

Perspectief voor verandering

Visie Zorgverzekeraars Nederland op de medisch specialistische zorg

Zorgverzekeraars Nederland | April 2022

Inleiding visie medisch specialistische zorg

De noodzaak tot een ander perspectief op de zorg

De medisch specialistische zorg heeft een centrale rol in de manier waarop we onze gezondheidszorg hebben ingericht. De afgelopen decennia is de medisch specialistische zorg exponentieel gegroeid. Dit heeft veel opgeleverd, want de medische mogelijkheden en de kwaliteit van zorg zijn in die tijd enorm verbeterd. Tegelijkertijd is er ook sprake van medicalisering en een toenemende zorgvraag. Daarbij spelen de vergrijzing en een toename van chronisch zieken, multimorbiditeit en nieuwe (vaak dure) behandelmethodes en geneesmiddelen een belangrijke rol. Het grootste probleem in de zorg is de zorgwekkende structurele krapte op de arbeidsmarkt. Door deze ontwikkelingen komen bij ongewijzigd beleid de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg steeds verder in het gedrang. Ook staan onderlinge solidariteit en het draagvlak voor het zorgstelsel steeds meer onder druk. Kortom, de manier waarop de zorg in Nederland nu is georganiseerd is niet *toekomstbestendig*¹.



Zorgverzekeraars ondersteunen de stelling in het regeerakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' dat zorg toekomstbestendig moet worden gemaakt, door een herstelling van het *zorglandschap* waarbij een integraal aanbod en *passende zorg* over domeinen heen voor iedereen in Nederland de normen zijn.² Daar werken wij samen met andere zorgpartijen reeds aan en we zien het regeerakkoord als een steun in de rug om hier verder vervolg aan te geven. Daarvoor is het belangrijk dat we als zorgverzekeraars een gezamenlijke visie hebben op de medisch specialistische zorg. Deze staat beschreven in dit visiedocument.

Daarbij is een ander perspectief op de zorg in brede zin noodzakelijk; vandaar de titel van dit visiedocument. Niet langer moet het bestrijden van ziekte centraal staan, maar de gezondheid van de patiënt; die wordt gedefinieerd als "het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven"³. "Meer mens, minder patiënt" zoals de Patiëntenfederatie het mooi formuleert. Bij het bieden van zorg gaat het dus niet alleen om de kwaliteit van de (medische) interventie, maar vooral om het effect voor de individuele patiënt alsook de waarde vanuit maatschappelijk oogpunt.

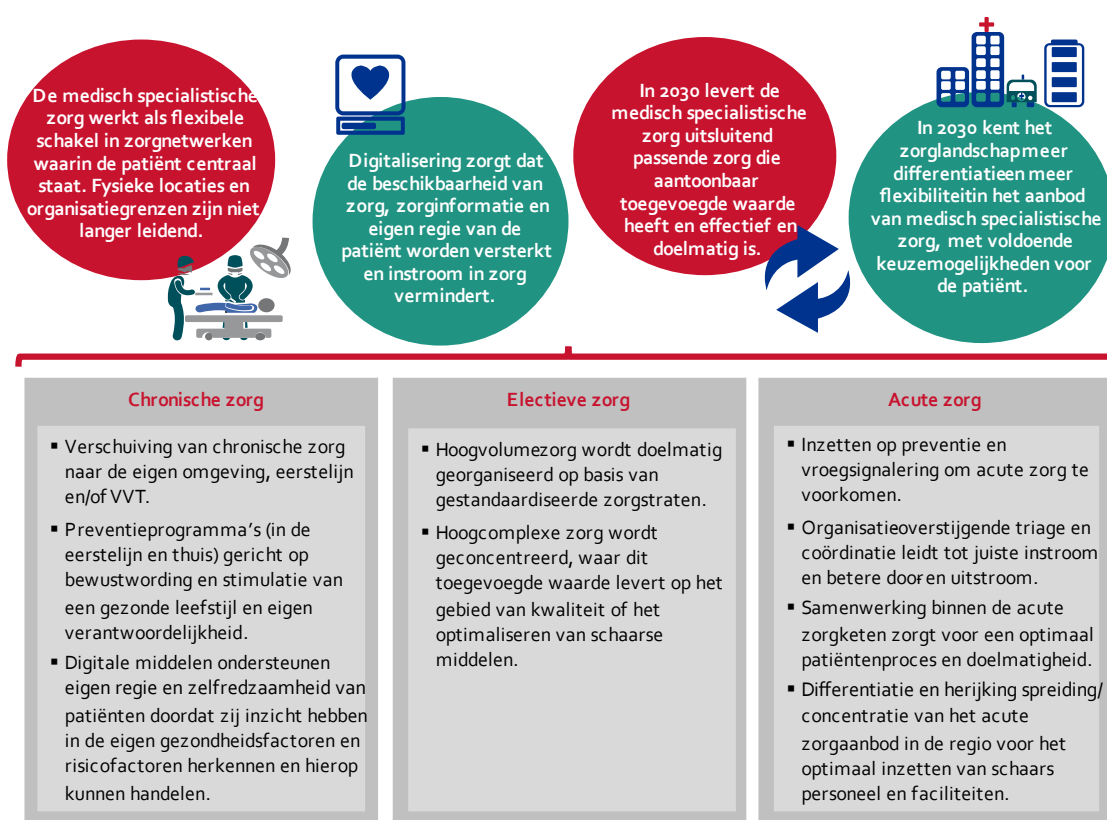
¹ Schuingedrukte woorden in dit document staan toegelicht in de verklarende woordenlijst op pagina 25.

² Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

³ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/>

Transformatie: het medisch specialistische zorglandschap in 2030

De zorg zal de komende jaren in toenemende mate dichtbij de patiënt en in de thuissituatie worden georganiseerd. De patiënt wordt gestimuleerd en ondersteund om meer regie over eigen gezondheid en zorg te nemen, onder meer middels digitale middelen. Zorgaanbieders werken samen in domeinoverstijgende netwerken, elk vanuit hun specifieke meerwaarde. UMC's, ziekenhuizen en klinieken ontwikkelen zich daarbij tot interventiecentra voor electieve ingrepen, complexe diagnostiek en acute zorg en vervullen daarnaast een rol als kenniscentrum. Deze transformatie is een geleidelijk proces, waarbij het zorglandschap structureel moet veranderen. Daarom kiezen we in dit visiedocument als uitgangspunt hoe wij denken dat de zorg in 2030 eruit zal zien. Tegelijkertijd kiezen we om praktische redenen voor een tijdshorizon tot en met 2025 om invulling te geven aan de transformatie richting het zorglandschap van 2030.



Visiedocument

Dit document beschrijft de gezamenlijke visie van zorgverzekeraars op de *transformatie* van de medisch specialistische zorg. Daarbij werken we toe naar een adaptief, lerend zorglandsysteem dat telkens in staat is te voorzien in de meest passende zorg te bieden voor de mensen in Nederland. De visiestatements geven weer hoe zorgverzekeraars in de periode 2022-2025 invulling willen geven aan het nieuwe zorglandschap. Concrete invulling en implementatie van deze visie is aan de individuele zorgverzekeraars; waarbij per thema en/of regio in gesprek met betrokken zorgaanbieders, beleidsmakers én patiënten de juiste afwegingen worden gemaakt voor de (regio)specifieke situatie. Hierbij staat het patiëntenbelang voorop en wordt de noodzakelijkheid van eventuele gezamenlijke afspraken onderbouwd.

Inhoudsopgave

Onze aanpak: dynamiek, flexibiliteit én veranderkracht	4
1. Wij werken actief aan toekomstbestendige medisch specialistische zorg	4
I. Gezondheid centraal – met zorg in de eigen omgeving	5
2. Wij versterken zorg in de eigen omgeving en verminderen zo de vraag naar MSZ	5
3. Wij spelen een actieve rol in de maatschappelijke discussie over houdbare zorg	7
II. Digitalisering voor passende en persoonsgerichte zorg	9
4. Wij stimuleren het herontwerpen van zorgleveringsmodellen middels digitale zorg	9
III. Passende zorg als basis voor toekomstbestendige zorg	14
5. Wij zetten krachtig in op passende zorg	14
6. Wij verstevigen onze grip op dure geneesmiddelen	17
IV. Toekomstbestendig en flexibel zorglandschap	19
7. Wij sturen op een toekomstbestendig en flexibel zorglandschap	19
Randvoorwaarden voor toekomstbestendige MSZ	25
A. Gedragen en zorgvuldige transformatie is gezamenlijke verantwoordelijkheid	25
B. Bekostiging medisch specialistische zorg	26
C. Arbeidsmarkt	27
D. Duurzaamheid	28
Verklarende woordenlijst	29
Lijst geïnterviewde personen	31

Onze aanpak: dynamiek, flexibiliteit én veranderkracht

De opgave waar de zorg de komende jaren voor staat, is om het zorglandschap zo te transformeren dat deze aansluit bij de benadering waarin gezondheid centraal staat, er meer flexibel kan worden ingespeeld op passende zorg bij de veranderende zorgvraag en de instroom naar medisch specialistische zorg daalt. Dat kan door de-medicalisering en het versterken van zelfredzaamheid van de patiënt, de eerstelijns en VVT. Uit onze gesprekken met de verschillende veldpartijen komt naar voren dat zij van ons verwachten dat wij het voortouw nemen in het transformatieproces. Dit kunnen we ook, door zorginkoop en onze integrale kennis van het zorglandschap. Zo kunnen we de transformatie aanjagen en zorgen voor *regie*. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht⁴, wat betekent dat wij de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg moeten borgen, terwijl deze tegelijkertijd betaalbaar blijft. We werken nauw samen met patiënten, zorgaanbieders en overheid aan deze gedeelde opgave. Daarbij staan vertrouwen en transparantie voorop.

1. Wij werken actief aan toekomstbestendige medisch specialistische zorg

Zorgverzekeraars werken de komende jaren actief aan de, in dit gezamenlijke visiedocument beschreven, transformatie van de medisch specialistische zorg.⁵ In dit proces zijn dynamiek, flexibiliteit en veranderkracht doorslaggevend. Zorgverzekeraars geven hier invulling aan in hun individuele inkoopafspraken met zorgaanbieders. Zo bieden we verzekerden een onderscheidende keuze, stimuleren we innovatie en verandering en maken we regionale invulling mogelijk. Daarbij is ruimte voor maatwerk belangrijk, omdat elke *regio* zijn eigen context en uitdagingen kent. Om effectief en duurzaam verandering tot stand te brengen, is *gelijkgerichtheid* op een aantal onderwerpen noodzakelijk. Bijvoorbeeld concentratie van hoogcomplexere zorg, samenwerking in de acute zorg en het inrichten van toekomstbestendige zorginfrastructuur. Per onderwerp zoeken we de juiste balans tussen individuele invulling en gelijkgerichtheid; dit vraagt om een doorlopende dialoog.

Als zorgverzekeraars hebben we vier belangrijke onderwerpen⁶ geformuleerd, waarop we gezamenlijk veranderkracht hebben om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te borgen voor de toekomst. Deze vier onderwerpen zijn:

- I. Gezondheid centraal – met zorg in de eigen omgeving
- II. Passende zorg als uitgangspunt;
- III. Digitalisering voor passende en persoonsgerichte zorg;
- IV. Toekomstbestendig en flexibel zorglandschap.

We benoemen in dit visiedocument zeven speerpunten en vier randvoorwaarden voor de medisch specialistische zorg, waar we in de periode 2022-2025 gezamenlijk op inzetten.

⁴ Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet.

⁵ In ZN-visie op kwaliteit wordt uitgebreid ingegaan op kwaliteit van medisch specialistische zorg. Dit is een ander, parallel traject. Hierbij wordt onder kwaliteit van zorg verstaan: kwaliteit van de geleverde zorg zelf, zowel inhoudelijk als procesmatig, de mate waarin deze zorg voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk en de mate waarin de zorg waarde oplevert voor patiënten/cliënten én maatschappij.

