van preventie en digitale zorg, als integraal onderdeel van passende zorg (zie deel B: hfst. 6);
6. onderzoeken, innoveren en inspireren voor meer passende zorg (zie deel B: hfst. 7).

Deze samenvatting is opgebouwd uit tal van grote en kleine acties op onze werkagenda.

Deze acties zijn hieronder schematisch weergegeven in figuur 5. Inhoudelijk lichten we alle acties in deel B toe, aan de hand van de structuur van deze samenvatting.

FIGUUR 5 | ACTIES WERKAGENDA PASSENDE ZORG





Deel B

Werkagenda passende zorg NZa en Zorginstituut

1. Zorgdata meervoudig inzetten voor een lerend systeem	43
2. Samenstellen pakket van goede verzekerde zorg	45
2.1 Kwaliteitsproblemen agenderen en doorontwikkeling kwaliteitstaken Zorginstituut	45
2.2 Doorontwikkeling programma Zinnige Zorg	45
2.3 Evaluatieonderzoek agenderen	46
2.4 Regie op Registers voor dure geneesmiddelen	46
2.5 Basispakket verduidelijken	47
3. Noodzakelijke transitie in bekostiging van passende zorg	49
3.1 Doelgroepenbenadering	49
3.1.1 Doelgroepenbenadering in de MSZ	49
3.1.2 Doelgroepenbenadering domeinoverstijgend	50
3.2 Beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg	51
3.3 Bundelbekostiging voor electieve zorg	52
3.3.1 Vergoeden per bundel	52
3.3.2 Facultatieve prestatie	53
3.4 Bekostiging van zorg rondom patiënten met chronische ziekte	54
3.5 Geen centrale sturing op passende zorg via de tarieven	55
4. Onderzoek risicoverevening als stimulans voor passende zorg	57

5. Voortouw nemen in het werken aan gelijkgerichtheid	59
5.1 Gelijkgerichtheid ziekenhuis en medisch specialist	59
5.2 Stimuleer goed gesprek tussen arts en patiënt	59
5.3 Onderzoek naar verbeterpunten gelijkgerichtheid Zvw-paketaanspraken en Wmg-prestatiebeschrijvingen	60
5.4 Decentrale afspraken	60
5.4.1 Regionale en lokale samenwerking	61
5.4.2 Duurzame afspraken worden contractueel vastgelegd	61
5.4.3 Inkoopbeleid	62
6. Stimuleren van preventie en digitale zorg, als integraal onderdeel van passende zorg	63
6.1 Preventie	63
6.1.1 Preventie als verzekerde zorg	63
6.1.2 Implementatie en opschaling in de praktijk	64
6.2 Digitale zorg	65
7. Onderzoeken, innoveren en inspireren voor meer passende zorg	67
7.1 Onderzoeksagenda opzetten: zorgvragers helpen kiezen voor passende zorg	67
7.2 Juiste zorg op de juiste plek	67
7.2.1 Patiëntenstromen in kaart	68
7.2.2 Referentiekader JZOJP en passende zorg	68
7.3 Dialoogsessies zorgaanbieders	69
7.4 Monitoring contractering	69
7.5 Concentratie van hoogcomplexen, dure of weinig voorkomende zorg	69
7.5.1 Kwaliteitswinst door concentratie van zorg	70
7.5.2 Netwerkgang	70
7.5.3 Expertisecentra	71
7.5.4 Tegengestelde belangen bij het concentreren van zorg	71
7.6 Subsidieregeling 'Transparantie over de kwaliteit van zorg'	72
7.7 Goede voorbeelden delen	72

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 van deel A lichten we onze werkagenda in dit deel van het advies inhoudelijk toe.

1. Zorgdata meervoudig inzetten voor een lerend systeem

Om op alle niveaus de zorg te kunnen verbeteren zijn de juiste data onmisbaar. Hierbij vinden we het van belang dat de data, die eenmalig efficiënt worden vastgelegd tijdens het zorgproces, meervoudig kunnen worden gebruikt door de verschillende betrokken partijen. We hebben het ministerie van VWS gevraagd hierin een regierol te nemen.

Voor agendering, monitoring of evaluatie van zorg en zorgkosten(-ontwikkelingen), het vaststellen van tarieven en analyses bij Zinnige Zorg-trajecten maken de NZa en het Zorginstituut zelf ook veelvuldig gebruik van declaratiedata, verstrekt door de verzekeraars (via Vektis). Deze gegevensbron biedt op dit moment de meest volledige, gestandaardiseerde en over meerdere jaren beschikbare gegevens. De bron bevat informatie over zorggebruik van patiënten en zorguitgaven.

Deze gegevens zijn echter vertraagd beschikbaar, omdat het declaratieverkeer achterloopt op de zorgverlening. Tijdens de eerste COVID-19-golf betekende dit bijvoorbeeld dat er weinig data beschikbaar waren over de actuele situatie. De declaratiedata geven daarnaast een beperkt zicht op de verleende zorg. Daarom is raadpleging van aanvullende databronnen nodig. De toegang tot deze bronnen (zoals Perined of Nivel) is beperkt en de informatie is niet altijd gestandaardiseerd, omdat deze decentraal tot stand komt. Dit legt meteen het onderliggende probleem bloot: er zijn meerdere losse zorgregistraties.

De inzet op passende zorg, waarbij de overheid centraal de juiste randvoorwaarden schept en partijen steeds vaker decentraal voor maatwerk in de bekostiging kiezen, vermindert de waarde van declaratiedata. Als bijvoorbeeld wordt gekozen voor netwerkbekostiging voor behandeling van chronische aandoeningen, wordt de informatie die nodig is voor een declaratie steeds algemener en zegt dit dus ook minder over de (kosten van) geleverde zorg. Dat zien we bijvoorbeeld gebeuren bij de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg, waarbij tientallen zorgactiviteiten zijn teruggebracht tot negen stuks. Het inzicht in de geleverde zorg gaat dus achteruit, waardoor het analyseren van landelijk zorggebruik niet meer mogelijk is met alleen de declaratiedata. Ook geven declaratiedata niet altijd het volledige beeld van de zorgkosten, bijvoorbeeld door correcties achteraf bij plafondafspraken, die niet meer in de declaratiedata terechtkomen.

Data zijn altijd al een aandachtspunt geweest, maar komen extra hoog op de agenda van het Zorginstituut en de NZa voor het lerend systeem van passende zorg. Vanwege de dalende waarde van informatie uit declaratiedata, pleiten wij voor onderscheid in data

voor beleid en data voor declaraties. We onderzoeken hoe we de verschillende beschikbare datastromen willen inzetten in de nabije toekomst. Daarvoor gaan we in kaart brengen aan welke kwaliteitseisen de data moeten voldoen (correctheid, volledigheid, beschikbaarheid, snelheid) en welk doel of welke taak ze dienen. Dit kan per domein of zorggebied verschillen. Zo wordt in 2021 vanuit het Zorginstituut al een onderzoek uitgezet naar de kwaliteit van diagnoses in de declaraties van de MSZ.

Daarnaast kijken we naar welke bestaande registraties voor de NZa en het Zorginstituut kunnen worden ontsloten. De onderzoekswerkplaats ‘routine zorgdata voor passende zorg’ is onlangs van start gegaan en is daarvan al een eerste voorbeeld. Dit is een samenwerking van het Zorginstituut en het NIVEL, waarin het gebruik van eerstelijnszorgregistraties en declaratiedata centraal staat.³⁷

Als registratie niet nodig is voor declaratie, dan weten we dat minder goed wordt voldaan aan de verplichting tot registreren. Een andere prikkel voor goede registratie kan bijdragen aan goede datakwaliteit. We willen kijken of we informatieproducten en benchmarking voor zorgaanbieders kunnen inzetten om zorg te dragen voor datakwaliteit, naar het voorbeeld van de integrale vergelijking van de NZa voor verpleeghuizen. De integrale vergelijking is een onderzoek naar de kosten die aanbieders daadwerkelijk maken om te voldoen aan het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*, waarbij zorgaanbieders op kosten en productie met elkaar worden vergeleken. De opgehaalde informatie wordt gebruikt om van elkaar te leren en voor het onderzoek naar een nieuwe bekostiging, met ruimte voor decentrale verschillen.

³⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/onderzoek-en-wetenschap/gebruik-van-data>.

2. Samenstellen pakket van goede verzekerde zorg

Het Zorginstituut heeft verschillende taken die moeten bijdragen aan het samenstellen van het basispakket van goede verzekerde zorg. Mede op basis van dit advies zijn we bezig deze taken beter op elkaar te laten aansluiten en aan die knoppen te draaien die nodig zijn voor meer passende zorg.

2.1 Kwaliteitsproblemen agenderen en doorontwikkeling kwaliteitstaken Zorginstituut

Het Zorginstituut stimuleert de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg door het stimuleren en agenderen van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, het stimuleren van de implementatie ervan, en het beschikbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg. Het agenderen van de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard of meetinstrument om een gesignaleerd kwaliteitsprobleem aan te pakken zien we als belangrijke schakel in het lerend systeem om tot passende zorg te komen.

Momenteel reflecteert het Zorginstituut samen met VWS op de uitvoering van de kwaliteitstaken in relatie tot de andere taken van het Zorginstituut en dit advies. In 2021 is die gezamenlijke visie gereed en besluiten we hoe we de kwaliteitstaken doorontwikkelen.

Daarnaast adviseren we VWS om samen met het Zorginstituut te kijken naar de mogelijkheden om actualisering van richtlijnen en standaarden te versnellen, zodat nieuwe kennis en innovaties sneller daarin worden opgenomen. Dit is in lijn met het voorgestelde principe 'passende zorg is waardegedreven': kennis over effectieve zorg moet snel landen in standaarden en richtlijnen, zodat deze kan worden toegepast. We adviseren VWS ook te onderzoeken of de principes van passende zorg verankerd kunnen worden in de wetgeving over kwaliteitsstandaarden (Wkkgz), zodat met het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden hierop getoetst kan worden.

2.2 Doorontwikkeling programma Zinnige Zorg

Het Zorginstituut zet Zinnige Zorg-trajecten in om de zorg in het basispakket systematisch door te lichten. Het Zorginstituut is continu bezig met de doorontwikkeling van deze methodiek. Het Zorginstituut agendeert risicogericht onderwerpen om bij te dragen aan het lerend systeem (zoals beschreven in hoofdstuk 4 van deel A over de randvoorwaarden). Zinnige Zorg zal zich – in samenspraak met VWS – vanaf 2021 meer gaan richten op de voorwaarden die gelden voor verzekerde zorg. We kijken naar de samenstelling en het gebruik van het verzekerde pakket. Dat betekent onder meer dat de nadruk komt te liggen op onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk, en zo nodig naar kosten-effectiviteit, in lijn met het principe 'passende zorg is waardegedreven', met daarbinnen

sterke nadruk op effectiviteit en doelmatigheid. Op basis van dit onderzoek maken we verbeterafspraken met zorgverzekeraars, zorgverleners, wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. De verantwoordelijkheid voor de implementatie van de verbeterafspraken ligt bij het veld, het Zorginstituut ziet toe op de uitvoering, monitort en evalueert.

2.3 Evaluatieonderzoek agenderen

Het lerend systeem vereist dat voldoende kennis wordt opgedaan over wat werkt en wat niet. Als wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit van te lage kwaliteit is of ontbreekt (kennislacunes), zal aan de zorgaanbieders worden gevraagd onderzoek te doen. Het Zorginstituut kan de vastgestelde kennislacune neerleggen bij ZE&GG, ZonMw of bij andere partijen, waar de mogelijkheid is om met zorgevaluatieonderzoek het ontbrekende bewijs te genereren, zodat snel inzicht komt in de pakketwaardigheid van een interventie.

Voor veelbelovende nieuwe behandelingen, genees- of hulpmiddelen bestaat de subsidie-regeling 'Veelbelovende Zorg'³⁸, waarbinnen voor maximaal zes jaar een projectsubsidie wordt verleend om onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van de nieuwe interventie. Na afloop van het project volgt binnen zes maanden een beoordeling van het Zorginstituut of de betreffende zorg tot het basispakket behoort.

2.4 Regie op Registers voor dure geneesmiddelen

In 2019 is het Zorginstituut gestart met het project 'Regie op Registers', dat moet leiden tot een helder kader voor het registreren en rapporteren van gegevens over het gebruik van dure geneesmiddelen in de praktijk, inclusief de klinische en relevante uitkomsten van de behandeling voor de patiënt. Doel hiervan is, dat de registers goed gebruikt kunnen worden voor evaluatie van de (kosten)effectiviteit van dure geneesmiddelen, met het oog op gepast gebruik en pakketbeheer. De NZa heeft de minister in mei 2020 geadviseerd³⁹ dit traject te bespoedigen vanwege de jaarlijkse stijging in uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen en de toenemende roep om rechtvaardiging van de vraagprijzen van geneesmiddelen. Deze urgentie willen we in dit advies nogmaals gezamenlijk onderschrijven.

Regie op registers voor dure geneesmiddelen helpt bij het stroomlijnen van het hele landschap aan registers. Die registers dragen bij aan een lerend systeem, waarmee alle partijen kunnen werken aan het principe van waardegedreven zorg: zorg moet (kosten)effectief zijn en doelmatig worden verleend.

In 2021-2022 worden de ontwikkelde instrumenten in vier casestudies (*proof of concept*) getest. De implementatiefase van het project is gepland in 2022-2024.

38 <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/veelbelovende-zorg>.

39 NZa. (2020, mei). *Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_305909_22/1/.

2.5 Basispakket verduidelijken

Het Zorginstituut brengt adviezen en standpunten uit over het verzekerde basispakket. Als onderdeel van de adviezen en standpunten besteden we steeds meer aandacht aan het waarborgen dat de interventie gepast wordt gebruikt. Bijvoorbeeld door het bespreken van start- en stopcriteria (bij dure geneesmiddelen), door voorstellen te doen voor indicatiestelling of kwaliteitscriteria (zoals benodigde expertise of infrastructuur) en door vast te stellen welke gegevens moeten worden verzameld in een register om de (kosten)effectiviteit van een behandeling te kunnen evalueren. Ook monitoren en evalueren we het gebruik van interventies in de praktijk om cyclisch pakketbeheer steeds beter vorm te geven, waarbij bewezen niet-effectieve zorg na een herbeoordeling uit het pakket moet verdwijnen.

Het basispakket is voor het grootste deel (90 procent) een open pakket. Dit betekent dat innovaties in de zorg makkelijk kunnen instromen. Dat moet zorg zijn die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en die zorgprofessionals plegen te bieden⁴⁰. De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg, zo nodig na een eigen zorgadviestraject (ZAT). Voor de meeste zorg is daarom geen beoordeling door het Zorginstituut nodig. Binnen het open pakket beoordeelt het Zorginstituut alleen in specifieke gevallen. Op verzoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, VWS of op eigen initiatief voert het Zorginstituut beoordelingen uit om te bepalen of specifieke interventies in het basispakket horen. Hieruit volgt een standpunt. Daarna volgt nog een aantal stappen, onder andere met de NZa die bijpassende bekostiging moet uitdenken (een Wmg-prestatiebeschrijving en in sommige gevallen een tarief). Ook wordt nagedacht over monitoring, bijvoorbeeld via declaratiegegevens (zie hoofdstuk 1 van deel B).

Ongeveer 10 procent van het basispakket is een gesloten pakket. Dit zijn extramurale geneesmiddelen en een aantal (dure) intramurale geneesmiddelen (de zogenaamde sluisgeneesmiddelen), en bijvoorbeeld fysiotherapie. Deze behandelingen moeten eerst op effectiviteit en kosteneffectiviteit worden beoordeeld door het Zorginstituut, waarna het Zorginstituut een advies uitbrengt. De minister besluit dit advies wel of niet over te nemen en de regelgeving aan te passen. Op het moment dat het Zorginstituut een geneesmiddel beoordeelt is vaak nog maar beperkt wetenschappelijk bewijs beschikbaar over de effectiviteit. Het is daarom belangrijk gegevens te verzamelen, zodat een aantal jaar later beter kan worden beoordeeld wat de (kosten)effectiviteit van het geneesmiddel is, voor verschillende patiëntgroepen. Daarnaast is het belangrijk dat goede afspraken worden gemaakt over gepast gebruik van (dure) geneesmiddelen. Deze afspraken worden momenteel bijvoorbeeld vastgelegd in zogenaamde weesgeneesmiddel-arrangementen. Hierin worden per geneesmiddel afspraken met de beroepsgroep opgenomen over een indicatiecommissie, een protocol met start- en stopcriteria, en over het voeren van een register. Er loopt nu een pilot (2020-2022) om afspraken te maken voor niet-oncologische geneesmiddelen in het open pakket. Deze afspraken zijn echter niet bindend en er treden met name problemen op rondom de structurele bekostiging van een registratie en onderzoeken van de verzamelde gegevens.

40 Plegen te bieden: "Zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.". <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden>.

Het Zorginstituut werkt aan het volgende:

- In het programma 'Toekomstbestendig Pakketbeheer' wordt onder meer gewerkt aan de doorontwikkeling van de wijze van pakketbeheer – met focus op innovatie in de zorg – en aan methoden voor risicogericht cyclisch pakketbeheer (programma loopt 2020-2022). In dit programma werken we aan het lerend systeem voor pakketbeheer.
- Het Zorginstituut onderzoekt momenteel hoe het een meer proactieve rol kan spelen bij de instroom van innovaties in het open pakket, zodat dit tot passende zorg leidt (advies verwacht eerste helft 2021). We vinden het vanuit waardegedrevenheid noodzakelijk dat van innovaties snel duidelijk wordt of ze effectief en kosteneffectief zijn, en dat goed wordt gekeken naar het juist toepassen van de innovatie (conform het principe 'passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek').
- Het Zorginstituut werkt aan de doorontwikkeling van het programma Zinnige Zorg en gaat daarbij meer kijken naar de voorwaarden die gelden voor verzekerde zorg, zie paragraaf 2.2.
- In de Ronde Tafel Weesgeneesmiddelen wordt met de pilot 'Beheerste instroom van weesgeneesmiddelen in het open pakket' (2020-2022) door zorgverzekeraars samengewerkt met wetenschappelijke verenigingen aan het realiseren van afspraken over gepast gebruik van niet-oncologische weesgeneesmiddelen.
- Het Zorginstituut neemt op verzoek van VWS een regierol in de plaatsbepaling van de moleculaire diagnostiek in de Nederlandse zorgmarkt, om te zorgen dat deze vorm van diagnostiek in Nederland op het juiste moment voor de juiste patiënt beschikbaar kan zijn, in lijn met het principe 'passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek'.⁴¹

We adviseren VWS om samen met het Zorginstituut te onderzoeken hoe voorwaarden kunnen worden gesteld aan pakketaanspraken, zodat voor iedereen bij de betreffende diagnostiek of behandeling helder is wanneer en bij wie deze kan worden ingezet vanuit het basispakket. Denk hierbij aan voorwaarden zoals: volgens bepaald protocol met start- en stopcriteria, maximale gebruikstermijn, uitsluitend in bepaalde expertisecentra of bij deelname aan onderzoek.

⁴¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2020/10/14/personaliseren-van-zorg>.

3. Noodzakelijke transitie in bekostiging van passende zorg

De bekostiging kent nu vooral prikkels op productie en onvoldoende op passende zorg. Om dat te verbeteren willen we een differentiatie in de bekostiging. Het gaat om ingrijpende veranderingen, die binnen het huidige stelsel kunnen worden opgepakt.

In het eerdere advies van de NZa⁴² hebben we onderscheid gemaakt tussen continue en episodische zorgvragen. De continue zorgbehoefte bestaan uit chronische zorgvragen. De episodische zorgbehoefte bestaan uit electieve en acute zorgvragen. Deze zorgbehoefte zijn meestal relatief kort van duur en hebben vaak een helder begin- en eindpunt.

De NZa ziet het volgende gedifferentieerde bekostigingsmodel voor zich:

- beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg;
- bundelbekostiging voor electieve zorg;
- netwerkbekostiging voor chronische zorg.

Eerst gaan we in op de doelgroepenbenadering en vervolgens gaan we nader in op de drie bekostigingsgebieden.

3.1 Doelgroepenbenadering

Bij doelgroepenbenadering maken we een onderscheid tussen de medisch-specialistische zorg en een domeinoverstijgende benadering.

3.1.1 Doelgroepenbenadering in de MSZ

De NZa vindt het vanuit oogpunt van passende zorg essentieel dat de patiënt en zijn vraag centraal komen te staan in de organisatie en financiering van de zorg. Wat passend is, wordt in eerste instantie bepaald door de zorgvraag en specifieke situatie van de patiënt.

Vanuit die gedachte heeft de NZa in de afgelopen jaren een begin gemaakt met het groeperen van de DBC-zorgproducten, waarbij de achterliggende zorgvraag leidend was bij het samenvoegen van de zorgproducten. Patiënten die een DBC-zorgproduct ontvangen uit één zo'n groep, hebben zoveel mogelijk dezelfde zorgvraag of ten minste zorgvragen die nauw verwant zijn.

⁴² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316526_22/1/.

Patiënten presenteren zich met symptomen of klachten en een daaraan verwante zorgvraag, niet met een diagnose. Denk hierbij aan de groep van klachten die wordt aangemerkt met 'pijn op de borst'. Hierbij kan sprake zijn van verschillende aandoeningen. Het initiële (diagnostische) traject zal voor deze klacht doorgaans gelijk zijn. Ondanks een gelijksoortige zorgvraag kan dus sprake zijn van verschillende aandoeningen. Dit soort patiënten doorlopen in een dergelijke groep van DBC-zorgproducten hetzelfde zorgpad binnen een instelling. De uiteindelijke diagnose voor patiënten met 'pijn op de borst' kan echter anders zijn. Patiënten met bepaalde klachten of symptomen zullen niet altijd tot een bepaalde diagnosecategorie en zorgpad behoren. Uiteindelijk zal bij het vaststellen van de diagnose blijken wat het juiste zorgpad is voor elke patiënt. Bij de doelgroepenbenadering moet hiermee rekening worden gehouden.