⁶ Deze onderwerpen overlappen deels. Omwille van de leesbaarheid is gekozen om hiervoor aparte hoofdstukken te maken in dit visiedocument.

I. Gezondheid centraal – met zorg in de eigen omgeving

De zorgvraag verandert. Dit komt enerzijds doordat het zwaartepunt van de zorg de komende jaren door de vergrijzing verschuift naar de chronische zorg, multimorbiditeit en dementie. De patiënt van de toekomst is gemiddeld ouder, heeft veelal meerdere (chronische) ziektes en verblijft waar mogelijk in de thuissituatie. Een deel van de patiënten wil en kan bovendien meer regie nemen op zijn of haar gezondheid en zorg. Zeker voor chronische patiënten geldt dat zij als ervaringsdeskundige expertise opbouwen, waarvan zijzelf en hun zorgverleners kunnen profiteren. Door technologische ontwikkelingen zijn er steeds meer medische mogelijkheden. Patiënten willen daarvan gebruik maken en zorgverleners willen deze zorg graag bieden. Mensen gaan in toenemende mate uit van de maakbare wereld.

Om aan te sluiten bij de veranderende behoeften van verzekerden en tegelijkertijd de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden, zetten zorgverzekeraars in op het versterken van zorg in de eigen omgeving. Daarnaast mengen wij ons ook actief in de maatschappelijke discussie over de toekomstbestendigheid van de zorg.

2. Wij versterken zorg in de eigen omgeving en verminderen zo de vraag naar MSZ

De transformatie van de medisch specialistische zorg staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een domeinoverstijgende verandering. We moeten niet langer het perspectief van het ziekenhuis centraal zetten. Veel oplossingen voor de al dan niet medische problemen van mensen liggen namelijk buiten de medisch specialistische zorg. Daarom hoort de primaire focus te liggen op het optimaal ondersteunen en faciliteren van de enorme potentie van eigen regie en zelfredzaamheid van patiënten, het inzetten op preventie en het versterken van de eerstelijns, VVT en sociaal domein. *Positieve gezondheid* is daarbij het uitgangspunt. Zo kunnen we zorg waar mogelijk bieden in de eigen omgeving van mensen en tegelijkertijd de vraag naar medisch specialistische zorg verminderen. De medisch specialistische zorg staat niet op zichzelf en zal zich moeten verhouden tot de buitenwereld. Dat betekent dus: signaleren, agenderen en verbinden met de samenleving. Dit sluit aan bij de ambities in het coalitieakkoord.

Zorgverzekeraars stimuleren vijf trajecten gericht op passende zorg in de eigen omgeving:

1. **Ondersteunen regie en zelfredzaamheid patiënt⁷:** Wij zetten ons gezamenlijk in om verzekerden steeds beter in staat te stellen om zelf de juiste zorgvraag te stellen. Door middel van o.a. zelfhulpapplicaties en het (digitaal) delen van kennis verhogen we de zelfredzaamheid van de verzekerden zonder de drempel tot zorg te verhogen. Onderdeel hiervan is ook 'samen beslissen' waarbij met de zorgprofessional besluiten worden genomen over het behandelplan. Daarbij is er extra aandacht noodzakelijk voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden; bijvoorbeeld door laaggeletterdheid, lage sociaaleconomische status, een beperking of andere problematiek.

⁷ Eigen regie en zelfredzaamheid van mensen is breder dan alleen gezondheid en zorg. Aangezien dit een visie op zorg betreft, wordt in de tekst het smallere perspectief van gezondheid en zorg gekozen.

2. **Preventie:** Preventie en het investeren in gezondheid dragen bij aan het verhogen van de kwaliteit van leven, het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen en het verminderen van de instroom in de medisch specialistische zorg. Het zwaartepunt van preventie ligt buiten de zorg (met name in het sociaal domein), maar ook zorgverzekeraars zijn in toenemende mate actief op het thema preventie. Zorgverzekeraars Nederland werkt momenteel aan een visie op preventie. Het doel is om te bepalen op welke onderdelen zorgverzekeraars het beste kunnen bijdragen (afbakening) en scherper te krijgen in wat we gezamenlijk oppakken en waar individuele zorgverzekeraars een eigen invulling aan geven. Samenwerking met onder andere het sociaal domein is van groot belang. Armoede en eenzaamheid zijn namelijk belangrijke voorspellers van toekomstige zorgvraag.
3. **Versterken van de VVT:** De groep (kwetsbare) ouderen groeit snel en dit zorgt voor een urgentie om de zorg voor deze doelgroep goed te organiseren. Momenteel speelt de VVT al een belangrijke rol in de zorg voor deze doelgroep; belangrijke kennis en faciliteiten zijn daar ook al aanwezig. Door de VVT en de geriatrie te faciliteren om complexere zorg te bieden (door kennisoverdracht en consultatie), kan doorverwijzing naar het ziekenhuis worden voorkomen en kunnen patiënten eerder uit het ziekenhuis worden teruggeplaatst. Zo kan zorg dichterbij de patiënt en doelmatiger worden georganiseerd en kan de instroom in de medisch specialistische zorg worden beperkt. Op die manier kan de medisch specialistische zorg focussen op de interventies. Zorgverzekeraars hebben in 2021 een visie Ouderenzorg opgesteld waarin bovengenoemde zaken een plek hebben.
4. **Versterken van de huisarts/eerstelijns:** Zorg in de eigen omgeving bieden, betekent dat we moeten investeren in de eerstelijns: in de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts, de generalistische/holistische blik en de gids- en poortwachtersfunctie. Huisartsen en medisch specialisten kunnen in sterkere mate onderling afgestemde zorg leveren; ieder met zijn eigen expertise en met zo min mogelijk overlap.

De mogelijkheden van digitale zorg en netwerkverbanden zorgen dat zorg vaker door de eerstelijns wordt georganiseerd, met waar nodig consultatie van de medisch specialist. Dit draagt bij aan een afname van het aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg. Daarnaast zorgt continue, concrete terugkoppeling richting de eerstelijns over verwijzingen voor meer kennis en een leerproces om onnodige verwijzingen in de toekomst te voorkomen. Bredere inzet van Welzijn op Recept, het actiever 'terugverwijzen' naar het sociaal domein, kan bijdragen aan passende zorg in de eigen omgeving en het ontlasten van de eerstelijns. Verder is aandacht nodig voor het vergroten van de opleidingscapaciteit voor huisartsen, ondersteuning van beginnende huisartsen en stimulering van praktijkhouderschap.

Een belangrijke randvoorwaarde voor het verstevigen van de eerstelijns is het versterken van de rol, de positie en het mandaat van regionale huisartsenorganisaties en meer inzet op multidisciplinaire zorg. Het is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ondoenlijk om op alle gebieden met honderden individuele huisartsen afspraken te maken. Wij ondersteunen dan ook de gezamenlijke visie op regionale samenwerking van InEen, LHV en NHG onder het motto 'Hechte Huisartsenzorg'⁸. Voor duurzame, toekomstbestendige huisartsenzorg is het nodig om als beroepsgroep aanspreekbaar te zijn.

⁸ www.hechtehuisartsenzorg.nl/

5. **Medisch specialistische zorg thuis:** Naast het verschuiven van zorg naar de eerstelijns en VVT zal een steeds groter deel van de medisch specialistische zorg direct in de thuissituatie worden georganiseerd. Een combinatie van fysieke en digitale zorg zorgt ervoor dat patiënten enkel naar een fysieke locatie komen voor (complexe) diagnostiek en/of interventies. Technologische mogelijkheden kunnen 24/7 beschikbaarheid van zorg in de thuissituatie mogelijk maken; indien noodzakelijk kan hierbij laagdrempelig contact worden gelegd met een zorgprofessional. Fysiek contact met een medisch specialist zal niet langer de norm zijn, maar wordt op maat georganiseerd op basis van de zorgnoodzaak. Het gaat dus om het herontwerpen van zorgleveringsmodellen door gebruik te maken van technologische mogelijkheden. Dit heeft als doel de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen dan wel te verbeteren, schaars personeel optimaal in te zetten en de zorg betaalbaar te houden.

Belangrijk hierbij is dat medisch specialistische zorg in de thuissituatie altijd een middel is om de kwaliteit van zorg te verhogen, de kwaliteit van leven te verbeteren en/of de zorg doelmatiger in te richten. Het is geen doel op zich. De schaal en relatief grote organisatiekracht van ziekenhuizen kan bijvoorbeeld in bepaalde situaties voor meerwaarde zorgen bij het doelmatig inzetten van schaars personeel en dure faciliteiten. Denk bijvoorbeeld aan dialysezorg, waarbij het thuis organiseren van dialyses kan leiden tot een minder efficiënte inzet van verpleegkundigen dan bij concentratie van deze zorg op één locatie.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren vervullen een rol om dit soort ontwikkelingen in de verschillende domeinen bij elkaar te brengen. We werken aan vertrouwen en een warme transitie door samen op te trekken. Een stille transitie waarbij zorg eenzijdig wordt verschoven, dient te worden voorkomen. Dit vraagt om aansluiting en goede afstemming tussen inkoop en beleid in de medisch specialistische zorg en de programma's rondom ouderenzorg en preventie en sectorbeleid in de eerstelijns en VVT. Om dit te realiseren, zetten zorgverzekeraars zich in om intern te zorgen voor meer samenhang in hun inkoop en beleid op de verschillende domeinen. Waar nodig maken zorgverzekeraars integrale, meerjarige afspraken met zorgaanbieders binnen en buiten de medisch specialistische zorg om hun tijd, ruimte en zekerheid te geven in het transformatieproces. Daarbij wordt per situatie een zorgvuldige afweging gemaakt of dit individueel kan of gezamenlijk moet. Daarnaast zetten wij ons ook in voor het stimuleren en versterken van de (regionale) zorgnetwerken tussen ziekenhuizen, de eerstelijns, de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg, dichtbij de patiënt.

3. Wij spelen een actieve rol in de maatschappelijke discussie over houdbare zorg

Er is sprake van een maatschappelijke verandering in de verwachtingen en houding van burgers met betrekking tot zorg. Mensen gaan in toenemende mate uit van een maakbare wereld. Regelmatig wordt bijvoorbeeld gekozen voor de 'makkelijke weg' van medicatie of behandeling, waar een verandering in leefstijl zorg kan voorkomen. Of verwachten mensen dat hun vader of moeder direct in een ziekenhuis of verpleeghuis kan worden opgenomen wanneer het thuis niet meer gaat. Helaas is niet alles wat mensen willen mogelijk, onder meer door personeelsgebrek en beperkte financiële middelen. Ook daalt het aantal mantelzorgers de komende jaren. Daardoor staat onderlinge solidariteit – de basis van ons zorgstelsel – onder druk en neemt deze verder af als de toegankelijkheid van zorg in het gedrang komt en zorgkosten oplopen.

Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de politiek, het Ministerie van VWS, de Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars en alle andere zorgpartijen om de maatschappelijke discussie over de toekomstbestendigheid van de zorg te voeren. Zorgverzekeraars voelen deze verantwoordelijkheid ook, waarbij wij vooral een rol hebben in verwachtingsmanagement en uitleg over de aanbodkant (verzekerd pakket). We dienen niet alleen te kijken naar passende zorg, maar ook naar een passende zorgvraag om onnodige instroom in zorg te voorkomen. Medisch specialistische zorg is niet altijd de meest passende oplossing voor een probleem. Zeker als we bestrijding van ziekte minder centraal stellen en meer de focus leggen op positieve gezondheid en het functioneren en de eigen mogelijkheden van de patiënt.

Door gezamenlijk meer het gesprek te voeren over een passende zorgvraag, het voorkomen van medicalisering en de juiste afbakening van de medisch specialistische zorg, kunnen we zorgen dat de zorg toegankelijk blijft voor mensen die deze zorg nodig hebben. Daarvoor is het belangrijk dat zorgpartijen een eenduidige definitie hebben over welke zorg wel en niet onderdeel is van de medisch specialistische zorg; in het kader van passende zorg en op basis van de meerwaarde die de medisch specialistisch zorg kan bieden. Dit is niet alleen een kwestie van afspraken maken, maar ook onderdeel van een maatschappelijk debat. Belangrijke bij deze afbakening is goede, eenduidige diagnostiek en triage, via dezelfde centraal afgestemde principes.