In de klinische praktijk is op een enkele plaats een benadering op doelgroep(en)niveau zichtbaar en is de organisatie hierop aangepast. De mammapoli is zo'n voorbeeld. Binnen een mammapoli werken verschillende specialismen samen. Patiënten die zich presenteren met een 'knobbeltje in de borst', een verdenking op borstkanker of de angst hiervoor vormen de doelgroep van de mammapoli en starten op een vergelijkbaar initieel zorgpad. De mammapoli vormt de optimale inrichting van zorg rondom deze doelgroep. Desondanks zal de aard of ernst van de aandoening samen met de diagnose bepalen welk zorgpad het meest passend is.

Een doelgroep vinden wij een goed startpunt om vanuit de organisatie van zorg meer passende zorg te laten ontstaan. Met de bekostiging kunnen wij deze organisatievorm volgen. Wij zien bij het gebruik van doelgroepen ook de potentie om het DBC-systeem te kunnen vereenvoudigen en de administratieve lasten in de praktijk te verlagen. Deze doelgroepenbenadering willen we toetsen bij het veld en gezamenlijk met het veld doorontwikkelen.

3.1.2 Doelgroepenbenadering domeinoverstijgend

De doelgroepenbenadering kan ook bijdragen aan het domeinoverstijgend verbeteren van de zorg. Zo is de NZa op zoek gegaan naar 'de zorg voor de toekomst' in de vorm van een 'ideale' *patient journey* voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB) én psychische klachten of een stoornis. Uit de *patient journey*⁴³ blijkt dat deze mensen vaak niet de zorg krijgen die nodig is, oftewel: er is geen sprake van passende zorg. Bij deze groep is vaak van jongs af aan sprake van een stapeling van problemen. Vaak krijgen ze geen GGZ-hulp. Als ze wel in de GGZ terechtkomen, worden ze vaak ten onrechte naar de gehandicaptenzorg verwezen. In de gehandicaptenzorg krijgen ze vervolgens niet altijd de juiste behandeling. De verzameling van hun problemen is complex, maar de GGZ-component lang niet altijd. Of ze krijgen wel zorg in de GGZ, maar die zorg is niet aangepast aan hun verstandelijke niveau, waardoor de behandeling niet aanslaat of ze stoppen met hun behandeling.

43 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_623603_22/1/

De inzichten uit een patient journey zijn verhelderend, leggen meer nadruk op de patiënt en minder op het systeem. De inzichten kunnen worden ingezet om meer gelijkgerichtheid te bewerkstelligen voor passende zorg over de schotten van zorg heen. We kijken als NZa hoe we de uitwerking van deze patient journey kunnen omzetten in verbetering van de zorg, bijvoorbeeld in de bekostiging. Ook bekijken we of de patient journey inderdaad een kansrijke route is in het lerend systeem van passende zorg. Als dat zo is, gaan we op zoek naar meer voorbeelden van doelgroepen waarvoor een patient journey inzicht geeft in passende zorg.⁴⁴

3.2 Beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg

De huidige bekostigingssystematiek van acute zorg stimuleert zeer beperkt de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in de acute zorgketen. De bekostiging moet doelmatige keuzes en een doelmatige spreiding van acute zorgvoorzieningen ondersteunen op basis van zorginhoudelijke normen.

In ons eerdere advies over passende zorg stellen wij, dat een andere vorm van bekostiging beter past bij de acute zorg als keten dan de huidige bekostiging, bijvoorbeeld (deels) op basis van beschikbaarheid. Een beschikbaarheidsbekostiging maakt het lonend voor zorgaanbieders om de zorgverlening (gezamenlijk) optimaal in te richten. Ook kunnen samenwerking en preventie makkelijker tot stand komen. Ook preventie wordt lonend bij een bekostiging op basis van beschikbaarheid.

Een bekostiging op basis van beschikbaarheid kan op verschillende manieren worden ingericht. Bijvoorbeeld populatiebekostiging, een opslag voor beschikbaarheid opgenomen in de tarieven, met inzet van een overheidssubsidie of een systeem met een dominante zorgverzekeraar, die de budgetafspraken maakt namens verschillende zorgverzekeraars en hierdoor kan sturen op doelmatigheid en uitkomsten van zorg. Een gedifferentieerde bekostiging met enerzijds bekostiging van beschikbaarheid om zorgvoorzieningen te garanderen en anderzijds compensatie voor productie kan passend zijn. Welke vorm optimaal is voor acute zorg vraagt nader onderzoek in afstemming met partijen, waarbij ook compensatiemechanismen aandacht krijgen in geval van grote regionale kostenverschillen.

Om een goede afweging te maken tussen de effecten van de bekostigingsmogelijkheden en wat het beste past bij de acute zorg is onderzoek nodig. Vanuit de NZa brengen we graag advies uit over een passende bekostiging voor de acute zorg. De bekostiging moet daarnaast voldoende ruimte bieden voor samenwerking en de gezamenlijke opdracht van acute zorgaanbieders versterken in plaats van de individuele belangen. Ons toezicht op rechtmatigheid van uitgaven in de regio moet hierop aansluiten. Wij denken hier graag over na en nodigen anderen uit met ons mee te denken hoe regionale samenwerking kan worden versterkt door een passende bekostiging, daarop aansluitend rechtmatigheidstoezicht en toezicht op de inkoop van passende zorg.

44 De NZa zal in 2021 in ieder geval twee doelgroepen centraal stellen vanuit het perspectief van bekostiging die moet bijdragen aan passende zorg: ouderen en mensen die palliatieve zorg nodig hebben.

3.3 Bundelbekostiging voor electieve zorg

Binnen de electieve zorg zien wij nog veel ruimte voor verbetering om passende zorg beter te faciliteren of stimuleren. Voorbeelden zijn: het integraal organiseren van de zorg (over de lijnen heen), het voorkomen van zorg of heropnames (als gevolg van complicaties) en het doelmatig inrichten van de zorg, bijvoorbeeld via zorg op afstand (digitalisering van zorg).

Voor electieve zorgvragen zien wij zorgbundels als de meest geschikte optie. In tegenstelling tot de acute zorgvraag is continue beschikbaarheid van capaciteit of zorg niet direct van belang. Electieve zorg is planbaar en niet chronisch of acuut van aard. Electieve zorg kan in zorgbundels worden gevat met een duidelijk begin- en eindpunt. Samen met de patiënt zijn tijd en ruimte beschikbaar om de zorg af te stemmen op de zorgbehoefte en om de mogelijke (gezondheids)uitkomsten te bespreken (samen beslissen). Vanuit deze optiek hebben zorgaanbieders mogelijkheden om de zorg kwalitatief goed en doelmatig te organiseren.

3.3.1 Vergoeden per bundel

Na een uitgebreide analyse van de huidige bekostiging heeft de NZa al in 2018 een rapport gepubliceerd, waarin we constateren dat inkoop van bundels een logische stap is in de doorontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Het huidige DBC-systeem hoeft hiervoor niet te worden gewijzigd. Mogelijk kan het juist worden vereenvoudigd. Daarnaast zijn geen fundamentele wijzigingen in het zorgstelsel nodig. Voor de electieve zorg betekent dit, dat de systemen deze optimalisatie dus niet tegenhouden, maar dat professionals hier direct mee aan de slag kunnen gaan.

In de komende jaren gaan we uitvoerig in gesprek met individuele zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en burgers om invulling te geven aan de categorisering van zorgvragen (acuut, electief en chronisch). Wij starten hierbij met de electieve zorg. We zetten sessies op waar we electieve zorg nader definiëren. Dit doen we aan de hand van de al ontwikkelde doelgroepen. Over twee tot drie jaar moet een select aantal zorgbundels zijn gedefinieerd die in samenwerking met de partijen zijn ontstaan. Ter ondersteuning maken we gebruik van data. We verkennen of we op basis van data zorgbundels kunnen herkennen en duiden. We vinden het daarom van belang dat deze zorgbundels worden gestandaardiseerd.

Opvolgend en deels parallel aan het definiëren van de electieve zorgbundels moet worden gekeken naar de bijbehorende uitkomstmaten. Hiervoor is aansluiting bij het programma 'Uitkomstgerichte zorg' een voor de hand liggende mogelijkheid. We zullen VWS en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) benaderen om hierbij samen te werken.

Binnen de electieve zorg zijn voorbeelden van afspraken bekend, waarin de behandeling van een zorgvraag wordt samengenomen in één financiële afspraak met afspraken over kwaliteit en uitkomsten. Dit noemen we ook wel een afspraak over een zorgbundel, oftewel *bundled payment*. Idealiter valt het hele zorgproces van de patiënt binnen de bundel voor het zoveel mogelijk verlenen van passende zorg.

Begin 2020 hebben we deze voorbeelden van zorgbundels⁴⁵ gedeeld.

Aangezien deze zorgbundels nu al een aantal jaren bestaan, gaan wij deze evalueren. De effecten ervan zijn nog niet voldoende in beeld en openbaar. Komend jaar gaan we hierover met de betrokken partijen in gesprek: wat zijn de succesfactoren, de positieve lessen, knelpunten en uitdagingen? Deze evaluatie kan bijdragen aan de sessies voor de nadere invulling van de zorgvragen.

De impact van zorgbundels is dat ze door een andere verdeling van verantwoordelijkheden uitkomsten centraal stellen, schotten doorbreken en innovatie stimuleren. Zorgbundels verder implementeren vraagt om standaardisatie van de contractelementen en uniformiteit van de bundeldefinitie per aandoening. Als we dat niet doen, neemt de administratieve last voor zorgaanbieders toe. Ook kan sprake zijn van *free-rider*-problematiek als niet alle zorgverzekeraars meedoen. Decentraal kan vervolgens invulling worden gegeven aan de bundels in termen van kwaliteit, prijs en volume.

Als een voorloper van de vorming van een bundel kan de geboortezorg worden gezien. Deze moet per 2028 integraal worden bekostigd, aldus het NZa-advies *Advies toekomst integrale geboortezorg*. We hebben daarin bepleit om de integrale geboortezorg op te nemen in de reguliere bekostiging voor 2022, zodat regio's dan direct gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om de zorg integraal te declareren. Met het behouden van de mono-disciplinaire bekostiging tot 2028 krijgt de sector de tijd om een aantal noodzakelijke vraagstukken op te lossen.

3.3.2 Facultatieve prestatie

De facultatieve prestatie geeft partijen nieuwe mogelijkheden om innovatieve afspraken te maken over zorg. De facultatieve prestatie voor de MSZ kan volgend jaar worden ingezet om afspraken te maken over zorgbundels. Het is aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hier afspraken over te maken in de contractering. Bij goed resultaat kunnen deze vervolgens landelijk worden uitgerold.

De NZa zal dit monitoren en evalueren. Hierbij vinden we het belangrijk dat afspraken worden gemaakt over kwaliteit en uitkomsten van zorg (onder andere ter voorkoming van risicoselectie en onderbehandeling). Ook onderzoeken we de mogelijkheden om de zorgbundels uit te breiden met zorg buiten het ziekenhuis, zoals zorg in de eerste lijn.

Daarnaast wordt vanaf 2022 de facultatieve prestatie geïntroduceerd in de GGZ en forensische zorg (FZ) als onderdeel van een beoogd nieuw bekostigingsmodel, het Zorgprestatiemodel. De introductie van de facultatieve prestatie in deze sector biedt ruimte voor lokale maatwerkafspraken en faciliteert de bekostiging van innovatie en digitale zorg die past bij de behoefte van de patiënt.

⁴⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306227_22/1/.

Naast de andere en al bestaande facultatieve prestaties ziet de NZa een domeinoverstijgende facultatieve prestatie als middel om decentrale ruimte te creëren voor onder andere het inkopen van bundels van electieve zorg. De NZa wil in 2021 verkennen onder welke voorwaarden dergelijke facultatieve ruimte effectief is.

3.4 Bekostiging van zorg rondom patiënten met chronische ziekte

Patiënten met een chronische aandoening hebben veelal te maken met comorbiditeit. In absolute cijfers uitgedrukt hebben 1,3 miljoen Nederlanders meerdere ziekten tegelijkertijd, ongeveer een kwart van de chronisch zieke mensen. Comorbiditeit komt vaker voor naarmate men ouder wordt. Tussen de 65 en 80 jaar heeft een derde tot twee derde van alle mensen meer dan twee ziekten. Bij mensen ouder dan 80 jaar is de kans nog groter: 70 tot 80 procent van hen heeft comorbiditeit.⁴⁶ Door deze toenemende mate van complexiteit aan zorgvragen krijgen patiënten te maken met meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines. Chronische zorg omvat dan ook een mix van preventie, eerste- en tweedelijnszorg, en acute en langdurige zorg. De huidige bekostiging, of het nu gaat om de ziekenhuizen of de eerste lijn, sluit niet aan bij deze zorgbehoefte.

Een integrale benadering is essentieel om te kunnen inspelen op de individuele behoeften van de patiënt. Bij deze integrale zorg komen vaak zorgprofessionals uit verschillende sectoren samen, waarbij ze hun activiteiten in samenhang uitvoeren rondom de behoeften van de patiënt.

Sinds 2010 is deze integrale zorg rondom chronische ziektes veelal vormgegeven in ketenzorg. Het gaat daarbij met name om diabetes, COPD en hartfalen. Bij ketenzorg staan afstemming en coördinatie van de betreffende aandoening centraal. Om de samenhang te realiseren is een integrale levering van zorg vereist tussen de diverse zorgdisciplines. Op deze manier kan de zorg voor meer dan één aandoening als een samenhangend geheel worden geleverd. Daartoe zijn voor de genoemde vormen van ketenzorg kwaliteitsstandaarden geformuleerd.

Het aandeel van ketenzorg (vanuit de huisartsenzorg) is in de afgelopen jaren toegenomen. Daarin is wel een belangrijke verandering zichtbaar. Diabetes, COPD en hartfalen zijn specifieke zorgvragen, terwijl de aandacht de laatste jaren juist meer wordt verlegd naar het omgaan met comorbiditeit, waarbij wordt uitgegaan van de zorgbehoefte van de individuele patiënt. Een voorbeeld hiervan is de integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Als de ketens in zorgstandaarden zijn gevat, komen deze ketens in aanmerking voor landelijke regulering van de bekostiging.

Het systeem gebaseerd op DBC's of bundels gaat uit van een duidelijk begin- en eindpunt van zorg en een beperkt aantal disciplines. Het DBC-systeem voldoet daarom niet voor de bekostiging van passende chronische zorg in het ziekenhuis. Vanuit de huisartsenzorg wordt

46 Vilans. (2010). Een ziekte komt zelden alleen. https://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit_literatuur-verkenning_pdf.pdf.

al gewerkt met ketenzorgprestaties voor chronische patiënten op basis van netwerkbe-
kostiging, maar deze is beperkt tot de eerste lijn. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars
komen een vast tarief per multidisciplinair zorgtraject overeen (de zogeheten keten-DBC).

Als we stappen willen zetten naar meer passende zorg voor chronische, comorbide patiënten,
zal ook de bekostiging moeten veranderen. Keten-DBC's hebben een integrale benadering
van de patiënt niet dichterbij gebracht. De bekostiging zorgt er 'slechts' voor dat alle
betrokken zorgverleners kunnen declareren.

Een mogelijkheid om chronische zorg zo te bekostigen dat het bijdraagt aan passende zorg,
zien wij terug in de experimenten in de wijkverpleging. Binnen de wijkverpleging adviseert
de NZa een bekostiging, die meer ruimte biedt voor het organiseren van zorg rondom de
cliënt en voor samenwerking binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen. Wij
hebben geadviseerd om vanaf 2022 een nieuw breed experiment te starten, waarin zorg-
aanbieders en zorgverzekeraars (meer) ervaring kunnen opdoen met contractering op basis
van cliëntprofielen. Binnen deze experimentele setting wordt zorg gedeclareerd via een
prestatie op basis van cliëntprofielen en per uur, per week of per maand, met een vrij tarief.
Zorgaanbieders en zorgverzekeraars bepalen gezamenlijk op welke manier de nieuwe cliënt-
profielen een rol spelen in de contractering. Daarnaast kunnen aanbieders en verzekeraars
in het experiment afspraken maken over maatwerk, bijzondere zorgactiviteiten en andere
innovatieve ideeën voor contractering. Deelname aan het experiment kan alleen op basis
van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Inzicht in uitkomsten van zorg en contractering op basis van kosten én inhoud zijn bij
deze nieuwe bekostigingsvormen belangrijk. Zo worden zorgverzekeraar en zorgaanbieder
aangespoord om (intern) niet langer te sturen op uren geleverde zorg (productie), maar
op goede uitkomsten voor de cliënt. Ook willen we de wijkverpleegkundige faciliteren om
maximaal in te zetten op preventie, innovatie, digitale zorg en zelfredzaamheid. Op deze
manier komt meer ruimte vrij voor het leveren van passende zorg binnen de wijkverpleging.
Deze inzichten kunnen mogelijk als opstap dienen voor passende bekostiging van de zorg bij
chronische ziekte.

3.5 Geen centrale sturing op passende zorg via de tarieven⁴⁷

Kamerlid Van den Berg heeft de regering verzocht de NZa te vragen om in dit advies na te
gaan of een maximumtarief op het niveau van de meest doelmatige leveringsvorm kan
worden vastgesteld, om zo bijvoorbeeld e-health-toepassingen te stimuleren.⁴⁸ Achterliggend
idee is, om voor vormen van zorg die zowel digitaal als fysiek kunnen worden verzorgd een
maximumtarief in te stellen, ter hoogte van de meeste doelmatige leveringsvorm van beide.
Wij leggen hier de term doelmatigheid zoals gebruikt door Van den Berg uit als de meest
effectieve zorg op de juiste plek, en dus passend.

⁴⁷ Afgezien van bijvoorbeeld bekostiging van beschikbaarheid, waar vanuit het oogpunt van beheersing van de kosten een vast
tarief (voor bepaalde zorgonderdelen) wenselijk kan zijn.

⁴⁸ Tweede Kamer. (vergaderjaar 2019-2020). Motie van het lid Van den Berg d.d. 2 juli 2020. 31 765, nr. 499.

Wij nemen deze suggestie niet over in dit advies, ook vanwege onze insteek om de bekostiging te differentiëren. Vooruitlopend op de definitieve invulling daarvan, is ons inzicht dat afspraken over (financiële) doelmatigheidsprykkels het beste tot stand komen in overleg tussen individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars, zoals uitgelegd bij het uitgangspunt van decentrale uitvoering. Wij lichten dit hieronder verder kort toe.

Ten eerste bestaat al een goede stimulans, omdat zorgprestaties zoveel mogelijk functioneel worden beschreven. Hierbij beschrijven we de zorg, maar niet wie de zorg levert of waar deze wordt uitgevoerd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren veel ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van digitale zorg. Hierdoor kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld binnen de bestaande prestaties het zorgproces veranderen door *face-to-face*-contact gedeeltelijk te vervangen door digitale zorg als dit doelmatiger is. In de huisartsenzorg maakt het bijvoorbeeld niet uit of een consult digitaal (mail, chatten, videobellen), telefonisch of fysiek plaatsvindt, omdat de zorgprestatie algemeen is omschreven. Er geldt één maximumtarief. De huisarts kiest samen met de patiënt voor de meest passende leveringsvorm.

Ten tweede gelden nu vrij onderhandelbare tarieven voor een groot deel van de zorg. In de medisch-specialistische zorg is bijvoorbeeld meer dan 70 procent vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Als een bepaalde digitale leveringsvorm voor de meeste patiënten een volwaardig alternatief is geworden, is het prikkelen via maximumtarieven suboptimaal, omdat dit landelijke tarieven zijn die geen rekening houden met verschillen tussen regio's en tussen aanbieders. Bij vrije tarieven kunnen zorgverzekeraars via hun zorgcontractering doelmatigheid dan veel beter belonen, bijvoorbeeld door meer maatwerk in tarieven en investeringen, door meerjarige contracten te sluiten die continuïteit bieden, en contractering waarbij de meest doelmatige leveringsvorm wordt gestimuleerd. Zorgverzekeraars kunnen het gebruik van digitale zorg bijvoorbeeld ook gericht financieel stimuleren, onder meer door een hogere vergoeding te geven aan een ziekenhuis voor de meest doelmatige leveringsvorm (ter compensatie van investeringen) en een lagere vergoeding voor de minder doelmatige zorg (als prikkel ter afbouw). Zo kan samen met zorgverzekeraars worden gewerkt aan passende zorg.

Ten derde kent het systeem van tarieven enkele dwingende voorwaarden. De NZa is juridisch gehouden gemiddeld gezien kostendekkende tarieven vast te stellen. Het maximumtarief voor bijvoorbeeld het huisartsenconsult alleen baseren op de meest doelmatige leveringsvorm verhoudt zich niet goed met het uitgangspunt waarop de rechter toetst. Bovendien is het verbeteren van doelmatigheid een continu proces. De maximumtarieven worden in de regel eens in de zoveel jaar vastgesteld op basis van kostenonderzoeken die uitgaan van historische kosten. Het vaststellen van maximumtarieven voor specifieke zorgactiviteiten heeft in die zin maar een beperkte invloed op het stimuleren van de meest doelmatige leveringsvorm. Tot slot geldt dat een gemiddelde doelmatigheid (eventueel gewogen) de norm vormt voor maximumtarieven, waardoor er voor zorgaanbieders al een prikkel is om doelmatige zorg te leveren.