Om de zorg voor alle verzekerden toegankelijk en betaalbaar te houden, zien wij het als onze taak om de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden te stimuleren. Wij doen dit door:

- Het maatschappelijk debat over passende zorg en de grenzen daaraan te stimuleren en ons hier nadrukkelijk in te mengen. Daarnaast trekken we samen op met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en de overheid, die elk hierin ook een verantwoordelijkheid hebben, om zo gezamenlijk de juiste beweging in gang te zetten.
- Verzekerden goed te informeren over de toenemende schaarste in de zorg en wat je als verzekerde wel of niet mag en kunt verwachten. Daarbij hoort ook het vergroten van de bewustwording onder verzekerden dat de zorgpremie niet kostendekkend is.
- 'Samen beslissen' te stimuleren en verzekerden te ondersteunen bij een gezonde leefstijl en therapietrouw.
- Zorgaanbieders te stimuleren om samen met patiënten op basis van brede begrijpelijke (kwaliteits)informatie een keuze te maken voor de meest passende zorg voor de individuele situatie van de patiënt. Daarbij hoort ook het benoemen dat niets doen ook een optie is, net als het kiezen voor palliatieve zorg.

II. Digitalisering voor passende en persoonsgerichte zorg

Wij willen regie en zelfredzaamheid van de patiënt versterken en de zorg toekomstbestendig maken. Daarom zetten we in op digitalisering. Digitalisering draagt bij aan passende en gepersonaliseerde patiëntenzorg en sluit dus aan bij de veranderende zorgvraag en de benadering van zorg waarin positieve gezondheid van de patiënt centraal staat. Het is voor patiënten van belang dat zorg van goede kwaliteit is en tijdig beschikbaar, het liefst zelfs plaats- en tijdonafhankelijk. Digitalisering kan bijdragen aan meer zelfredzaamheid, afname van angst, betere zorguitkomsten en tevredenheid. Het biedt ook kansen voor het voorkomen van zorg, het flexibeler organiseren van het zorglandschap en het deels opvangen van het personeelstekort. Voorwaarde is dat daar waar digitale zorg wordt ingezet en opgeschaald, de vervangen of achterhaalde arbeids- en kapitaalmiddelen worden afgeschaald. Vervanging van fysieke door digitale zorg leidt tot minder polibezoeken en reizen en daarmee tot minder uitval op school en werk en minder CO₂-uitstoot. Voorts is digitalisering een thema waarop zorgaanbieders zich kunnen onderscheiden, wat keuzemogelijkheden biedt voor patiënten.

De mogelijkheden voor en toepassing van digitale zorg zijn de afgelopen jaren sterk gegroeid. De COVID-epidemie heeft zowel de noodzaak als de bereidheid tot digitalisering van de zorg doen toenemen⁹. De potentie van digitale zorg wordt in de praktijk echter nog onvoldoende verzilverd. Digitale zorg is vaak nog geen structureel onderdeel van een zorgpad; het wordt veelal extra, dus naast de bestaande fysieke zorg, ingezet en additioneel bekostigd. Hierdoor blijven voordelen in toegankelijkheid, kwaliteit, kosten- en arbeidstijdbesparing liggen.

Digitalisering is natuurlijk geen doel op zich, maar een middel om bovenstaande doelen te bereiken. En natuurlijk blijft er te allen tijde onverminderd aandacht en ondersteuning voor (de grote groep) mensen die digitaal niet of minder vaardig zijn. De digitalisering van de zorg staat nog in de kinderschoenen en zal zich in de komende jaren snel ontwikkelen. Wij volgen deze ontwikkelingen op de voet en sturen ons beleid met betrekking tot digitalisering van de zorg hier telkens op bij.

4. Wij stimuleren het herontwerpen van zorgleveringsmodellen middels digitale zorg

Zorgverzekeraars stimuleren het herontwerpen van zorgleveringsmodellen waarbij gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die digitalisering biedt om de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen dan wel te verbeteren, schaars personeel optimaal in te zetten en de zorg betaalbaar te houden. Daarvoor hebben we een Kenniscentrum Digitale Zorg opgericht, waarin we onze kennis en ervaring op het gebied van innovatie, medisch advies, zorginkoop, gezondheidsrecht, ethiek, data en kunstmatige intelligentie bundelen. Op basis daarvan hebben we een gezamenlijke leidraad opgesteld waarmee we innovaties van ontwikkelaars snel kunnen beoordelen. Gezamenlijk zorgen we dat succesvolle initiatieven met aantoonbare meerwaarde worden beloond en faciliteren we de opschaling daarvan.

⁹ Ruim dertig procent polikliniekconsulten digitaal - NVZ (nvz-ziekenhuizen.nl).

Samen met onder meer NVZ, NFU, NHG, Actiz en Patiëntenfederatie zetten wij in op het toegankelijk maken van digitale zorg, gegevensuitwisseling en structurele inbedding van hybride zorg (digitaal waar het kan, fysiek waar het moet), zodat iedere patiënt tijdig beschikt over zijn medische data en in overleg met zijn zorgverlener kan kiezen om (een deel van de) zorg digitaal te ontvangen. Met de NZa maken we afspraken over passende bekostiging van digitale zorg.

Persoonlijke gezondheidsomgeving

Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat patiënten beter inzicht krijgen in hun eigen medisch dossier en daarmee meer grip op hun gezondheid en zorg. Zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS investeren gezamenlijk in het MedMij-programma zodat iedereen die dat wil, kan beschikken over zijn gezondheidsgegevens in één persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). MedMij is een afsprakenstelsel dat ervoor zorgt dat een PGO en de zorginformatiesystemen van zorgaanbieders niet alleen op een beveiligde, maar ook op een eenduidige manier met elkaar kunnen communiceren. Zo krijgt de patiënt een beter overzicht, wat kansen biedt voor meer eigen regie en zelfredzaamheid.

Digitale consulten

De mogelijkheid voor digitale consulten (i.p.v. fysieke consulten) zorgt ervoor dat patiënten locatie-onafhankelijk zorg kunnen ontvangen. De eerste stappen worden hiervoor in het veld al gezet; zo streeft de NVZ naar 25% minder fysieke consulten in 2025.¹⁰

Uit verschillende pilots blijkt dat laagdrempelige afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist via zogenaamde digitale meekijkconsulten zorgt voor minder instroom in de medisch specialistische zorg¹¹. Via mogelijkheden als VIPlive en cBoards kunnen gegevens vanuit het huisartsinformatiesysteem, zoals een episoden-overzicht, actuele medicatie en laboratoriumuitslagen, direct worden gedeeld. De specialist kan de huisarts op basis van deze gegevens adviseren over de verdere behandeling.

Samen met de NZa bekijken zorgverzekeraars de mogelijkheden om zorgaanbieders te belonen voor het bieden van digitale consulten en digitale meekijkconsulten.

Digitale oplossingen in het behandelproces

De afgelopen jaren zien we steeds meer innovatieve, digitale oplossingen binnen het behandelproces. Denk bijvoorbeeld aan het continu meten van vitale functies van patiënten door middel van het gebruik van slimme pleisters en telemetrie. Zorgverzekeraars stimuleren de ontwikkeling van dit type innovatieve oplossingen die toegevoegde waarde bieden voor de patiënt.

¹⁰ Ambitie geformuleerd in het programma Digitale Zorg van NVZ, via: <https://nvz-ziekenhuizen.nl/digitale-zorg>.

¹¹ Rapport Landelijke inventarisatie meekijkconsult 07-09-2020, Proscop.

Telemonitoring

Op verschillende plekken in Nederland lopen telemonitoringinitiatieven voor verschillende chronische aandoeningen. Goede voorbeelden daarvan zijn telemonitoring door Cardiologie Centra Nederland¹², de inzet van telemonitoring in combinatie met e-coaches voor IBD-patiënten in het Zuyderland Ziekenhuis¹³ en telemonitoring in het Slingeland Ziekenhuis bij patiënten met hartfalen en COPD¹⁴. De uitkomsten van deze initiatieven zijn aansprekend: minder opnames en SEH-bezoeken, lagere zorgkosten en hoge patiënttevredenheid.

Zorgverzekeraars willen dan ook dat telemonitoring de norm wordt als basis voor mensen met een chronische ziekte (zoals hartfalen, COPD, IBD, diabetes en reumatische aandoeningen). Individuele zorgverzekeraars hebben aangegeven dit te willen stimuleren door een scherp doel te stellen: vanaf 2025 wordt in beginsel passende chronische medisch specialistische zorg uitsluitend ingekocht bij zorgaanbieders die hun zorgleveringsmodel herontwerpen op een manier waarbij de mogelijkheden voor digitale zelfmonitoring voorop staan. Of dit per definitie ziekenhuizen zijn, staat thans niet vast. Een alternatief is dat dit door medische servicecentra gebeurt, al dan niet in samenwerking met ziekenhuizen en/of andere zorgaanbieders. Het is doelmatig noch effectief, en dus onwenselijk, als alle zorgaanbieders hun eigen vorm van telemonitoring en digitale zorg ontwikkelen. Zorgverzekeraars brengen thans samen met de NVZ in kaart wat de verschillende mogelijkheden en de voor- en nadelen van medische servicecentra zijn. Zorgverzekeraars ontwikkelen hier vervolgens een gezamenlijke visie op. Individuele zorgverzekeraars kunnen daar conclusies aan verbinden voor hun inkoop van digitale zorg.

Wij kijken kritisch naar de verschillende initiatieven. Verschillende studies laten zien dat er een grote variëteit is aan telemonitoringprogramma's en de uitkomsten daarvan¹⁵. Het is daarom essentieel om telemonitoring zorgvuldig in te richten om te voorkomen dat het leidt tot medicalisering en meer zorg. Uitgangspunt voor het contracteren van telemonitoring is dat deze digitale zorg aantoonbaar meerwaarde heeft en bestaande zorg vervangt, in plaats van extra erbij komt; want anders nemen de kosten en belasting voor patiënten en de zorg alleen maar toe. Natuurlijk is telemonitoring niet voor alle situaties en alle patiënten mogelijk en/of passend; het kan dus niet alle fysieke contacten vervangen. Daarom zetten wij in op hybride zorg, de combinatie van fysieke en digitale zorg, met heldere (start- en stop)criteria voor beide. Daarnaast stellen we KPI's op om de effecten van de telemonitoringinitiatieven te monitoren.

Het is van belang om breed de kansen te benutten die telemonitoring biedt, bijvoorbeeld het combineren met het afnemen van PROMs vragenlijsten als onderdeel van het programma Uitkomstgerichte Zorg. Deze kunnen achter de schermen worden gekoppeld aan klinische uitkomsten. Dit ondersteunt 'samen beslissen' in de spreekkamer en persoonsgerichte zorg. Ook biedt het kansen voor zelflerende artificiële intelligentie systemen.

¹² Cardiologie Centra Nederland

¹³ Zuyderland: meeste e-coach gebruikers van Nederland

¹⁴ Zorg op afstand leidt tot minder zorgkosten bij COPD en hartfalen - ICT&health (icthealth.nl)

¹⁵ Zie: https://betaalbaarheidvanzorg.nl/download/publicaties/PolicyBriefs/Telemonitoring_bij_chronisch_hartfalen_policy_brief_19102021.pdf

Zorgdata

Het uitwisselen van data is op de eerste plaats van belang voor de directe behandeling van de patiënt door verschillende behandelaren binnen de zorgketen. Daarnaast is uitwisseling van data ook op meta-niveau van belang om inzichten te genereren. Dit betreft in ieder geval: leren en verbeteren door zorgprofessionals, keuze-informatie voor patiënten voor 'samen beslissen', wetenschappelijk onderzoek, gepersonaliseerde zorg en beleidsontwikkeling.

Zorgaanbieders en verzekeraars zetten zich gezamenlijk in om data die in het zorgproces worden vastgelegd, op de juiste plekken beschikbaar te maken voor nieuwe toepassingen en het organiseren van betere en meer gepersonaliseerde zorg. Zorgaanbieders registreren data waar mogelijk op uniforme wijze (conform standaarden en richtlijnen), nemen deel aan (kwaliteits)registraties en spannen zich in om deze data beschikbaar te stellen aan in gezamenlijkheid geselecteerde initiatieven en partijen. De data worden gebruikt voor (door)ontwikkeling van zorgtoepassingen zonder dat dit tot extra administratieve last leidt. Uiteindelijk passen zorgaanbieders de inzichten uit deze initiatieven toe in de praktijk; het lerend zorgsysteem.

Artificiële intelligentie (AI) op basis van zorgdata heeft een enorme potentie om de kwaliteit van onze zorg en gezondheid te verbeteren. Om de kwaliteit en effectiviteit van AI-toepassingen te bevorderen, is de 'Leidraad kwaliteit AI in de zorg' opgesteld¹⁶. Zorgverzekeraars hebben daaraan meegewerkt. De leidraad speelt de komende periode een belangrijke rol in het ondersteunen van zorgveldpartijen bij ontwikkeling en adoptie van AI-algoritmes in de zorg.

Digitale infrastructuur: basisvoorwaarde voor gegevensuitwisseling en datagedreven zorg

De komende jaren wordt ingezet op het versterken van de digitale infrastructuur om op een veilige en efficiënte manier gegevensuitwisseling in de zorg te verbeteren en versnellen. Voor gegevensuitwisseling met patiënten en tussen zorgaanbieders is aansluiting op de digitale infrastructuur en de bijbehorende afsprakenstelsels onontbeerlijk.

Zorgaanbieders dienen hun eigen informatiehuishouding adequaat in te richten ten behoeve van registratie aan de bron alsmede het ontsluiten, kunnen ontvangen, overnemen en gebruiken van data. Daarnaast zijn goede kwaliteitsregistraties en AI-algoritmes noodzakelijk om informatie te verzamelen, analyseren en duiden. Ten aanzien van investeringen in technologische infrastructuur hanteren zorgverzekeraars een eenduidig beleid om versnippering te voorkomen. Zorgverzekeraars maken afspraken met partners en programma's, waaronder VZVZ, Stichting MedMij, Twiin, MedicatieOverdracht en eOverdracht over initiatieven die leiden tot versnelling in de benodigde gegevensuitwisseling. Zorgverzekeraars pleiten voor landelijke standaarden en één digitale basisinfrastructuur voor de zorg en verwachten dat het Ministerie van VWS de komende periode hierop doorpakt om dit te realiseren. De aankomende Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) zien wij, mits raadzaam ingezet, als een kans om deze gegevensuitwisseling goed te regelen en te bevorderen.

¹⁶ Leidraad voor kwalitatieve diagnostische en prognostische toepassingen van AI in de zorg 21-12-2021, werkgroep medische AI, via: <https://assets.zn.nl/p/32768/none/files/Leidraad%20kwaliteit%20Ai.pdf>.

Voor het uitwisselen van patiëntgegevens is vaak toestemming van de patiënt nodig. Zorgverzekeraars zijn voorstander van Mitz, dit is een generieke online voorziening waar iedere Nederlander zijn of haar toestemmingskeuzes voor álle zorgsectoren kan invoeren en beheren. Voorts pleiten we voor het opt-out principe voor het delen van medische gegevens; dat betekent dat medische gegevens, binnen de geldende wet- en regelgeving, kunnen worden gedeeld, tenzij de patiënt aangeeft dit niet te willen. Een andere generieke voorziening die gebruikt moet gaan worden is Zorg-AB, dat voorziet in de sterke behoefte aan één betrouwbare en actuele bron met alle gedetailleerde (digitale) adresgegevens van zorgaanbieders en zorgverleners in Nederland.

III. Passende zorg als basis voor toekomstbestendige zorg

In november 2020 hebben Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een visiedocument uitgebracht over passende zorg¹⁷. Passende zorg en de onderliggende principes sluiten goed aan bij de gezamenlijke visie van zorgverzekeraars op toekomstbestendige medisch specialistische zorg. Passende zorg kent twee aspecten: 1) gepast gebruik en 2) passende organisatie van zorg. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op gepast gebruik. Passende organisatie van zorg komt in de andere hoofdstukken terug.

5. Wij zetten krachtig in op passende zorg

Zorgverzekeraars nemen passende zorg als uitgangspunt in de zorgtransformatie. Samen met ZIN en de NZa zorgen we voor een eenduidige aanpak. Met zorgaanbieders werken we aan het continu bevorderen van gepast gebruik.

De zorg inrichten als een lerend systeem

Zorgverzekeraars willen naar een lerend gezondheidszorgsysteem, waarin de zorg systematisch en continu verbetert. Nederland wordt zo het eerste land ter wereld waar zorgevaluatie en gepast gebruik integraal onderdeel zijn van het zorgstelsel en de zorgverlening.¹⁸ Zo leren we doorlopend welke zorg wel en welke niet (meer) effectief en doelmatig is – en in dat geval niet meer moet worden aangeboden – en in welk domein deze het beste kan worden georganiseerd. Dat vereist integratie en reductie van de diverse lopende programma's¹⁹, die allemaal gaan over relevante aspecten van zorg of goede randvoorwaarden hiervoor.

Om passende zorg te realiseren, is meer regie en congruentie nodig op het integrale proces van pakketbeheer, systematische zorgevaluatie, transparante informatie en (de-)implementatie. Dit vergt van alle zorgpartijen een extra stap in hun eigen werk én het slaan van bruggen naar andere partijen, zodat die hun rol ook weer beter kunnen vervullen. Het moet helder zijn wie welke rol, verantwoordelijkheden en bevoegdheden/instrumenten heeft, wat van elkaar wordt verwacht en dat dit niet vrijblijvend is. Dit omvat onder andere de volgende elementen:

- Passende zorg vergt een proactiever en gestructureerder pakketbeheer door het ZIN; zowel op instroom als uitstroom van zorg. Zorgverzekeraars hebben daarbij een signalerende rol. Nieuwe behandelingen, dure geneesmiddelen en impactvolle indicatie-uitbreidingen dienen middels een vast proces met heldere criteria gezamenlijk te worden beoordeeld op passende zorg door de veldpartijen (regie door ZIN, uitgevoerd samen met zorgprofessionals, patiënten en zorgverzekeraars). Dit om te voorkomen dat niet-passende zorg het basisverzekeringpakket instroomt. Het bestaande pakket wordt door het ZIN en de veldpartijen gestructureerd beoordeeld op effectiviteit en doelmatigheid. Het ZIN trekt samen met de veldpartijen scherpe conclusies op basis van systematisch onderzoek en transparante informatie

¹⁷ Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú, Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit.

¹⁸ Dit sluit aan bij recente moties hierover in de Tweede Kamer. Zie ook Kamerbrief over Motie Bergkamp en Veldman over sneller actualiseren richtlijnen en motie Ellemeet en Van den Berg over niet bewezen effectieve zorg alleen leveren in onderzoeksetting | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

¹⁹ In het veld lopen tientallen programma's vanuit overheid- en bestuursorganisaties, koepelorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders, vaak overlappend en in ieder geval elkaar beïnvloeden.

over gepast gebruik, praktijkvariatie en kwaliteit. Deze inzichten worden vervolgens door de veldpartijen geïmplementeerd. Zo zorgen we dat zorg die niet (meer) effectief en doelmatig is, ook daadwerkelijk de basisverzekering uitstroomt.

- Zorg die (nog) niet bewezen effectief is, wordt (risicogericht) onderzocht t.b.v. pakketbeheer (bewijslast bij beroepsgroep), en wordt dan alleen nog ingekocht in het kader van dat (zorgevaluatie)onderzoek. Bij gebrek aan bewijs binnen een gestelde periode, gaat de zorg uit het pakket en vervalt de wettelijke aanspraak op de Zvw. Hiervoor is ook aanpassing van regelgeving vanuit VWS noodzakelijk.
- De inzichten in passende zorg worden door de NZa vertaald in de declaratiesystematiek, zodat deze herkenbaar zijn. Gepast gebruik wordt inzichtelijk gemaakt op basis van uniforme en geaccepteerde spiegelinformatie die door partijen gezamenlijk is opgesteld. Hiervoor is een goede (kwaliteits)registratie van belang. De NZa stelt het juiste instrumentarium beschikbaar voor het inkopen van passende zorg en toetst of dit proces goed verloopt. Zo zorgen het ZIN en de NZa voor een scherp kader waarbinnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de zorg kunnen vormgeven naar de principes van passende zorg.
- Zorgverzekeraars werken samen met wetenschappelijke verenigingen en patiëntverenigingen (tripartiet) aan het opstellen van kwaliteitsinstrumenten waarin passende zorg de leidraad is. Zorgverzekeraars hebben baat bij de optimalisatie van de bruikbaarheid van kwaliteitsinstrumenten. Daarnaast blijven we aandacht geven aan impactvolle richtlijnen waarbij winst te behalen valt, ten aanzien van aspecten als welke zorg niet (meer) passend is, voor welke patiënten de zorg passend is, de volgordelijkheid van therapieën (waarbij de meest dure therapieën waar mogelijk niet vooraan in de richtlijn worden geplaatst) en voor de module: 'Implementatie: organisatie en financiering'.
- Bij uitwerking van de inzichten naar organisatie en (de-)implementatie, inclusief het daarop aanpassen van de bedrijfsvoering, worden alle relevante partijen betrokken. Ook zorgaanbieders werken daarbij op congruente wijze, bijvoorbeeld tussen ziekenhuis en MSB.
- De IGJ toetst niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook of deze op een passende manier wordt geleverd en handhaaft hierop.

Bevorderen passende zorg en de-implementeren niet-passende zorg

Zorgverzekeraars nemen de verantwoordelijkheid om via de individuele zorginkoop te sturen op passende zorg en het de-implementeren van niet-passende zorg. Wij vragen van partijen om hier continu in te verbeteren. Dat doen we op de volgende manieren:

- We bevorderen effectieve en doelmatige zorg door continu de juiste prikkels te geven voor 'het goede doen' m.b.t. organisatie, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Passende zorg geldt vanzelfsprekend niet alleen voor medisch specialistische zorg, maar ook voor verpleegkundige zorg. Wij willen zorgaanbieders anders gaan belonen: meer op basis van toegevoegde waarde voor de patiënt en een doelmatige manier van organiseren. Dat betekent dat we minder terugvallen op productiegerichte afspraken, meer ruimte bieden voor het voorkomen van (zwaardere) zorg en digitale en andere innovatieve vormen van zorg stimuleren. Zorg die (nog) niet bewezen effectief is, kopen we alleen in in het kader van (zorgevaluatie)onderzoek.

- Passende zorg betekent ook actieve de-implementatie, uitstroom uit het pakket en een transformatie van het zorglandschap. Verzekeraars vervullen daarbij de rol van zorgregisseur naast die van zorginkoper. Zorg zal meer in samenhang worden ingekocht, integraal over domeinen heen. Good practices worden gedeeld en opgeschaald.
- Met zorgaanbieders die in deze transformatie meegaan en passende zorg aanbieden waarbij ze zorgen voor samenhang en samenwerking, zullen individuele zorgverzekeraars duurzame relaties aangaan om continuïteit van zorg en bedrijfsvoering gedurende de transitie te borgen. Indien noodzakelijk, wordt een voorziening voor frictiekosten getroffen.