4. Onderzoek risico-verevening als stimulans voor passende zorg

De Zorgverzekeringswet kent een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars. Dat betekent, dat zij iedere verzekerde moeten accepteren en dezelfde premie in rekening moeten brengen. Om te zorgen dat verzekeraars niet selecteren op goede risico's, worden zij via het risicovereveningsmodel gecompenseerd. Zorgverzekeraars ontvangen een hogere vergoeding voor verzekerden die veel zorg nodig hebben en een lagere vergoeding voor verzekerden die weinig zorg nodig hebben. Het risicovereveningsmodel is niet bedoeld als sturingsmodel, maar als verdeelmodel voor de budgetten van de zorgverzekeraars. Het doel is om een gelijk speelveld tussen verzekeraars te waarborgen en de prikkels voor risicoselectie te beperken. In de praktijk leidt het risicovereveningsmodel echter tot ongewenste financiële prikkels voor zorgverzekeraars om bepaalde zorg wel of niet in te kopen. Dit kan ertoe leiden dat het inkopen van passende zorg voor verzekeraars onaantrekkelijk is.

Een voorbeeld om dit te illustreren. Zorgverzekeraars ontvangen een hogere vergoeding uit de risicoverevening voor verzekerden die medicijnen gebruiken voor een chronische aandoening. Bij verzekerden met diabetes type 2 kan echter door een verbetering van de leefstijl de noodzaak tot medicijngebruik wegvallen. Dit betekent dat de hogere vergoeding vanuit de risicoverevening voor deze verzekerden dan ook wegvalt. De verzekeraar ontvangt vervolgens een vergoeding voor deze verzekerde, die vergelijkbaar is aan de vergoeding voor een verzekerde zonder diabetes type 2. Het is echter waarschijnlijk dat de verzekeraar voor deze verzekerde wel hogere kosten maakt, want er is immers nog altijd sprake van de chronische aandoening. In dat geval is de compensatie voor deze verzekerde niet voldoende voor de kosten die de verzekeraar maakt. De verzekeraar wordt dan ondergecompenseerd. Dit leidt ertoe dat de verzekeraar financieel niet wordt geprikkeld om mee te werken aan bijvoorbeeld een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Uiteraard heeft de zorgverzekeraar ook een maatschappelijke missie, maar die wordt in dit geval dus niet ondersteund door het model. Tegelijkertijd kent het model ook prikkels die wel leiden tot passende zorg. Het voorkomen van een ziekenhuisopname voor dezelfde diabetes type 2-patiënt leidt wel tot een besparing voor de verzekeraar.

Het is bekend dat het risicovereveningsmodel meer van dit soort financiële prikkels bevat, die mogelijk belemmerend werken voor het inkopen van passende zorg. Het is de vraag of het risicovereveningsmodel actief moet worden gebruikt om de verzekeraars financieel te prikkelen om doelmatige zorg in te kopen. Als het risicovereveningsmodel echter veel financiële prikkels oplevert die inkoop van doelmatige zorgverlening in de weg staan, is het van belang daar op in te grijpen. Het Zorginstituut wil als uitvoerder en expert op het gebied

van de risicoverevening in kaart brengen bij welke vormen van zorg de financiële prikkels een gewenste passende zorgverlening potentieel in de weg staan. Hiervoor is een project opgenomen in het jaarplan van het Zorginstituut.

We adviseren VWS dit onderzoek te volgen en op basis daarvan – waar nodig – de risicoverevening in te zetten als beleidsrijk instrument en niet alleen als verdeelmodel.

5. Voortouw nemen in het werken aan gelijkgerichtheid

In dit hoofdstuk beschrijven we activiteiten van de NZa en het Zorginstituut waarmee we gelijkgerichtheid van ons werk gaan bevorderen, en gelijkgerichtheid van de partijen in de zorg.

5.1 Gelijkgerichtheid ziekenhuis en medisch specialist

Afspraken over passende zorg moeten op alle relevante niveaus met elkaar in lijn liggen. Deze afspraken moeten passende zorg belonen, en dat is niet altijd hetzelfde als het belonen van de zorg die wordt geleverd. Veel afspraken zijn nog voornamelijk gericht op productie. Bij ziekenhuizen met omzetplafonds ontstaat bijvoorbeeld een productieprikkel om aan het omzetplafond te komen. De productieprikkel moet worden gereduceerd in de hele keten van afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zorgprofessionals in loondienst of georganiseerd in medisch-specialistische bedrijven (MSB's).

In de praktijk zien we ook goede voorbeelden van gelijkgerichte afspraken in de hele keten binnen het ziekenhuis. Een versnelling van deze ontwikkeling is noodzakelijk om de afspraken over passende zorg die worden gemaakt door de verzekeraar ook altijd door te vertalen naar de spreekkamer. Productiegerichte afspraken vormen nog vaak een drempel om de zorg anders in te richten of af te stoten. Hieronder lichten we dit nader toe.

5.2 Stimuleer goed gesprek tussen arts en patiënt

Wat passende zorg precies is kan verschillen van patiënt tot patiënt. De gemiddelde patiënt bestaat niet in de zorg. Het besluit over een te kiezen behandeling moet daarom in de spreekkamer worden genomen op basis van een goed gesprek tussen arts en patiënt. Financiële prikkels mogen dit proces niet verstoren. De financiële prikkels in de bekostiging moeten in lijn liggen met de belangen van de patiënt en de intrinsieke motivatie van de medisch specialist om te doen wat het best past bij de patiënt. Dit vraagt om passende afspraken, niet alleen tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraar, maar ook bij een passend vergoedingsmodel voor medisch specialisten in loondienst of georganiseerd in een MSB dat niet alleen productiegericht is.

In de kern gaat het om een bredere keten van gelijkgerichtheid, waarbij productie niet leidend is voor de inkomsten. Een voorbeeld is een meerjarige afspraak met aanneemsommen, die zorgaanbieders financiële ruimte biedt om de zorg anders in te richten. Te denken valt bijvoorbeeld aan de inzet van telemonitoring en verschuiving van zorg naar de eerste lijn. In combinatie met eenzelfde soort afspraken met medisch specialisten zullen dit soort initiatieven eerder van

de grond komen. In een eerder onderzoek⁴⁹ deelden we een aantal innovatieve praktijkvoorbeelden van gelijkgerichte afspraken. Voorbeelden zijn het doorvertalen van afspraken – zowel financieel als over kwaliteit – tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis naar de MSB's.

Als NZa zullen we de ontwikkelingen in de zorginkoop en vergoedingsmodellen (blijven) monitoren en partijen stimuleren bij het maken van afspraken over passende zorg door verschillende initiatieven te delen, zoals we dat al doen voor de zorgbundels.⁵⁰

5.3 Onderzoek naar verbeterpunten gelijkgerichtheid Zvw-pakketaanspraken en Wmg-prestatiebeschrijvingen

De NZa en het Zorginstituut gaan onderzoeken op welke manier de pakketaanspraken (pakket) en prestatiebeschrijvingen (bekostiging) en de samenhang daartussen passende zorg kunnen bevorderen. Omdat de reikwijdte van de Wmg breder is dan die van de Zvw, kan het bijvoorbeeld gaan over onduidelijkheid of (alle) zorg in een prestatie wel in het basispakket zit. Het in overeenstemming brengen van Zvw-pakketaanspraken en Wmg-prestatiebeschrijvingen is een standaardprocedure bij wijzigingen in het pakket, maar we krijgen signalen dat er soms toch onduidelijkheden zijn. Daarnaast willen we onderzoeken hoe we de processen kunnen versnellen bij de instroom van nieuwe zorg, zodat zorg die in het pakket komt ook snel als zorgproduct beschikbaar is.

5.4 Decentrale afspraken

Door de veranderingen in de zorg vervagen de grenzen binnen en tussen de domeinen. Het is onvoldoende om de eigen bedrijfsvoering op orde te hebben. Zorgbestuurders moeten tegenwoordig ook de aanvoerders van een veranderagenda zijn in de regio. Hoog op deze agenda staat de opdracht om zorg op regionaal niveau te organiseren, in samenwerking met anderen.

Ondanks de grote hoeveelheid aan initiatieven die worden opgezet in de regio, komt de gewenste verandering om de juiste zorg op de juiste plek te geven in de regio nog te traag op gang. Ons beeld is, dat op regionaal niveau een aantal veelbelovende initiatieven wordt gerealiseerd met als doel meer passende zorg te realiseren. Wat we ook zien, is dat in andere regio's dergelijke initiatieven moeizaam of nog niet van de grond komen. Of dat initiatieven zich beperken tot één thema, waardoor uitdagingen onvoldoende integraal worden benaderd, waarmee de fragmentatie van zorg in stand wordt gehouden. Ook is deelname aan dergelijke initiatieven op dit moment op vrijwillige basis en zien we dat doorzettingsmacht ontbreekt. De uitbraak van het COVID-19-virus heeft laten zien dat onder druk de samenwerking in de regio wel tot stand kan komen. Zonder structurele aanpassingen zijn wij van mening dat een dergelijke samenwerking van kortdurende aard zal zijn.

49 NZa. (2019). *Innovatieve financiële afspraken binnen het ziekenhuis*. <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2019/01/innovatieve-financiele-afspraken-binnen-het-ziekenhuis>.

50 NZa. (2020). *Zorgbundels binnen de medisch-specialistische zorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306227_22/1/

5.4.1 Regionale en lokale samenwerking

Passende zorg komt per definitie op (zeer) decentraal niveau tot stand. Er is geen blauwdruk. Alleen met regionaal maatwerk kunnen we de knelpunten aanpakken waar mensen nu of in de toekomst tegenaan kunnen lopen. Passende zorg vereist een goede samenwerking in de regio van alle partijen. Deze samenwerking is nodig voor een goede inhoudelijke afstemming bij het verlenen van zorg, een goede informatie-uitwisseling tussen zorgpartners in de keten, het afstemmen van het aanbod op de vraag en goed inzicht in vraag en aanbod voor betrokken organisaties. Dit is bij uitstek regionaal maatwerk en vaak zelfs maatwerk op lokaal niveau.

Randvoorwaardelijk voor deze samenwerking is een duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden. Dit geldt niet alleen voor de zorginhoudelijke afstemming, maar ook voor de afstemming van randvoorwaarden voor passende zorg, zoals de financiering, toegankelijkheid en uitwisseling van gegevens.

Het inrichten van deze randvoorwaarden betreft impactvolle beslissingen, die over de toekomstige organisatie van zorg in de regio moeten worden gemaakt. Deze veranderingen zullen niet voor iedere partij een gunstige uitkomst kennen. Partijen die te verliezen hebben bij voor de patiënt en premiebetaler wenselijke verandering mogen geen beslissende hindermacht hebben. Daarom zijn goede afspraken cruciaal, maar vaak ook lastig te maken vanwege de verschillende belangen. Bij afwezigheid van duidelijke afspraken over wie welke beslissingsbevoegdheid en doorzettingsmacht heeft, treedt stagnatie op en zal de verandering minimaal zijn of zelfs uitblijven. Dat is helaas wat we vaak moeten constateren en daarom is verandering van fundamenteel belang om deze impasse te doorbreken.