Randvoorwaarden voor inkopen passende zorg

Zorgverzekeraars kunnen de transformatie naar passende zorg alleen vormgeven als wij beschikken over de juiste randvoorwaarden voor het inkopen van passende zorg. Hierover gaan wij graag in gesprek met het Ministerie van VWS, het ZIN en de NZa en andere belanghebbenden. Dit betreft de volgende randvoorwaarden:

- Het is belangrijk dat het verzekerde pakket identificeerbaar is in declaraties.
- Selectieve inkoop wordt versterkt door artikel 13 van de Zvw te schrappen. Zo kunnen zorgverzekeraars beter sturen op kwaliteit van zorg, passende zorg en een goede organisatiegraad van zorgaanbieders. Behoud van voldoende keuzevrijheid voor patiënten dient daarbij te worden geborgd, evenals mogelijkheden om aparte afspraken te maken voor nieuwe toetreders die zorgen voor innovatie en dynamiek.
- Transparantie van waar we staan en naar toe willen met behulp van uniforme en geaccepteerde spiegelinformatie is daarbij een belangrijke randvoorwaarde.
- Er moet meer focus en intensivering komen in elkaar overlappende programma's als 'Zorg-evaluatie & Gepast gebruik' en 'Uitkomstgerichte zorg'. Daarbij moet worden ingezet op de meest krachtige onderdelen, waarmee de grootste impact kan worden gemaakt. Inbedding in de structurele werkwijze van alle betrokkenen is een belangrijke vervolgstap.
- Daarnaast is het belangrijk dat zorgverzekeraars en de NZa de komende periode doorlopend gezamenlijk kijken naar het pallet van bekostigingsinstrumenten om waar nodig mogelijkheden te creëren om effectief te sturen op passende zorg. Betaaltitels zouden de noodzakelijke veranderingen kunnen stimuleren, bijvoorbeeld door (tijdelijk) verlaagde maximumtarieven in te voeren met een gewogen gemiddelde die stimuleren om de 'oude zorg' af te bouwen.
- Investeren in passende zorg moet lonen voor zorgverzekeraars. Daar waar de risicoverevening uit de pas loopt met deze investeringen, zijn oplossingen nodig. Dit betreft o.a. de verevenbare zorgkosten, de normbedragen vanuit de verevening en een gelijk speelveld.
- Commitment van alle relevante partijen, zoals de wetenschappelijke verenigingen, het Ministerie van VWS, ZIN, NZa, IGJ en zorgaanbieders aan passende zorg.

Passende zorg in de praktijk

In het voorgaande deel van dit hoofdstuk is gepast gebruik vanuit een institutioneel perspectief benaderd. Vanuit het perspectief van de medische praktijk zijn er twee zaken van belang:

1. De kwaliteit van diagnose en besluitvorming (de goede dingen doen);
2. De kwaliteit van de medische interventie (de dingen goed doen).

Kwaliteitsregistraties hebben van oudsher altijd veel aandacht voor de kwaliteit van de interventie. Een belangrijke sleutel voor passende zorg ligt echter bij het versterken en ondersteunen van de kwaliteit van diagnose en besluitvorming door zorgprofessionals en patiënten. Want uiteindelijk wordt daar bepaald óf en welke medisch specialistische zorg meerwaarde heeft. Positief is dat hier steeds meer aandacht voor komt. Zorgverzekeraars willen zorgverleners ondersteunen en faciliteren om de kwaliteit van diagnose en besluitvorming te verhogen, bijvoorbeeld via kwaliteitsregistraties.

6. Wij verstevigen onze grip op dure geneesmiddelen

Zorgverzekeraars zijn van mening dat bewezen kosteneffectieve dure geneesmiddelen nu en in de toekomst voor patiënten beschikbaar horen te zijn, zonder dat de solidariteit binnen het zorgverzekeringsstelsel verder onder druk komt. Een patiënt wil aantoonbaar én meetbaar baat hebben bij het voorgeschreven geneesmiddel, terwijl de samenleving niet meer wil betalen dan nodig. Zo blijft solidariteit behouden. De afgelopen jaren zijn de kosten van dure geneesmiddelen sterk gestegen: van 1,7 miljard euro in 2014 naar 2,5 miljard in 2019²⁰. Inmiddels wordt 10% van het MSZ-budget besteed aan dure geneesmiddelen, binnen UMC's gaat dit zelfs richting de 20%. Hierdoor bestaan risico's op verdringing van andere wel (kosten-)effectieve zorg. Nog steeds worden er elk jaar veel nieuwe dure geneesmiddelen of indicatie-uitbreidingen bij het Europees medicijn Agentschap (EMA) geregistreerd waarbij marktautorisatie wordt verstrekt. De bewijslast bij (EMA-)registratie neemt al jaren af, waardoor bij steeds meer geneesmiddelen twijfel bestaat of deze wel voldoen aan het pakketcriterium 'stand der wetenschap en praktijk'. Lagere bewijslast leidt niet tot lagere prijzen. Geneesmiddelenprijzen stijgen omdat de grootte van doelpopulatie afneemt, terwijl de prijzen niet worden verlaagd als door een indicatie-uitbreiding de doelpopulatie toeneemt.

Aanpak dure geneesmiddelen door verzekeraars

Verzekeraars versterken hun regierol richting zowel de farmaceutische industrie, overheden, wetenschappelijke verenigingen en zorgaanbieders. Ons doel daarbij is dat de patiënten die het nodig hebben, toegang hebben tot het juiste geneesmiddel op het juiste moment in de juiste hoeveelheid tegen een acceptabele prijs. Alleen gezamenlijk kunnen we tot scherpe afspraken komen over de prijs en vergoeding van geneesmiddelen. Daarom kopen we dure geneesmiddelen in via een gezamenlijk inkoopverband (het Clean-team).

Wij zetten in op gepast gebruik van dure geneesmiddelen. We kijken kritisch naar onderbouwing van werkzaamheid en kosteneffectiviteit. Het is van belang uitsluitend geneesmiddelen te vergoeden die voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk. Zorgverzekeraars hebben

²⁰ Factsheet Dure geneesmiddelen 23-02-2021, Vektis.

de Commissie Beoordeling add-on geneesmiddelen (CieBAG) ingesteld. Deze commissie beoordeelt nieuwe geneesmiddelen en indicatie-uitbreidingen die op de Europese en/of Nederlandse markt geregistreerd worden en in aanmerking komen voor opname in het verzekerde pakket. In de commissie zitten medisch adviseurs van de verschillende zorgverzekeraars.

Voor het beheersen van de open instroom van dure geneesmiddelen stellen we voorwaarden:

- **Dure geneesmiddelen maken integraal onderdeel uit van de MSZ:** Een apart financieel kader voor dure geneesmiddelen zou de problematiek alleen maar verschuiven. Met een eigen bekostigingskader is het risico van onbeheerste kostengroei en ondoelmatig gebruik van geneesmiddelen bovendien zeer groot, ook indien aanvullende voorwaarden worden afgesproken. Het budget simpelweg ophogen, is geen duurzame optie. Besluitvorming over dure geneesmiddelen moet dan ook worden ingebed binnen een breder perspectief; namelijk dat van houdbare medisch specialistische zorg in brede zin.
- **Actief pakketbeheer:** Er mag geen twijfel bestaan over de pakketwaardigheid van geregistreerde dure geneesmiddelen. Door actieve (her)beoordeling wordt er getoetst of een geregistreerde dure geneesmiddelen (nog) in aanmerking komt voor vergoeding. Door scherpere sluiscriteria, actieve toetsing of een geneesmiddel voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk bij toelating en na een vaste periode de herbeoordeling van een geneesmiddel of het nog pakketwaardig is, maken onderdeel uit van een actieve toetsingscyclus. Veelbelovende zorg waar nog onzekerheid bestaat over de effectiviteit, wordt alleen onder strikte voorwaarden vergoed (alleen nog in onderzoeksverband, zodat we ervan leren voor het pakketbeheer). Geneesmiddelen die niet-effectief blijken, worden uit het pakket gehaald (expliciete uitstroom).
- **Bevorderen voor kwaliteitsregistraties:** Ter bevordering van gepast gebruik van dure geneesmiddelen moeten uitkomsten rondom kwaliteit en kosten van dure geneesmiddelen zorg gemeten en transparant gemaakt worden.²¹ Het principe moet worden dat dure geneesmiddelen standaard in een kwaliteitsregister worden opgenomen en gevolgd, waarbij uitkomsten rondom kwaliteit en kosten worden gekoppeld. Op aandoeningsniveau worden inzichten en transparantie gegenereerd rondom de doelmatigheid en (kosten-)effectiviteit.
- **Stimuleren gepast gebruik:** Voorschrijvers definiëren vooraf (niet vrijblijvende) gepast-gebruik-criteria die publiek toegankelijk zijn en geaccordeerd worden door de pakketbeheerder en/of zorgverzekeraars. Hiermee borgen we in de praktijk de (kosten-)effectiviteit van dure geneesmiddelen.
- **Aanscherpen van huidig nacalculatie inkoopbeleid:** Dure geneesmiddelen worden alleen nagecalculeerd indien het VWS sluismiddelen of weesgeneesmiddelen betreft. Nacalculatie gebeurt tegen lokaal gerealiseerde inkooprijzen. Over overige dure geneesmiddelen worden bilateraal afspraken gemaakt over contracten en voorwaarden.

²¹ Zorgverzekeraar financieren vanaf Q4 2021 het "DGM dashboard" zoals dat door DICA is ontwikkeld. Het streven is dat er eind 2022 minimaal 40 ziekenhuizen hierin participeren.

IV. Toekomstbestendig en flexibel zorglandschap

De zorgvraag verandert en nieuwe ontwikkelingen zoals digitalisering en passende zorg bieden kansen voor effectieve en doelmatige zorg. Dat vraagt om meer flexibiliteit van het zorglandschap; niet alleen om snel mee te kunnen bewegen met deze ontwikkelingen, maar ook om in te spelen op afnemende personele capaciteit en om zorg op- en af te schalen bij een veranderende (bijvoorbeeld seizoensgebonden) zorgvraag. Er is thans onvoldoende flexibiliteit. Onder meer door (financiële) prikkels waarbij de status quo loont en doordat we vasthouden aan bestaande structuren, zowel organisatorisch als qua fysieke faciliteiten.

Om hoogstaande zorg voor alle inwoners van Nederland te kunnen blijven garanderen, zijn scherpe keuzes en meer flexibiliteit essentieel. Omdenken kan helpen om tot nieuwe oplossingsrichtingen te komen. Allereerst zetten we niet langer het perspectief van het ziekenhuis centraal. Zoals in hoofdstuk I besproken, ondersteunen en faciliteren we de enorme potentie van eigen regie en zelfredzaamheid van patiënten; daarom zetten we in op preventie en versterken we de eerstelijns, VVT en sociaal domein om zorg in de eigen omgeving van mensen te kunnen bieden. De medisch specialistische zorg is dan het sluitstuk en beperkt zich tot die elementen waarop deze meerwaarde heeft. Dat zijn het uitvoeren van medisch specialistische interventies (zoals complexe diagnostiek, electieve ingrepen en acute zorg) en het delen van medisch specialistische kennis. De UMC's brengen sterkere focus aan en leggen zich nadrukkelijker toe op topreferente zorg, onderwijs, onderzoek en zorginnovatie.

7. Wij sturen op een toekomstbestendig en flexibel zorglandschap

Zorgverzekeraars zijn inhoudelijk stellend over waar de transformatie concreet toe moet leiden, maar stellen zich vervolgens faciliterend op richting zorgaanbieders om hen te helpen om dat te bereiken. Wij ondersteunen zorgaanbieders die met goede initiatieven komen, die passen binnen deze transformatie van de zorg. Daarbij zetten wij in op vier onderwerpen:

- Doelmatige medisch specialistische zorg;
- Concentratie van zorg waar nodig;
- Toekomstbestendige acute zorg;
- Gestroomlijnde en flexibele zorginfrastructuur.

Doelmatige medisch specialistische zorg

Zorgverzekeraars kopen medisch specialistische zorg concurrentieel in om dynamiek, patiëntgerichtheid en innovatie te bevorderen. Maar we hanteren wel hetzelfde uitgangspunt; namelijk dat we de patiënt, onze verzekerde, centraal stellen in plaats van bestaande structuren. Deze vraaggestuurde benadering, die vraagt om meer flexibiliteit en ruimte voor nieuwe ontwikkelingen, betekent een sterkere positie van de patiënt en een meer stellende rol voor zorgverzekeraars als zorginkoper namens de patiënt. Dit perspectief voor verandering heeft consequenties voor de manier waarop we de medisch specialistische zorg organiseren. De historische rol van ziekenhuizen als de plek waar alle typen medisch specialistische zorg (fysiek) worden geleverd, verandert. De wijze waarop verschilt per zorgtype.

Chronische zorg

Zo geldt voor chronische zorg dat deze zoveel mogelijk wordt geboden in de eigen omgeving van de patiënt, waarbij verschillende zorgaanbieders samenwerken in domeinoverstijgende netwerken. Ziekenhuizen brengen daarbij medisch specialistische expertise in en spelen een rol in diagnostiek en medisch specialistische behandelingen. Waar chronische zorg beter en doelmatiger digitaal of thuis, door de eerstelijns of VVT kan worden geboden, wordt deze niet meer binnen de medisch specialistische zorg ingekocht. Een substantieel deel van de chronische zorg verdwijnt de komende jaren uit het ziekenhuis.

Electieve zorg

De (hoog-volume) electieve zorg is concurrentieel en kent, mede door de rol die ZBC's hier pakken, een ander krachtenveld. Een doelmatige organisatie staat hierbij voorop. In de huidige situatie wordt electieve zorg vaak geleverd als integraal onderdeel van een complexe ziekenhuisorganisatie. Voor sommige zorg heeft dit significante meerwaarde, bijvoorbeeld wanneer een multidisciplinaire aanpak gewenst is. Andere vormen van electieve zorg kunnen ook stand-alone georganiseerd worden en zijn dan vaak doelmatiger en meer servicegericht. Denk aan oogheelkunde, KNO, dermatologie, orthopedie en laagcomplexere chirurgie zoals liesbreuk- en galblaasoperaties. Voor deze (voornamelijk hoog-volume) electieve zorg, die minder gebonden is aan de specifieke faciliteiten en/of het multidisciplinaire karakter van een ziekenhuis, bevorderen wij innovatie en doelmatigheid door inkoopkeuzes op basis van prijs en gepast gebruik. Klinieken en ziekenhuizen worden zo gestimuleerd om scherpe profielkeuzes te maken en speerpunten te benoemen waarop zij aantoonbaar passende zorg leveren.

Een deel van de electieve zorg kan zowel in een ZBC doelmatig worden georganiseerd als binnen een ziekenhuis, bijvoorbeeld in zorgstraten. Tijdens de COVID-pandemie is extra zichtbaar geworden dat de mate van samenwerking en afspraken tussen ziekenhuizen, UMC's en ZBC's sterk verschilt per instelling en per regio. Rondom 'inhaalzorg' speelt het vraagstuk welk deel van deze zorg waar kan worden geleverd. Voor ziekenhuizen is hoog-volume electieve zorg een strategisch zorgproduct in hun portfolio om patiënten aan zich te binden en maximaal gebruik te maken van beschikbare capaciteiten. Ook kan uitstroom van bijvoorbeeld orthopedische of chirurgische zorg gevolgen hebben voor de grootte van de vakgroepen waardoor de acute zorg in het gedrang komt. De mate van concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's is wisselend voor de verschillende regio's binnen Nederland. In 2022 gaan zorgverzekeraars de rol van ZBC's in het zorglandschap en de bijbehorende kansen en knelpunten verder uitwerken. Op die manier kunnen beter onderbouwde beslissingen worden genomen voor de lange termijn en ontstaat er meer duidelijkheid voor alle belanghebbenden voor de toekomst over hun positie in het zorglandschap. Uitgangspunt daarbij is hoe de zorg het beste kan worden georganiseerd op de lange termijn; negatieve gevolgen op de korte termijn leiden niet langer automatisch tot het afzien van scherpe keuzes en handhaving van een suboptimale status quo.

Om zorg in te kunnen kopen op basis van kwaliteit en/of doelmatigheid is de beschikbaarheid van goede spiegelinformatie een randvoorwaarde. Zorgverzekeraars zetten zich de komende jaren in voor het verbeteren van de spiegelinformatie en bieden zorgaanbieders een lonkend, maar niet vrijblijvend perspectief voor verbetering en terugbrengen van praktijkvariatie.

Reële tarieven zijn van belang om effectief in te kunnen kopen op basis van doelmatigheid. In de huidige situatie wordt binnen ziekenhuizen met hoog-volume electieve zorg indirect dure faciliteiten zoals een laboratorium, radiologie-afdeling en acute zorg bekostigd. Hierdoor is het niet alleen lastig om verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken, maar ook om te bepalen welke kosten hangen aan bijvoorbeeld de benodigde basisinfrastructuur van een ziekenhuis. Daarom zetten we ons de komende jaren in voor beter inzicht in reële tarieven.

Concentratie van zorg waar nodig

Voor specifieke (voornamelijk maar niet uitsluitend hoogcomplexe) zorg kan concentratie tot gezondheidswinst voor patiënten leiden. Denk bijvoorbeeld aan prostaatankeroperaties, waar wetenschappelijk onderzoek aantoont dat concentratie leidt tot betere zorguitkomsten. Als zorgverzekeraars sturen we op concentratie van zorg als dit leidt tot een hogere kwaliteit. Dit vraagt om goede afstemming tussen verzekeraars en met alle betrokken zorgpartijen inclusief patiëntenorganisaties. Wij stimuleren daarbij de vorming van netwerken van zorgaanbieders als dit leidt tot een betere propositie voor de patiënt. Bijvoorbeeld wanneer door samenwerking de voor- en nazorg dichtbij wordt georganiseerd in het geval dat de interventies zijn geconcentreerd.

Zorgverzekeraars zien voor zichzelf vooral een rol bij de concentratie van zorg op regionaal niveau; ten aanzien van besluiten over concentratie van zorg op landelijk niveau (e.g. de kinderkhartchirurgie) ligt wat ons betreft de primaire verantwoordelijkheid bij het Ministerie van VWS. Dat neemt niet weg dat wij daarbij graag meedenken bij het maken van de afweging en het doordenken van de consequenties van de (voorgenomen) besluiten.

Meer flexibele opschaling van IC-zorg

Sinds de COVID-pandemie staat de IC-zorg onder grote druk. Wanneer de vraag naar IC-capaciteit groter is dan de beschikbare capaciteit, heeft dat gevolgen voor zowel de acute zorgketen als de electieve zorg en komen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in het gedrang. Dit roept vragen op over hoe we de IC-zorg in Nederland het beste kunnen organiseren. Met name de schaarste aan gespecialiseerd IC-personeel noopt tot een optimale inzet en spreiding van IC-capaciteit, om aan de vraag te voldoen waarbij sprake is van pieken en dalen.

Zorgverzekeraars vinden dat ziekenhuizen die brede medisch specialistische zorg bieden, moeten beschikken over een IC in het verlengde van hun acute, postoperatieve en klinische zorg en vanwege hun functie in de regio. Vertrekpunt daarbij is de Kwaliteitsstandaard 'Organisatie van Intensive Care'²², waarin regionale samenwerking en het vormen van IC-netwerken belangrijk onderdelen zijn. Ook voor IC's geldt dat er een ondergrens is voor het aanbieden van IC-zorg, zowel vanuit kwaliteits- als doelmatigheidsperspectief, zeker gezien het schaarse personeel. Daarnaast zullen sommige ziekenhuizen of locaties door de transitie van het zorglandschap op termijn een ander profiel krijgen. Wij vinden het daarom belangrijk om kritisch te blijven kijken wat deze ontwikkeling betekent voor de noodzaak tot IC-zorg op de verschillende locaties en ook andere opties te verkennen, bijvoorbeeld het inrichten van een PACU.

²² Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive care, Zorginstituut Nederland 19 juli 2016.

Samen met het Ministerie van VWS en andere zorgpartijen werken zorgverzekeraars momenteel aan het verder vormgeven van toekomstbestendige IC-zorg, mede in het kader van de versterking van de 'pandemische paraatheid'²³. Daarbij wordt zowel gekeken naar organisatorische als bekostigingsaspecten. In 'Gezamenlijke COVID afspraken MSZ 2022' is opgenomen dat vanaf 2023 verzekeraars IC-zorg weer alleen op basis van de geleverde zorg bekostigen, waarbij het uitgangspunt is dat in de tarieven rekening is gehouden met een normale bezettingsgraad. Bekostiging van beschikbaarheid die de normale bedrijfsvoering te boven gaat, zien wij als een verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS.

Wat ons betreft ligt de oplossing vooral in het creëren van mogelijkheden voor snelle flexibele opschaling wanneer dat nodig is (harmonicamodel). Zo kan bij rampen of epidemieën, maar ook in het jaarlijkse griepseizoen, de tijdelijke extra vraag naar IC-capaciteit worden opgevangen. Om een flexibele schil te organiseren, is voldoende geschoold personeel nodig dat kan worden ingezet op piekmomenten. Dit vraagt om doorlopend aandacht voor opleiding en training om kennis en kunde op peil te houden. Op basis van ervaringen tijdens de COVID-pandemie is onze indruk dat het vaak eenvoudiger en effectiever is om in enkele grote ziekenhuizen de IC-capaciteit substantieel op te schalen, dan in alle ziekenhuizen een klein beetje. Bovendien kan in de kleinere algemene ziekenhuizen de reguliere zorg dan beter doordraaien. Daarnaast moet urgente complexe zorg en de last resort functie altijd toegankelijk blijven in UMC's of STZ ziekenhuizen. Het komende jaar moeten deze aspecten verder worden onderzocht en uitgewerkt. Daarbij worden de evaluaties van de COVID-pandemie meegenomen. Net als de resultaten van het onderzoek van het Zorginstituut naar regionale netwerkvorming van IC-zorg.

Toekomstbestendige acute zorg

Naast bovenstaande onderwerpen sturen wij de komende jaren ook actief op de transformatie van het acute zorglandschap. Er zal de komende jaren actiever worden ingezet op het voorkomen van acute zorgvragen. Organisaties in de acute zorgketen gaan vergaand met elkaar samenwerken om het patiëntproces te stroomlijnen, de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment te leveren en zwaardere zorg(vragen) waar mogelijk te voorkomen. Daarnaast worden er scherpe keuzes gemaakt ten aanzien van de inzet van schaars personeel en spreiding van faciliteiten. Dit geldt ook voor de medisch specialistische acute zorg zoals SEH's en acute verloskunde. Complexe interventies worden geconcentreerd in gespecialiseerde centra. Zie het visiedocument 'Samen werken aan acute zorg' (2022) voor onze visie op de acute zorg.

Gestroomlijnde en flexibele zorginfrastructuur

De transformatie van de medisch specialistische zorg maakt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar steeds vaker tegenkomen in de regio met dezelfde vragen over de inrichting van het zorglandschap en zorginfrastructuur. Alle partijen in de zorg hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om versnippering en/of ondoelmatige investeringen te voorkomen. Daarom moeten we bestaande capaciteiten benutten en aanpassen, maar ook inzetten op flexibilisering van zorgcapaciteit, bijvoorbeeld door digitalisering.

²³ Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

Differentiatie

De komende jaren zal er meer differentiatie plaatsvinden tussen ziekenhuizen, waarbij verschillende profielen ontstaan: basisziekenhuizen in de regio, concentratie van complexe zorg in gespecialiseerde centra en bepaalde vormen van electieve zorg in ZBC's. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met een afbouwvraagstuk van bepaalde vormen van poliklinische, klinische en soms ook acute zorg. Voor sommige ziekenhuizen geldt ook een minimale schaalvraagstuk: voor specifieke ingrepen, voorzieningen en kosteneffectieve investeringen. Tegelijkertijd zijn investeringen nodig om state-of-the-art medisch specialistische zorg te blijven leveren. Zorgverzekeraars zullen scherpe profielkeuzes stimuleren en waar nodig via hun individuele inkoop hierop sturen om te komen tot toekomstbestendige en samenhangende zorg in de regio.