5.4.2 Duurzame afspraken worden contractueel vastgelegd

In de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen zich gecommitteerd aan de gewenste transformatie naar passende zorg. Immers, dat de zorg op de juiste plek moet worden aangeboden is een belangrijk principe van passende zorg. Zogeheten regiobeelden laten lokale partijen zien welke mogelijkheden en uitdagingen bestaan om in de toekomst passende zorg te gaan leveren. Wij zien in de regiobeelden een goed startpunt voor partijen om duurzame afspraken met elkaar te maken om de zorg op de lange termijn goed te organiseren. Op korte termijn starten we bij de NZa met het monitoren van regiobeelden en de afspraken die in de regio's worden gemaakt om op basis daarvan stappen te zetten naar passende zorg.

Zoals aangegeven achten wij het noodzakelijk om deze regionale samenwerking een impuls te geven. Om regionaal maatwerk en samenwerking te bevorderen en te versnellen is meer aandacht nodig voor de regionale *governance*. Van zorgverzekeraars verwachten we dat zij leiderschap tonen bij de beweging naar passende zorg. Hiervoor is een referentiekader JZOJP gemaakt, waarin we toetsen in hoeverre zorgverzekeraars beschikken over een duidelijke visie en strategie op dit vlak en hoe effectief zij zijn in de doorvertaling daarvan naar de zorginkoop.

Daarnaast vinden we het van belang dat doorzettingsmacht wordt georganiseerd. Als monitoring van de regioplannen laat zien dat de knelpunten met onvoldoende snelheid worden opgepakt en daardoor de transformatie in de regio achterblijft, dan is een actor nodig die positie kan innemen en doorzettingsmacht heeft voor verandering.

Aansluitend op het rapport van KPMG⁵¹ erkennen wij dat één model voor alle regio's niet de oplossing moet zijn. In sommige regio's komt verandering immers meer tot stand dan elders in het land. De structuur en vorm van deze governance gaan we nader uitwerken. Ook zullen wij de ACM hierbij betrekken. De ACM geeft met de beleidsregel JZOJP ruimte aan samenwerking in het belang van patiënten en verzekerden. Partijen kunnen echter door vergaande samenwerking tegen de grenzen aanlopen van de concurrentieregels.

De zorginkoop is heel belangrijk voor alle aspecten van wat wij ook wel de 'betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg' noemen. De afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormen het fundament om daar concreet invulling aan te geven.

5.4.3 Inkoopbeleid

Veranderingen in de zorg kunnen het beste decentraal worden vormgegeven. Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Daarmee kan het per regio verschillen wat nodig is om passende zorg te organiseren. Wat is de specifieke 'zorgvraag' van de regio, hoe ziet het zorglandschap eruit? Daarmee hangt een andere belangrijke pijler onder een succesvolle decentrale aanpak samen: een centrale regie, coördinatie en aansturing van het zorgaanbod. Hoe kunnen succesvolle initiatieven daadwerkelijk worden uitgerold? Dit vraagt om een intensieve samenwerking tussen 'financiers' (verzekeraars, gemeenten) en aanbieders.

Om dit zo goed mogelijk te doen is een gerichte regionale afstemming van het zorginkoopbeleid nodig. Het regionale zorginkoopbeleid moet domeinoverstijgend worden ingezet en niet sectoraal. Het vraagt om congruentie in de zorginkoop, zodat een eenduidig en passend zorgaanbod kan worden ontwikkeld, ook als meerdere verzekeraars in een regio actief zijn. Maar het vraagt ook om congruentie binnen de zorginkoop, door de verschillende domeinen met elkaar te verbinden. Daarvoor is een goede samenwerking noodzakelijk tussen meerdere zorgaanbieders, vanwege de toename van het aantal (meervoudige) zorgvragen en het domeinoverstijgende karakter van passende zorg. Wij verwachten dat zorgverzekeraars een actieve en faciliterende rol spelen om deze samenwerking tot stand te laten komen. Binnen het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars verschuift de focus van het sluiten van sectorale contracten met zorgaanbieders naar het gezamenlijke realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen over passende zorg in de regio. Het realiseren van gemaakte afspraken is niet louter een taak van zorgaanbieders, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit zal andere vaardigheden en competenties vragen van zorginkopers. Wij voorzien een verschuiving van op afstand onderhandelen naar dichtbij coördineren en faciliteren.

51 KPMG. (2019). *Wie doet het met wie: het verbonden zorglandschap*. <https://home.kpmg/nl/nl/home/insights/2019/09/wie-doet-het-met-wie-2019.html>.

6. Stimuleren van preventie en digitale zorg, als integraal onderdeel van passende zorg

Preventie en digitale zorg hebben aandacht nodig om integraal onderdeel uit te gaan maken van de zorg. In dit hoofdstuk beschrijven we de stand van zaken voor deze twee onderwerpen. En we geven aan welke activiteiten op onze werkagenda staan.

6.1 Preventie

We worden gemiddeld steeds ouder en leven steeds langer in goede ervaren gezondheid. Toch neemt het aantal mensen met een of meerdere chronische aandoeningen toe.⁵² Daarnaast zien we bijvoorbeeld een toename in mensen met sociale problemen. Maar ook ongezonde leefstijl zorgt voor een vergroting van de zorgvraag. Daarom is het belangrijk dat de gezondheidszorg zich nog meer gaat richten op de bevordering van gezondheid, het voorkomen van ziekte en het voorkomen van complicaties of verergering van ziekte, en daarmee ook het voorkomen van toekomstige zorgvraag. Ook is een goede samenwerking tussen het sociaal domein en zorgdomein noodzakelijk. Op dit moment zijn deze domeinen nog onvoldoende op elkaar aangesloten. Dit werkt belemmerend voor preventieve interventies over de domeinen heen.

6.1.1 Preventie als verzekerde zorg

Preventie gericht op een individu is – onder voorwaarden – verzekerde zorg vanuit de Zvw. Sinds 2006 wordt actief gevraagd om meer preventie in het basispakket.⁵³ In 2007 is daartoe het rapport *Van preventie verzekerd*⁵⁴ uitgebracht door het toenmalige CVZ. Daarin wordt geconcludeerd dat het behandelen van een hoog risico op ziekte niet te onderscheiden is van het behandelen van ziekte. Daarom vallen verschillende geïndiceerde preventieve interventies binnen het basispakket.⁵⁵ Zorggerelateerde preventie is gericht op mensen met een aandoening of gezondheidsproblemen om te ondersteunen bij zelfmanagement, het verminderen van ziektebelasting en voorkomen van ‘erger’. Zorggerelateerde preventieve interventies komen in het grootste deel van de medische richtlijnen aan bod.⁵⁶ Ook in het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut wordt om aandacht hiervoor gevraagd in het kader van doelmatigheid.

52 VTV. (2018). <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-eeen-gezond-voorzicht>.

53 Motie Van der Veen c.s. (2007). *Preventienota 2006*. 30800-XVI, nr. 74.

54 CVZ. (2007). *Van preventie verzekerd*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2007/07/16/van-preventie-verzekerd>.

55 Onder andere: begeleiding bij stoppen met roken (2008), preventie van depressie (2008), preventie van problematisch alcoholgebruik (2009), preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie (2009, addendum in 2018 en vergoeding per 2019), en preventie van paniekstoornissen (2011).

56 Rapport *Van preventie verzekerd*. Bijlage 4, p.27.

Los daarvan bestaat het basispakket uit zorg die zorgprofessionals plegen te bieden. De huisarts en wijkverpleegkundige doen bijvoorbeeld aan preventie in de vorm van casemanagement en het signaleren van problemen, zoals risico op vallen, ondervoeding, vereenzaming, et cetera.⁵⁷ Daarnaast is er preventie in de vorm van preconceptionele dragerschapsscreening erfelijke aandoeningen, en de preventieve zorg die verloskundigen bieden in de begeleiding van een gezonde zwangerschap. In het algemeen kan worden gesteld dat het Zorginstituut optreedt als ‘grensrechter’. Daar waar onduidelijk is of een preventieve interventie onder de Zvw valt, doet het Zorginstituut een beoordeling.

6.1.2 Implementatie en opschaling in de praktijk

In de praktijk wordt steeds meer gebruikgemaakt van geïndiceerde preventieve interventies, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas (GLI) en stoppen-met-rokenprogramma's. Zorgverzekeraars zijn vrij om te besluiten of bepaalde zorgkosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Sinds 2020 geldt conform het Nationaal Preventieakkoord, dat mensen geen eigen risico meer betalen voor het volgen van een stoppen-met-rokenprogramma.⁵⁸

Ondanks deze ontwikkelingen worden nog steeds belemmeringen ervaren om preventie in de praktijk te brengen of op te schalen. Zo houdt preventie zich niet aan de schotten van de domeinen, waardoor financiering niet goed aansluit op preventie. En soms zijn de grenzen van domeinen onduidelijk, waardoor partijen naar elkaar kijken en niemand de verantwoordelijkheid neemt. Ook de benodigde coördinatie en samenwerking tussen verschillende partijen (bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraar en gemeente of regio) komen niet of moeilijk tot stand. Dit wordt bijvoorbeeld veroorzaakt doordat de baten van preventie vaak bij een derde partij terecht komen. Tot slot zijn tijd en een generalistische blik nodig om het gesprek te voeren over gezondheid en mogelijke ziekten. Door de acties op onze werkagenda dragen we bij aan het wegnemen van deze belemmeringen.

Het Zorginstituut en de NZa zetten de komende jaren in op het volgende:

- Het geven van informatie over de ruimte die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben om preventieve interventies aan te bieden en in te kopen, en in welke gevallen beoordeling door het Zorginstituut of vaststelling van prestaties door de NZa nodig is. Veel is al mogelijk binnen de huidige bekostiging en aanspraak. Aanbieders en inkoopers weten deze ruimte echter nog onvoldoende te vinden. Hier is behoefte aan eenduidige informatie over aanspraak en bekostiging. Voorbeelden hiervan zijn: de *Informatiekaart Bekostiging van innovatie en preventie in de eerste lijn*⁵⁹ en de *Informatiekaart Aanspraak en bekostiging stoppen-met-rokenzorg*⁶⁰.
- Het lonend maken van preventieve interventies door nieuwe vormen van bekostiging, zodat deze veel breder en sneller van de grond kunnen komen.

57 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verpleging-in-de-wijk-zvw>

58 Nationaal Preventieakkoord. (2018). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>.

59 *Informatiekaart Bekostiging van innovatie en preventie in de eerste lijn*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319221_22/1/.

60 *Informatiekaart Aanspraak en bekostiging stoppen-met-rokenzorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322884_22/1/.

- Onderzoek of de risicoverevening kan worden ingezet als beleidsrijk instrument om preventie te bevorderen (zie hoofdstuk 4 in deel B).
- Het Zorginstituut-project ‘Preventie in Praktijk’, waarin we inventariseren wat de rol van het Zorginstituut kan zijn en welke taken we hiervoor kunnen inzetten. Het Zorginstituut verwacht daar begin 2021 over te kunnen besluiten.

6.2 Digitale zorg

Digitale zorg speelt een belangrijke rol in het toegankelijk houden van de zorg (de coronacrisis heeft dit goed laten zien), in het bevorderen van zelfmanagement en in het doeltreffender en doelmatiger organiseren van de zorg. Met bepaalde vormen van telemonitoring worden ziekenhuisopnames voorkomen, zijn minder consulten nodig en heeft de patiënt een hogere kwaliteit van leven.⁶¹ De potentie van digitale zorg is dus groot en gelukkig zien we digitale zorgoplossingen steeds meer integraal onderdeel worden van de reguliere zorg.