Het differentiëren is een leerproces, waarbij we moeten zorgen dat deze transformatie niet leidt tot meer 'stenen' of onwenselijke concurrentie tussen instellingen om zorgpersoneel. Ook is het van belang om te waken voor onvoldoende samenhang in het zorgaanbod, zowel binnen instellingen als in de regio. Differentiatie moet niet dusdanig doorschieten dat (semi-)monopolieposities ontstaan of dat de continuïteit van zorg en/of bedrijfsvoering van instellingen in het geding komen. Want dat kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het zorgaanbod. Om segmentatie en verstarring van het zorgaanbod tegen te gaan, vereist een toekomstbestendige inrichting van de medisch-specialistische zorg juist ook flexibiliteit en het behoud van keuzemogelijkheden. Differentiatie van zorg vraagt om goede monitoring en structureel onderling contact hierover tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, NZa, ACM, IGJ, het Ministerie van VWS en andere (zorg)partijen.

Regie en afstemming

Regie en afstemming zijn noodzakelijk om te komen tot een samenhangend zorgaanbod. Het is van belang om het besluitvormingsproces zorgvuldig in te richten met oog voor de rollen van de verschillende (zorg)partijen. Daarom nemen zorgverzekeraars het voortouw om samen met zorgaanbieders (regionale) plannen op te stellen voor een toekomstbestendig zorglandschap. Op basis van deze plannen worden afgewogen besluiten genomen; bijvoorbeeld bij grote investeringen en meerjarenafspraken.²⁴ Zorgaanbieders geven aan dat gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars hierbij van belang is. Individuele verzekeraars zijn in beginsel bereid om zich waar noodzakelijk te committeren aan gezamenlijke afspraken en dit mee te nemen in de zorginkoop (binnen en buiten de medisch specialistische zorg). De context en schaal van de plannen kunnen per regio verschillen.

In het geval van grote investeringen bij zorgaanbieders voor nieuwe infrastructuur (>15 miljoen euro) beoordelen de betrokken individuele zorgverzekeraars of dit passend is en indien dit niet het geval is, of het noodzakelijk is om hier gezamenlijk verdere afspraken over te maken. Dit betreft niet alleen vastgoed, maar ook medische apparatuur en vooral de digitale infra-

²⁴ Het regeerakkoord stelt dat de NZa gevraagd wordt om regiobeelden op te stellen. Wij vinden het belangrijk om elkaar te versterken en rolvermenging te voorkomen. De NZa heeft een belangrijke rol in het toezien op de transformatie van de zorg en kan hiervoor relevante data leveren. De NZa is toezichthouder, geen regisseur. Het is aan zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders in de regio hier invulling aan te geven.

structuur. We sturen op het voorkomen van overcapaciteit aan dure voorzieningen, zoals hybride OK's, MRI-Linacs en de Da Vinci robot. De overcapaciteit bij protonen centra laat zien dat strakkere sturing van groot belang is. Bij investeringen in digitale infrastructuur dient te worden gelet op compatibiliteit, flexibiliteit en aansluiting op de bijbehorende afsprakenstelsels.

Regionale invulling

Zorgverzekeraars gaan in de verschillende regio's proactief het gesprek aan over de toekomstige infrastructuur en de benodigde gecontroleerde op- en afbouw. Zo voorkomen we dat we achteraf worden geconfronteerd met investeringen die niet doelmatig zijn, niet passen bij de regionale context en/of niet in lijn zijn met de beoogde transformatie van het zorglandschap. Uiteraard is een zorgvuldige impactanalyse van belang om kwaliteit en toegankelijkheid te borgen en met feiten te zorgen voor passende oplossingen en eventuele onrust bij zorgaanbieders en in de regio zo goed mogelijk te adresseren. Er dient aandacht te zijn voor de continuïteit van de bedrijfsvoering; hier maken we afspraken over met de individuele instellingen. Een generiek herstructureringsfonds heeft niet onze voorkeur, omdat dit maatwerkoplossingen in de weg staat en verkeerde verwachtingen schept.

Zorgverzekeraars Nederland heeft eind 2021 samen met tien andere veldpartijen afspraken gemaakt over het opstellen en uitvoeren van noodzakelijke transformaties, onder andere in de regio door het opstellen en realiseren van een transformatieopgave voor die regio op basis van het regiobeeld. In de afgelopen jaren is op verschillende manieren de samenwerking in de regio op gang gekomen. De 31 regiobeelden, voortvloeiend uit de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 bieden het referentiekader voor de samenwerking. Hiervoor is een werkbare organisatie nodig waarin partijen verbindend zijn gerepresenteerd. Zo zijn aan de kant van de zorgverzekeraars de twee marktleiders in een regio aanspreekbaar.

Bij het opstellen van *regioplannen* focussen we ons in eerste instantie op regio's waar de meeste urgentie is, omdat zorg in de knel komt of omdat grote investeringen nodig zijn. Op die manier borduren we voort op het bestaande momentum, draagvlak en veranderbereidheid. Een goed voorbeeld hiervan is de regio Noord-Holland, waar verzekeraars momenteel gezamenlijk de (toekomstige) bouwplannen van de verschillende zorgaanbieders bespreken om te komen tot een gezamenlijk beeld van de benodigde toekomstige zorginfrastructuur. Sommige regio's zijn vergelijkbaar (grote steden, rurale regio's), waardoor ze van elkaar kunnen leren.

Randvoorwaarden voor toekomstbestendige MSZ

Om onze visie op de MSZ vorm te kunnen geven, zien wij vier belangrijke randvoorwaarden.

A. Gedragen en zorgvuldige transformatie is gezamenlijke verantwoordelijkheid

De noodzaak tot verandering wordt breed gedragen binnen alle partijen in de medisch specialistische zorg. Passende zorg en digitalisering bieden kansen, maar herinrichting van de medisch specialistische zorg vraagt ook om moeilijke keuzes die niet altijd voor iedereen positief uitpakken. Alle belanghebbenden, zowel burgers als professionals, worden betrokken in het transformatieproces. Die verantwoordelijkheid ligt zowel bij overheidsorganisaties (zoals VWS, NZa en IGJ), landelijke koepelorganisaties, als bij zorgverzekeraars. We staan gezamenlijk voor de noodzaak tot verandering en dienen elk verantwoordelijkheid te nemen voor de noodzakelijke keuzes. Analooq aan de energietransitie geldt ook voor de houdbaarheid van de zorg dat dit niet alleen een taak is van de overheid, zorgaanbieders of zorgverzekeraars, maar ook burgers een belangrijke rol spelen. Niet alleen in hun gedrag als zorgvrager, maar ook ten aanzien van het draagvlak voor verandering. Maatschappelijk bewustzijn creëren over de grenzen aan de zorg is dan ook van groot belang. Het is belangrijk om de zorgtransformatie als een positieve en inspirerende ontwikkeling te communiceren: samen werken we aan duurzaam toegankelijke zorg voor iedereen. Dat draagt bij aan de aantrekkelijkheid om in de zorg te werken. En net als bij de energietransitie ontstaan ook in de zorg nieuwe verdienmodellen die het lonend maken om in toekomstbestendige zorg te investeren.

Samen werken aan toekomstbestendige medisch specialistische zorg

Bij de transformatie van de medisch specialistische zorg vormen samenwerken en vertrouwen de basis. Tegelijkertijd moeten we zorgen voor voldoende besluitvaardigheid. Het versterken van de gedeelde opgave speelt een cruciale rol om deze twee aspecten te verbinden. De komende periode scherpen we met andere zorgpartijen rollen, taken en verantwoordelijkheden verder aan en maken we procesafspraken om de transformatie samen verder vorm te geven.

Zorgverzekeraars trekken in de transformatie samen op met zorgaanbieders. Want uiteindelijk hebben we allemaal hetzelfde doel: toegankelijke, goede en betaalbare zorg voor iedereen. De inkooprelatie is bedoeld om hier afspraken over te maken, de transformatie te faciliteren en aanbieders te versterken om deze voor elkaar te krijgen. Transformeren heeft als consequentie dat organisaties en individuele zorgprofessionals in meer of mindere mate hun werkwijze moeten aanpassen. Daar hebben we aandacht voor. Zorgaanbieders die veranderen, ondersteunen we en bieden we een wenkend perspectief door te zorgen dat aanpassing van de werkwijze lonend is (en blijft). Waar nodig zorgen we voor comfort gedurende het transformatieproces.

Samen met andere zorgpartijen werken zorgverzekeraars aan maatwerkoplossingen in elke regio. Soms betekent dat moeilijke besluiten nemen, die tot weerstand kunnen leiden. Steun vanuit onder meer het Ministerie van VWS en de NZa is daarbij van groot belang. Daarnaast moeten het Ministerie van VWS, de NZa en ZN hun beleid goed onderling afstemmen en samen zorgen voor de juiste randvoorwaarden en instrumentarium om het transformatieproces te faciliteren en versnellen. Voor de NZa zien wij een belangrijke rol in het beschikbaar maken van

data voor een integrale vergelijking van de verschillende zorgaanbieders en ter onderbouwing van besluiten in het vormgeven van het acute zorglandschap in de diverse regio's. Dit betreft zowel capaciteitsdata als de financiële data.

Mededingingsregelgeving

De transformatie van het medisch specialistische zorglandschap dient vanzelfsprekend plaats te vinden binnen geldende wet- en regelgeving; onder meer binnen de kaders die het ACM stelt met betrekking tot mededinging. In ons zorgstelsel is competitie een groot goed, omdat het zorgt voor innovatie en keuzemogelijkheden voor patiënten. Maar in sommige gevallen is juist samenwerking van belang om de kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen borgen.²⁵

Dit vraagt een zorgvuldige afweging en goede onderbouwing van de noodzaak tot gelijkgerichtheid, waarbij ook wordt gekeken naar de impact op lange termijn. Deze integrale belangafwegingen is vaak complex, met een variëteit aan besluitvormingsroutes om die afweging te maken, elk met verschillende consequenties voor (de rol van) zorgverzekeraars. Daarbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen eenmalige (grote) veranderingen en structurele contractering. Elk van die routes kent zijn eigen materiële en procedurele eisen om de publieke belangen in de zorg en het belang van patiënten en verzekerden te borgen.

De ACM houdt als onafhankelijke toezichthouder toezicht op de naleving van de mededingingsregels en kan praktische guidance geven over die regels. Daarom betrekken wij de ACM actief en in een vroeg stadium bij de transformatievraagstukken.

B. Bekostiging medisch specialistische zorg

Voor ons staat voorop dat financiële afspraken eraan moeten bijdragen dat we de zorg de goede kant opsturen. De transformatie van het zorglandschap, zoals deze in dit visiedocument wordt geschetst, kan in onze ogen plaatsvinden binnen het huidige bekostigingssysteem. Het leveren van zorg door zorgaanbieders is gevoelig voor financiële prikkels. Zorgverzekeraars kunnen hier gebruik van maken door te sturen op de gewenste transformatie en tegelijkertijd te voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan. Het huidige bekostigingssysteem biedt voldoende flexibiliteit om verschillende type afspraken te maken en aanpassingen door te voeren. Wat ons betreft moet de focus liggen op het meer gebruik maken van de bestaande mogelijkheden en is het veranderen van het bekostigingssysteem niet de oplossing.

Het is belangrijk te onderkennen dat het wijzigen van een bekostigingssysteem ook juist de gewenste transformatie aanzienlijk zou kunnen vertragen. Partijen binnen de zorg moeten zich hier namelijk op aanpassen en kunnen zich daardoor minder focussen op de gewenste en noodzakelijke inhoudelijke veranderingen. Daarnaast hebben veranderingen in het bekostigingssysteem grote gevolgen voor de inkoopafspraken. Zo gaan veel historische gegevens verloren, kunnen nieuwe schotten en perverse prikkels ontstaan en leidt een andere wijze van bekostiging tot vraagstukken rondom inkoop/betaling. Daarnaast kunnen de administratieve lasten (in ieder geval gedurende overgangsfase) voor zorgverleners fors toenemen.