Allereerst is de invloed van partijen op de inzet van digitale zorg – binnen bestaande regelgeving – vaak groter dan gedacht. Beroepsgroepen kunnen de inzet beschrijven in standaarden en richtlijnen. Zorgaanbieders kunnen digitale zorgoplossingen al aanbieden en hun zorgprocessen erop aanpassen. En zorgverzekeraars kunnen deze al inkopen en afspraken maken over de investeringen die nodig zijn voor implementatie. Het Zorginstituut beoordeelt daarnaast waar nodig digitaal ondersteunde interventies. De NZa heeft in de bekostiging ruimte gemaakt voor passende digitale zorg. Vaak zijn aanpassingen in bekostiging niet nodig en zijn partijen geholpen met wijzen op de reguliere ruimte of de extra mogelijkheden.

Via de volgende acties werken we aan het wegnemen van de belemmeringen bij implementatie:

- *Sandboxes* digitale zorg: met de Sandbox-methode werken het Zorginstituut en de NZa – in opdracht van VWS – in 2020-2022 met partijen aan casussen om knelpunten weg te nemen, die de landelijke inzet van digitale zorg als integraal onderdeel van de zorg in de weg staan.
- Informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars: het Zorginstituut wijst in begrijpelijke taal de weg aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het beoordelen van wat verzekerde zorg is. Welke ruimte is er al om digitale zorg te vergoeden, en in welke gevallen is een beoordeling door het Zorginstituut nodig?
- Informatie voor innovators: via de website Zorgvoorinnoveren richten het Zorginstituut en de NZa zich – samen met VWS, de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland en ZonMw – direct tot de zorginnovators en helpen hun met kennis en informatie over de spelregels in de innovatiefase. Sinds eind 2019 zetten we in op een nog groter bereik en een ‘warmere’ overdracht waar zorginnovators snel en persoonlijk worden teruggebeld. Er worden vouchers ter beschikking gesteld voor coaching bij het opschalen van effectieve innovaties in de zorg. Die aanpak vindt gretig aftrek, blijkt uit gebruikscijfers (zomer 2020) en we gaan op deze weg door om creatieve zorgondernemers te begeleiden bij het vinden van toegang tot de markt, mits hun diensten of producten leiden tot betere, snellere en meer doelmatige zorg.

61 Van der Burg et al. (2020). Long term effects of telemonitoring on healthcare usage in patients with heart failure or COPD. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588914120300071>.

- Op verzoek van VWS staat sinds 1 oktober 2020 de ontwikkeling van een generieke module *Digitale zorg* op de Meerjarenagenda. Doel is dat deze module beschrijft wanneer digitale zorgoplossingen wel en niet kunnen worden ingezet en hoe je dat bepaalt. Partijen leveren de module uiterlijk 31 maart 2021 op. Het Zorginstituut bewaakt die deadline.
- De NZa maakt meer ruimte in bekostiging om digitale zorg te declareren (facultatieve prestatie MSZ per 2021, facultatieve prestatie GGZ per 2022, verruiming van reguliere regels, zie deel B: hfst. 3).
- De NZa voert vanuit haar toezichtrol het gesprek met zorgverzekeraars over de inzet van digitale zorg.

Daarnaast adviseren we zorgverzekeraars tijdelijke gelden, zoals transformatiegelden, gericht in te zetten om te compenseren voor investeringen in de omslag naar een nieuwe (meer digitaal ondersteunende) organisatie van zorg in het belang van de patiënt.

7. Onderzoeken, innoveren en inspireren voor meer passende zorg

Dit hoofdstuk bevat verschillende activiteiten van onze werkagenda die passende zorg stimuleren. Bijvoorbeeld via onderzoek, dialoogsessies, monitoring en het delen van goede voorbeelden. In paragraaf 7.5 gaan we dieper in op concentratie van hoogcomplexen, dure of weinig voorkomende zorg en hoe concentratie kwaliteitswinst op kan leveren. En in paragraaf 7.6 leggen we uit hoe de subsidieregeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’ ook bijdraagt aan meer passende zorg.

7.1 Onderzoeksagenda opzetten: zorgvragers helpen kiezen voor passende zorg

In overleg met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante experts stellen de NZa en het Zorginstituut begin 2021 een onderzoeksagenda op. Deze richt zich op de vraag hoe zorgvragers op een zinvolle manier kunnen worden ondersteund bij het kiezen voor passende zorg. De eerste onderzoeken die hieruit voortvloeien starten naar verwachting in de eerste helft van 2021. Bij het opstellen van de onderzoeksagenda houden we rekening met de uitgangspunten die de NZa hanteert voor informatieverstrekking door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten.⁶² We bouwen voort op verschillende onderzoeken die eerder zijn uitgevoerd of die nog lopen, zoals de *Transparantiemonitor*⁶³ die Nivel uitvoert in de periode 2018-2022, de onderzoeksagenda van het programma ‘de Juiste Zorg op de Juiste Plek’, en projecten die subsidie ontvangen via de subsidieregeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’ (zie deel B, par. 7.6).

7.2 Juiste zorg op de juiste plek

Juiste zorg op de juiste plek is een breed omarmd concept, dat zich heeft vertaald naar prominente programma’s binnen tal van (overheids)organisaties. Iedereen verdient zorg van de beste kwaliteit. Het liefst zo dicht mogelijk bij huis, verder weg als het moet. Als het een minder vaak voorkomende of zeldzame aandoening betreft, kan het bij complexe diagnoses en behandelingen soms nodig zijn verder te reizen om passende zorg te krijgen. Ook hebben we de zorg in Nederland in diverse lijnen georganiseerd, waarbij bijvoorbeeld hoog complexe zorg geleverd wordt door universitair medische centra (UMC’s) en laagcomplexen zorg door de huisarts of zelfs in de thuisomgeving gegeven kan worden. Het uitgangspunt is dat het dagelijks functioneren van mensen hierbij centraal staat.

62 <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/06/03/nza-stelt-nieuwe-uitgangspunten-vast-voor-informatieverstrekking-over-zorg>.

63 <https://www.nivel.nl/nl/transparantiemonitor>.

De verandering om zorg op de juiste plaats te organiseren vergt visie, inzet, leiderschap, samenwerking en sturing. Om dit te bevorderen, en zo de ingezette verandering met de juiste zorg op de juiste plek te versterken, is transparantie nodig over de huidige patiëntenstromen. De NZa gaat inzichtelijk maken welke zorgvragen waar terechtkomen. Daarbij zullen we ook specifiek aandacht hebben voor en kijken naar de potentie van verdere centralisatie van hoog complexe zorg.

7.2.1 Patiëntenstromen in kaart

Onlangs heeft de NZa de *Monitor basiszorg UMC's* gepubliceerd. In deze monitor onderzochten we, op verzoek van het ministerie van VWS, de bezoeken van patiënten aan de verschillende UMC's. Uitgangspunt is de eerder gemaakte afspraak, dat UMC's zich inspannen om patiënten die geen complexe zorg nodig hebben te verwijzen naar een ander (algemeen) ziekenhuis. We maken in dit onderzoek gebruik van de ROBIJN-systematiek om onderscheid te maken tussen topreferente en niet-topreferente patiënten. We concluderen, dat de UMC's voor wat betreft patiëntenaantallen en omzet hun zorg met name op topreferente patiënten richten. Toch vindt hier ook zorg aan niet-topreferente patiënten plaats. In deze monitor kijken we naar wat voor soort zorg en zorgvraag deze patiënten hadden. We zien dat dit in het bijzonder gaat om patiënten met een zorgvraag voor diabeteszorg, oncologische zorg, zorg die onder spoedeisende hulp valt en korte consulten.

Naar aanleiding van de uitkomsten van deze monitor, en in de voorbereiding naar het volgende onderzoek, blijven we in overleg met de brancheorganisaties over de voortgang. We gaan op korte termijn eerst met de individuele UMC's in gesprek om nogmaals kritisch te kijken naar de vormen van zorg waar relatief veel niet-topreferente zorg wordt geleverd, de wenselijkheid hiervan en de mogelijkheden om deze vormen van zorg buiten het UMC te beleggen. Vervolgens wordt gekeken waar bepaalde vormen van zorg in de regio naartoe verplaatst kunnen worden. Over deze verplaatsingen moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars concrete afspraken maken.

De dialoog en het onderzoek geldt ook de andere kant op: er is ook zorg die in (algemene) ziekenhuizen wordt geleverd, maar die meer passend zou zijn in een UMC, in de eerste lijn of zelfs dicht bij huis. Daarnaast willen we in deze gesprekken de methodiek van het onderzoek verder optimaliseren, zodat we de validiteit van de analyse verder kunnen vergroten. De monitor is een nulmeting en zal op verzoek van het ministerie van VWS de komende twee jaar worden herhaald. De volgende monitor verwachten we in het derde kwartaal van 2021 te publiceren.

7.2.2 Referentiekader JZOJP en passende zorg

Het referentiekader 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' van de NZa richt zich op een aantal thema's rondom het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg en de regierol van de zorgverzekeraar daarbij. Op basis van het kader krijgen we als NZa de komende periode een duidelijk en eenduidig beeld van de manier waarop zorgverzekeraars sturen op onder meer passende zorg. We bepalen op basis van deze inzichten nadere vervolgstappen en ondersteunen en stimuleren zorgverzekeraars de juiste stappen te zetten.

Als voorbeeld noemen we een aantal in onze ogen belangrijke elementen van een effectieve aanpak van zorgverzekeraars, te weten regionale visie vertalen in meerjarige contracten, gaan van bilaterale afspraken naar multilaterale afspraken in de regio (dus meerdere handtekeningen onder het contract) en congruent handelen in niet-kernregio's (voor zorgverzekeraars).

Vanuit ons reguliere toezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren en ons toezicht op de zorgplicht identificeren we knelpunten die de toegankelijkheid van de zorg onder druk zetten. Waar nodig volgen maatwerkafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij het leveren van passende én doelmatige zorg belangrijke pijlers zijn.

7.3 Dialoogsessies zorgaanbieders

De NZa gaat vanuit haar toezichtrol in gesprek met bestuurders en intern toezichthouders over de uitdagingen die op hen afkomen bij het stimuleren van passende zorg. Tegen welke dilemma's lopen ze aan bij het inbedden van passende zorg in de bedrijfsvoering en zijn er oplossingen of goede ervaringen die breder toepasbaar zijn? Samen met de sector ontwikkelen we vervolgens handvatten om passende zorg in te bouwen in de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. Bij het ontwikkelen van deze handvatten gaat het onder andere over elementen als gedrag en cultuur, met gelijkgerichtheid als specifiek aandachtspunt. Het toezicht op de kwaliteit is belegd bij de IGJ (zie deel A: par. 5.6).