²⁵ Zie: <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/beleidsregel-acm-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-nw.pdf>

We zijn op de hoogte van de huidige discussies rondom een nieuwe bekostigingssystematiek voor de medisch specialistische zorg. De NZa²⁶ zet hierbij in op verschillende vormen van bekostiging voor de acute, electieve en chronische zorg. Verzekeraars nemen actief deel aan de gesprekken hierover met de NZa en andere veldpartijen. Wat ons betreft is het essentieel dat eerst de verschillende zorgpartijen gezamenlijk de beoogde inrichting van het medisch specialistische zorglandschap vaststellen. Pas dan kan goed worden bepaald of de huidige wijze van bekostiging en inkopen deze inrichting ondersteunt of dat er juist knelpunten ontstaan. Indien er knelpunten ontstaan die niet binnen de huidige bekostigingssystematiek kunnen worden opgelost, kan worden gekeken of deze weggenomen worden door een aanpassing in de bekostiging of wijze van inkopen. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaring die is opgedaan met verschillende bekostigings- en inkoopvarianten binnen en buiten de medisch specialistische zorg. Belangrijk is dat de keuze voor een bepaalde wijze van bekostiging niet los kan worden gezien van de wijze van inkoop. Een analyse van de voor- en nadelen van beide aspecten is van cruciaal belang.

Naast de wijze van bekostiging van ziekenhuizen en klinieken, dient er ook aandacht te zijn voor de verdeelmodellen binnen deze instellingen. Het is belangrijk om perverse (productie)prikkels uit het verdeelmodel te halen. Vooral gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en MSB is daarbij een punt van aandacht. De zelfstandige positie van de MSB's maakt het soms ingewikkeld voor het ziekenhuisbestuur om afspraken te maken over de transformatie van zorg. Daarom staat in het regeerakkoord dat indien er op dit punt binnen twee jaar onvoldoende verbetering optreedt, er regelgeving zal komen zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan²⁷. De Federatie Medisch Specialisten geeft aan dat zij werkt aan deze verbeteringen in het verdeelmodel voor medisch specialistische bedrijven. Zij stimuleert een verdeelmodel dat vooraf op basis van contracteerruimte wordt vastgesteld, waarbij de productieprikkel bij de medisch specialisten wordt weggehaald. Wij zien deze ontwikkeling als een stap in de goede richting.

C. Arbeidsmarkt

De toenemende en structurele krapte op de arbeidsmarkt is het grootste knelpunt in de medisch specialistische zorg. In deze visie doen wij voorstellen om de medisch specialistische zorg beter te organiseren en het schaarse personeel optimaal in te zetten. Daarnaast is het van belang te zorgen voor het opleiden en trainen van nieuwe en bestaande zorgmedewerkers en te voorkomen dat personeel de zorg vroegtijdig verlaat. Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders werk maken van goed werkgeverschap en duurzame inzetbaarheid van medewerkers, zodat deze met trots, plezier en in goede gezondheid hun werk kunnen doen. Bijvoorbeeld door het versterken van de zorgprofessionals door meer autonomie en professionalisering, kansen voor loopbaanontwikkeling beter voor het voetlicht te brengen, taakherschikking, vermindering van de werkdruk en administratieve lasten en het verhogen van de patiëntentijd.

Zorgverzekeraars willen zorgaanbieders en andere partijen hierbij waar mogelijk ondersteunen. Aandachtspunten daarbij zijn de in het SER-rapport geformuleerde ambities voor het

²⁶ Stimuleren van passende zorg en digitale zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, 16-07-2020

²⁷ Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

wegnemen van de knelpunten op de arbeidsmarkt, voldoende personeelscapaciteit om opleidingen te kunnen verzorgen, een acceptabele werkdruk om uitstroom te voorkomen en het vinden van een goede balans tussen kwaliteitseisen aan instellingen enerzijds en toegankelijkheid van de zorg anderzijds.

D. Duurzaamheid

Duurzaamheid is een belangrijk element voor toekomstbestendige zorg. Zorgverzekeraars dragen bij aan de verduurzaming van de zorg door het agenderen, aanjagen, faciliteren, en creëren van randvoorwaarden. Dit doen we binnen de grenzen van onze rol in het zorgstelsel, via zorginkoop en anderszins, in samenwerking met elkaar, de zorgaanbieders en overige (financiële) stakeholders. De komende periode wordt door de ZN-werkgroep Duurzame Zorg gewerkt aan een, voor alle zorgverzekeraars, uniform inkoopbeleid voor duurzame zorg.

Verklarende woordenlijst

- **Domeinen:** De oorspronkelijke indeling van het zorglandschap in domeinen, als de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging, langdurige zorg, GGZ, ambulancezorg, paramedie, publieke gezondheid, etc.
- **Gelijkgericht werken:** Hiermee wordt bedoeld dat zorgverzekeraars met eigen contractafspraken dezelfde beweging stimuleren. Gelijkgericht werken kan nodig zijn om de gewenste transformatie van het zorglandschap te bewerkstelligen. Deze transformatie is gebaseerd op regiobeelden en de belangrijkste opgaven in de regio en houdt rekening met afspraken uit het regeerakkoord en hoofdlijnenakkoord. Als bij de transformatie gelijkgericht werken noodzakelijk is, dan maken de marktleider-zorgverzekeraars hier expliciet en concreet, en desgevraagd schriftelijk, melding van. Deze afspraken hebben altijd een tijdelijk karakter en moeten te allen tijde voldoen aan de mededingingscriteria van de ACM.
- **Innovatie:** Dit kan verschillende betekenissen hebben; zowel medisch-inhoudelijke innovaties zoals nieuwe geneesmiddelen, als organisatorische innovaties zoals digitale zorg.
- **Passende zorg:** In dit document hanteren we de definitie van passende zorg die door het Zorginstituut wordt gebruikt: passende zorg is doelmatige, waardegedreven en effectieve zorg, zet in op gezondheid in plaats van ziekte, komt samen met de patiënt tot stand en wordt dichtbij georganiseerd. Passende zorg ontstaat door de zorgvraag als uitgangspunt te nemen en het aanbod en de bekostiging van zorg in samenhang met elkaar te organiseren. Passende zorg omvat zowel gepast gebruik als passende organisatie van zorg.
- **Positieve gezondheid:** Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies: Mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties. Deze bredere benadering draagt bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.
- **Regie:** Zorgverzekeraars nemen het voortouw bij de transformatie van het zorglandschap en vervullen hierin een faciliterende rol. Soms is dat als aanjager, als 'kennisbroker', inkoper of als regisseur; al naar gelang van de context en behoefte. Dit doen we in nauwe samenwerking met patiënten, zorgaanbieders en overheid. Samen met zorgaanbieders stellen we (regio-)plannen op voor een toekomstbestendig zorglandschap. Op basis van deze plannen kunnen afgewogen besluiten worden genomen, bijvoorbeeld bij grote investeringen en meerjarenafspraken. Individuele verzekeraars zijn in beginsel bereid om zich waar noodzakelijk te committeren aan de gezamenlijke afspraken en nemen dit mee in de zorginkoop (zowel in de medisch specialistische zorg als waar nodig in de andere sectoren). De context en schaal van de plannen kunnen per regio verschillen. Dit vraagt dus om maatwerk per regio. We focussen ons in eerste instantie op regio's waar de meeste urgentie is; bijvoorbeeld omdat zorg in de knel komt of omdat grote investeringen nodig zijn. Zorgverzekeraars coördineren de transformatie in de regio door toe te zien op een samenhangende set van afspraken met de verschillende zorgaanbieders en over de verschillende zorgdomeinen heen. Daarnaast monitoren ze de voortgang van de afspraken en gaan waar nodig het gesprek aan met zorgaanbieders om bij te sturen en/of aanvullende afspraken te maken.

- **Regio:** De regio is de schaal waarbinnen verschillende zorgpartijen uit hetzelfde geografische gebied intensief met elkaar samenwerken in het bieden van patiëntenzorg op een dagdagelijkse basis. De regio onderscheidt zich daarmee van de landelijke schaal en de lokale schaal binnen een gemeente.
- **Regioplan:** Regioplannen beschrijven de gewenste toekomstige inrichting van de zorg per regio en worden opgesteld door verzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders in de regio.
- **Toekomstbestendig:** Het Nederlandse zorglandschap inrichten op een manier dat op de lange termijn de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedere Nederlander zijn geborgd en deze tegelijkertijd betaalbaar blijft.
- **Transformatie:** Het doorvoeren van veranderingen in de werkwijze binnen en inrichting van het zorglandschap met als doel de zorg toekomstbestendig te maken.
- **Zorglandschap:** Het samenstel aan organisaties en voorzieningen waar zorg wordt verleend of die op een of andere manier een rol hebben in de zorgketen.

Lijst geconsulteerde personen

Dit document is een gezamenlijke visie van zorgverzekeraars, waaraan verschillende themawerkgroepen met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars hebben gewerkt. Om te zorgen voor een breder perspectief bij de totstandkoming van dit visiedocument is daarnaast gesproken met de onderstaande organisaties en personen; in interviews en/of tijdens de door ons georganiseerde rondetafelbijeenkomst (op alfabetische volgorde).

Organisatie	Persoon (functie)
ACM	Bart Broers (director health care), Frank Pellikaan (senior beleidsmedewerker) en Susan van Velzen (strategisch adviseur)
Annatommie mc	Irene Groenink (algemeen directeur)
EMC / LNAZ	Ernst Kuipers (toenmalig voorzitter LNAZ en voorzitter RvB EMC)
FMS	Robert Sie (bestuurslid FMS en anesthesioloog)
InEen	Anoeska Mosterdijk (directeur), Astrid Scholl (programma-manager acute zorg) en Raymond Wetzels (lid bestuur)
LHV	Aard Verdaasdonk (bestuurslid en praktijkhoudend huisarts)
NFU	Margriet Schneider (voorzitter NFU en voorzitter RvB UMCU) en Frank de Bos (coördinator sturing & financiering)
NVZ	Ad Melkert (voorzitter), Sander Gerritsen (directeur) en Christianne Lennards (lid RvB)
NZa	Anouk Mateijsen (directeur toezicht) en Harm Lieverdink (Manager Zorgbrede Regulering en Vernieuwing)
Oogcentrum Noordholland	Tom Cohen (algemeen directeur)
Patiëntenfederatie	Dianda Veldman (directeur-bestuurder), Linda Daniels (manager MSZ) en Lucie Peijnenburg (sr. Adviseur Patiëntbelang)
Radboudumc	Jan Kremer (speciaal gezant passende zorg)
RIVAS	Michiel van Roozendaal (voorzitter RvB)
V&VN	Bianca Buurman (voorzitter)
VWS	Ronnie van Diemen (DG curatieve zorg), Birgitta Westgren (directeur curatieve zorg) en Stan Dekker (plv. directeur curatieve zorg)
ZINL	Sjaak Wijma (voorzitter RvB)
ZKN	Paulette Timmerman (directeur) en Maarten Oosterkamp (manager financiering en contractering)
Zuyderland Ziekenhuis	David Jongen (voorzitter RvB)

Verantwoording:

Datum: April 2022

Opdrachtgever: Bestuur Zorgverzekeraars Nederland

(Eind)redactie: Jan-Willem Verlijdsdonk (Zorgverzekeraars Nederland), ondersteund door Karin Ver-
nooij, Marco Wouters, Laura Dignum en David Ikkersheim (KPMG Health)

Autorisatie: Bestuurscommissie Zorg namens Zorgverzekeraars Nederland

Disclaimer:

Dit document is tot stand gekomen onder de verantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland. Het is gebaseerd op de inbreng van de verschillende verzekeraars, interviews en een rondetafelbijeenkomst met vertegenwoordigers van verschillende zorgpartijen en publieke documenten. Dit visiedocument betreft de visie van zorgverzekeraars en reflecteert niet noodzakelijkerwijs de mening van de geïnterviewde personen of zorgpartijen.