7.4 Monitoring contractering

In dit advies beschrijven wij wat onze verwachtingen zijn voor het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Het inkoopbeleid moet zijn weerslag hebben in de inhoud van de contractafspraken. Door maatwerk in de contractering is aandacht nodig voor de regionale zorgbehoeften. Uiteindelijk bepaalt deze inhoud immers of daadwerkelijk een invulling of impuls wordt gegeven aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Een randvoorwaarde hierbij is dat het proces van zorginkoop tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed verloopt. Waar het specifiek gaat om de inzet van zorgverzekeraars in het kader van passende zorg, hanteren we het referentiekader 'JZOJP' (zie deel B: par. 7.2).

7.5 Concentratie van hoogcomplex, dure of weinig voorkomende zorg

Wat je vaak doet, daar word je goed in. Daarom wordt in de zorg gewerkt met volumenormen. Concentratie van zorg is ook doelmatig, doordat expertise, personeel en faciliteiten uitsluitend in expertisecentra aanwezig hoeven zijn. Concentratie van zorg is met name van belang voor hoogcomplex of weinig voorkomende zorg. Ook voor dure zorg, zoals bepaalde vormen van moleculaire diagnostiek, is centralisatie belangrijk voor het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid. In ons zorgstelsel kennen we verschillende instrumenten om hoogcomplex zorg te concentreren. De mate van concentratie is wisselend, maar vaak nog suboptimaal en individuele aanbieders kunnen tegengestelde belangen hebben. Daarom zijn een duidelijker kader, randvoorwaarden, inzicht en dialoog nodig.

7.5.1 Kwaliteitswinst door concentratie van zorg

Om de kwaliteit van complexe behandelingen (hoogcomplexere laagvolume zorg) te verbeteren, hanteren wetenschappelijke verenigingen volumenormen voor veel oncologische, chirurgische en cardiologische behandelingen. Ook voor zeldzame aandoeningen wordt om die reden meestal gewerkt vanuit een zeer beperkt aantal expertisecentra. In Nederland wordt in zekere mate gekozen voor concentratie van zorg. Er is echter nog veel kwaliteitswinst te behalen door concentratie van zorg te verhogen en zorg (verder) te concentreren, zonder dat het ten koste gaat van de toegankelijkheid van de zorg. Een onderzoek van SiRM laat zien dat een verdere concentratie van zorg kan resulteren in minder sterfgevallen.⁶⁴ Zij wijzen ook op andere kwaliteitsverbetering bij verdere concentratie van zorg, zoals minder complicaties, heroperaties, infecties en een kortere ligduur. Dit is mogelijk met een minimale impact op reistijd. Patiënten zijn ook steeds meer bereid om verder te reizen, als ze weten dat een ander ziekenhuis bepaalde expertise heeft.⁶⁵

Het Zorginstituut en de NZa gaan op korte termijn in gesprek met de IGJ, de beroepsgroepen en relevante patiëntenorganisaties (zoals NFK⁶⁶) om te bespreken hoe verdere kwaliteitsverbetering en doelmatigheid door concentratie gerealiseerd kunnen worden.

De gevolgen van de concentratie voor de marktwerking (oftewel mededinging) is beperkt. Het onderzoek van SiRM laat zien dat concentratie van zorg niet direct een grote impact hoeft te hebben op de mededinging. Het is zelfs mogelijk dat in enkele gevallen de mededinging op kwaliteit kan verbeteren, vanwege de toenemende (transparantie op) kwaliteit. Patiënten kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken om het beste ziekenhuis uit te kiezen. De verwachting is dat de keuze niet 'automatisch' valt op het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Uitkomsttransparantie is hierbij randvoorwaardelijk, zie ons advies aan VWS in deel A: par. 5.1.

7.5.2 Netwerkgorg

Met de toename van concentratie van zorg door steeds verdergaande specialisatie is ook de ontwikkeling van netwerkgorg van belang. Hierbij wordt gewerkt in netwerken, waarbij een expertisecentrum samenwerkt met een aantal perifere centra. De patiënt kan terecht in het expertisecentrum voor de hoogcomplexere zorg, terwijl een deel van de reguliere zorg – onder begeleiding van het expertisecentrum – wordt uitgevoerd door het perifere centrum. Deze werkwijze sluit aan bij het principe van 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP). Met name in de oncologie wordt in toenemende mate in netwerken gewerkt.

64 J. de Haas et al. (2020). Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden. SiRM. <https://www.sirm.nl/docs/Concentratie-complexe-behandelingen.pdf>.

65 NFK. (2019). Een ziekenhuis kiezen bij kanker, wat vind jij belangrijk?. https://nfk.nl/media/1/191205-DJE-Expertzorg_rapportage_FINAAL.pdf.

66 NFK. (2019). Expertzorg voor alle mensen met kanker, visie van de Nederlandse kankerpatiëntenorganisaties. <https://nfk.nl/media/1/NFK-Visie-op-expertzorg-voor-alle-mensen-met-kanker-februari-2019-002.pdf>.

De bekostiging van zorg is nu nog niet ingesteld op netwerkzorg. Voor een patiënt mag maar één DBC tegelijk gedeclareerd worden voor een bepaalde indicatie. Hierdoor moet netwerkzorg nu in onderlinge dienstverlening (onderlinge verrekening) worden geregeld. Netwerkzorg kan worden gestimuleerd door de voorgestelde bekostigingswijzigingen in deel B: par. 6.3.

7.5.3 Expertisecentra

Nederland kent ruim 350 erkende expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Deze centra verlenen zelf zorg, ondersteunen andere zorgprofessionals, verrichten onderzoek en vervullen een derdelijnsfunctie. Het betreft hier vaak lage volumes voor zeer zeldzame aandoeningen. Concentratie is hierbij belangrijk om de innovatie en kennisontwikkeling te bewaken. Naast de door VWS erkende expertisecentra, zien we dat zelfbenoemde expertisecentra (zonder criteria of toetsing) bestaan en ‘topklinische zorgfuncties’ in ziekenhuizen via de Stichting Topklinische Ziekenhuizen. Het is hierbij niet transparant waarom een ziekenhuis het stempel ‘topklinisch’ heeft ontvangen voor een zorgfunctie: beoordelingsrapporten zijn niet openbaar.⁶⁷

Er moet ook kritisch worden gekeken naar de Wbmv-zorg (Wet bijzondere medische verrichtingen). Hieronder vallen bijvoorbeeld openhartoperaties, orgaantransplantaties, protontherapie en IVF. Zorgaanbieders kunnen een vergunning aanvragen om Wbmv-zorg te mogen bieden. De in- en uitstroomcriteria zijn vaag (wanneer is een medische verrichting ‘bijzonder’ en wanneer niet meer?), en daarom heeft VWS de Gezondheidsraad gevraagd een advies hierover uit te brengen.⁶⁸

We adviseren VWS om het geheel aan regels voor en eisen aan expertisecentra (inclusief Wbmv-vergunninghouders) te onderzoeken, waar mogelijk een vereenvoudiging aan te brengen en helderheid te creëren over het begrip ‘expertisecentrum’.

7.5.4 Tegengestelde belangen bij het concentreren van zorg

Concentreren van zorg is belangrijk voor het verhogen van kwaliteit. De kwaliteit van zorg kan verbeteren door verdergaande subspecialisatie en concentratie van complexe behandelingen. Concentreren van complexe zorg kan door fuseren of door minder verschillende behandelingen aan te bieden. Zorgaanbieders hebben nu weinig belang bij selectief zijn in hun aanbod van behandelingen, oftewel het concentreren van de zorg op één plek, maar ook het stoppen van het leveren van deze zorg op een andere plek. Dat heeft een impact op de organisatie, maar ook op de zorgverleners. Het kan leiden tot meer financiële onzekerheid. Zorgaanbieders moeten bij het maken van een visie en strategie ook een eigen profiel kiezen. Waar willen ze in excelleren? We zien dit bij een select aantal zorgaanbieders ook terug, zoals het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, dat bekend staat als hét in kanker gespecialiseerde ziekenhuis.

67 Stichting Topklinische Ziekenhuizen. Topklinisch Zorgregister. <https://www.stz.nl/30160/topklinisch-zorgregister>.

68 <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/werkprogramma/werkprogramma/01/regulering-van-medisch-specialistische-zorg-via-de-wbmv>.

Om de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio te ondersteunen het juiste gesprek te voeren, brengt de NZa samen met partijen in kaart waar en hoeveel hoogcomplexere zorg wordt geleverd. Zo wordt transparantie gecreëerd en moet het gesprek worden gevoerd of bepaalde zorg niet verder geconcentreerd moet worden.

We verwachten van zorgverzekeraars, dat zij via selectieve inkoop sturen op doelmatige zorg door de minimumnormen steviger te hanteren. Zo zijn er voorbeelden van ziekenhuizen die bepaalde complexe electieve behandelingen minder uitvoeren dan de volumennorm en nog wel worden gecontracteerd voor deze behandeling. De NZa gaat de zorgverzekeraars monitoren, opdat zij zich daadwerkelijk inspannen en meer sturen op het centraliseren van hoogcomplexere zorg door selectieve inkoop.

7.6 Subsidieregeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’

De subsidieregeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’ is een stimulans voor projecten die streven naar begrijpelijke en vindbare informatie over de kwaliteit van zorg voor patiënten, en die zorgverleners en patiënten leren die informatie te gebruiken om samen te beslissen, in lijn met het principe ‘passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand’. De eerste ronde van deze subsidievoorziening van het Zorginstituut liep van 2016 tot en met 2019 en wordt met vijf jaargangen verlengd. In vier jaargangen, van 2016 tot en met 2019, hebben 48 projecten gebruikgemaakt van de subsidieregeling. Veel van die projecten zijn inmiddels ingebed in het zorgsysteem en kunnen zonder subsidie worden voortgezet.

Vanaf 2021 tot en met 2025 verschuift het zwaartepunt van de subsidieregeling naar de zorg in de eerste lijn. In de projecten zal worden samengewerkt tussen de eerste-, tweede- of derdelijns curatieve zorg, waarbij het initiatief vanuit de eerste lijn komt. In 2021 ondersteunt het subsidieprogramma projecten die het gebruik van uitkomstinformatie bevorderen bij samen beslissen met kwetsbare ouderen.⁶⁹

7.7 Goede voorbeelden delen

Tot slot: het delen van goede voorbeelden biedt inspiratie voor het realiseren van passende zorg. Zo zien we dit bijvoorbeeld ook op het platform van ‘de Juiste Zorg Op De Juiste Plek’.^{70,71} Daarom willen de NZa en het Zorginstituut zich inzetten voor het periodiek delen van goede voorbeelden van passende zorg bij zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden. We gaan onderzoeken hoe we dit het beste kunnen doen – waar mogelijk via bestaande platforms of publicaties.

69 <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/subsidieregelingen/subsidieregeling-transparantie-over-de-kwaliteit-van-zorg>.

70 Ministerie van VWS. Programma de juiste zorg op de juiste plek. www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl.

71 RIVM. Regiobeeld. www.regiobeeld.nl.

Colofon

Zorginstituut Nerderland

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen

www.zorginstituutnederland.nl

Nederlandse Zorgautoriteit

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

www.nza.nl