



NZa

Advies

Stimuleren van passende zorg en digitale zorg

Stimuleren van passende zorg en digitale zorg



Samenvatting	3
1 Aanleiding en doel advies	5
2 Passende zorg en digitale zorg	7
3 Potentieel van niet-passende zorg en digitale zorg	11
4 Stimuleren passende zorg en digitale zorg – een probleemanalyse	14
5 Stimuleren passende zorg en digitale zorg – oplossingsrichtingen	18
6 Oplossingsrichtingen specifiek voor digitale zorg	28
Tot slot	32

Samenvatting

Dit advies reikt op hoofdlijnen een aantal handvatten aan voor het stimuleren van het leveren van passende zorg en digitale zorg. We weten al langer dat niet alle geleverde zorg passend is – zie ook de oproep om hiervan te leren via de beweging Juiste zorg op de juiste plek of het programma Zinnige Zorg. We weten ook in brede zin dat digitale zorg waarde toevoegt voor zowel zorgvragers als zorgaanbieders. Passende zorg en digitale zorg vraagt om gedragsveranderingen bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers, maar ook om veranderingen in de bekostiging.

De rode draad in dit advies is dat we – overheid, zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – gezamenlijk aan de slag moeten met de bekostiging. Deze kent nu vooral productie-prikkels die sturen op productie, maar niet op zorg die bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven en onvoldoende aan de ervaren kwaliteit van zorg. Wij zoeken dus naar de prikkels die wél leiden tot (digitale) zorg die bijdraagt. Wij stellen voor om daarvoor een gedifferentieerde bekostiging op maat te ontwikkelen. Het gaat om fundamentele veranderingen, die binnen het huidige stelsel kunnen worden opgepakt.

Om te beginnen willen we dus zo spoedig mogelijk in gesprek over de mogelijkheden van een gedifferentieerde bekostiging van de zorg die nu nog vooral vanuit ziekenhuizen wordt verleend. We moeten daarbij als uitgangspunt gaan hanteren dat de bekostiging in dienst moet staan van passende zorg. Verschillende typen van zorg vragen om andere prikkels via de bekostiging. De

wijze van bekostiging dient dus te worden afgestemd op het type zorg dat wordt verleend, waar dat kan over sectoren heen. Zo kan de inzet op preventie en de juiste zorg op de juiste plek sterk verschillen per zorgvraag. Een veelgebruikte indeling van de zorgvraag is een onderscheid in continue en episodische zorgbehoeften. De continue zorgbehoeften bestaan uit chronische zorgvragen. De episodische zorgbehoeften bestaan uit electieve en acute zorgvragen. Voor wat betreft de bekostiging zijn er vier basismodellen te onderscheiden: bekostiging per zorgactiviteit, bekostiging per zorgbundel per patiënt, bekostiging per zorgbundel per verzekerde en een vast bedrag per periode. De crux bestaat er uit om de meest ideale combinatie te vinden tussen deze modellen en de categorieën van zorgvraag. Om meer (regionaal) maatwerk te kunnen leveren bevelen wij aan om te onderzoeken of regionale variatie mogelijk is in plaats van een landelijk format. Ook bevelen wij aan bij de verandering van bekostiging de gelijkgerichtheid op de verschillende niveaus te borgen. Zo zou een medisch specialist in een maatschap/coöperatie geen tegengestelde prikkels moeten ondervinden ten opzichte van het ziekenhuis in de ambitie om passende zorg over sectoren heen te realiseren. En zou eenmaal bewezen passende zorg op meer congruente, gelijkgerichte manier moeten worden gecontracteerd.

Voor de digitale zorg denken wij dat deze ook gestimuleerd kan worden als gevolg van een meer integrale benadering van de zorgvraag. Op de korte(re) termijn kan digitale zorg gestimuleerd worden door het structureel maken van de aanpassingen in de bekostiging van zorg op afstand tijdens de corona-crisis. De volgende stimulans is de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg die uiterlijk per 1/1/2021 beschikbaar komt. Verder

zijn er mogelijkheden om in de contractering nadere afspraken te maken over de inzet van digitale zorg, met name daar waar het gaat om grote volumes (bijvoorbeeld poliklinische bezoeken).

De zorgvrager kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden door het eigen risico voor het gebruik van digitale zorg lager te maken.

Minder productieprikkels in de bekostiging van de zorg is een noodzakelijke voorwaarde voor meer passende zorg. Zolang deze overheersen kunnen partijen zich te eenvoudig onttrekken aan goede afspraken over passende zorg. Het is echter ook noodzakelijk dat nieuwe vormen van bekostiging hun plek vinden in de contractering. Deze moet dus ook veranderen, waarbij de prikkels voor zorgverzekeraars in ogenschouw genomen moeten worden. En de contracterende partijen moeten op hun verantwoordelijkheid kunnen worden aangesproken.

In dit advies noemen wij dan ook:

- Een mix van belonen of compenseren van het leveren van passende zorg dan wel het ontmoedigen van niet-passende zorg in de contractering;
- Een bredere inzet van de transformatiegelden;
- Een aanpassing van de risicoverevening;
- Toepassing van het herijkte Kader Goed Bestuur.

Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) hebben inmiddels een gezamenlijke adviesaanvraag ontvangen waarin meer specifiek het bevorderen van gepast gebruik van zorg centraal staat. Wij zullen daarin voortbouwen op de hoofdlijnen die in dit advies geschetst worden.

1.

Aanleiding en doel advies



Aanleiding en doel advies

Door de uitbraak van het Covid-19 virus is de toegankelijkheid van zorg in ons land onder druk komen te staan. De stroom van patiënten met corona heeft veel gevraagd van de inzet van mensen en middelen in de zorg. De planbare zorg is grotendeels afgeschaald. Tegelijkertijd hebben we gezien dat er een stroomversnelling is ontstaan in de toepassing van digitale zorg, denk hierbij aan beeldbellen met de zorgverlener. Bij het heropstarten van de reguliere zorg in de ziekenhuizen is ingezet op prioritering van patiënten op basis van urgentie en daarbij is extra aandacht gevraagd voor digitale zorg en passende zorg. Het is van belang dat goede ontwikkelingen structureel kunnen worden toegepast, zodat de zorg op langere termijn organiseerbaar, betaalbaar en toegankelijk blijft en aansluit op de behoefte van de patiënt.

Opdracht VWS

De Minister van Medische zorg heeft in de opdrachtbrief (met kenmerk 1702715-206705-CZ) aan ons gevraagd welke aanpassingen in het financierings- en bekostigingssysteem de totstandkoming van passende zorg en digitale zorg in brede zin structureel stimuleren. Hierbij is ons gevraagd te kijken naar wat er gedaan kan worden aan de (financiële) prikkels die zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars maar mogelijk ook zorgvragers ervaren. Ook is ons verzocht ons in dit advies te richten op de medisch-specialistische zorg, met een doorkijk naar de andere sectoren in de zorg.

Doel van dit advies

Wij zien de huidige ontwikkelingen als een goed moment om dit advies uit te brengen. Graag gaan wij voor het vervolg in gesprek met alle betrokken partijen.

Gezien de korte doorlooptijd om tot dit advies te komen benoemen wij de kern van de uitdagingen die wij zien en fundamentele aanpassingen die binnen het huidige stelsel opgepakt kunnen worden, om tot meer passende zorg te komen. We nemen in dit advies de medisch-specialistische zorg als vertrekpunt, maar het belonen van passende zorg strekt zich verder uit dan alleen de medisch-specialistische zorg. Ook een doorkijk naar andere sectoren komt dus aan de orde. We kijken hierbij vooral naar het NZa-brede instrumentarium dat we daarvoor in kunnen zetten, waar bekostiging een belangrijk onderdeel van is.

Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben inmiddels een gezamenlijke adviesaanvraag ontvangen waarin meer specifiek het bevorderen van gepast gebruik van zorg centraal staat. Wij zullen daarin voortbouwen op de hoofdlijnen die in dit advies geschetst worden. Daarnaast heeft het ministerie van VWS ZIN recent verzocht digitale zorg verder te gaan stimuleren. Hiervoor wordt momenteel door ZIN een plan van aanpak opgesteld.

Opbouw advies

In dit advies gaan wij allereerst in op de begrippen 'passende zorg' en 'digitale zorg' en de onderlinge relatie. Als NZa kunnen wij niet inhoudelijk bepalen wat passende zorg is. Wel kunnen wij onderzoeken wat de randvoorwaarden zijn voor het stimuleren van passende zorg. Voor dit onderdeel hebben we samengewerkt met ZIN. Vervolgens kijken we naar het huidige financierings- en bekostigingssysteem van de medisch-specialistische zorg en wat de prikkels in dit systeem zijn. We brengen de mogelijkheden in kaart die er zijn om deze prikkels op de korte(re) termijn aan te passen. Tot slot kijken we naar een structurele wijze waarop passende zorg en digitale zorg op de langere termijn gestimuleerd kunnen worden in het financierings- en bekostigingssysteem.

2.

Passende zorg en digitale zorg



Passende zorg en digitale zorg

Wat is passende zorg?

Onder passende zorg verstaan we zorg die nodig is, waarde toevoegt en bijdraagt aan kwaliteit van leven, en die aansluit bij behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt. We kijken naar de voorwaarden voor het voorkomen, verplaatsen en vernieuwen van zorg, voortbordurend op de uitgangspunten van de juiste zorg op de juiste plek.¹ Belangrijke elementen hierbij zijn het stimuleren van preventie, samen beslissen (tussen zorgvrager en zorgverlener) en het met nieuwe digitale ontwikkelingen vergroten van zelfmanagement van patiënten met chronische ziekten.

Organisatie van zorg

Al geruime tijd wordt ingezet op het optimaliseren van de organisatie van zorg, zowel op regionaal als op landelijk niveau. Het programma “de juiste zorg op de juiste plek” (JZOJP) van het ministerie van VWS verzamelt en deelt goede voorbeelden van doelmatige zorg. Een onderdeel van JZOJP is substitutie van zorg, waarbij licht ambulante zorg zoals bijvoorbeeld kleine ingrepen of controle afspraken, uit het ziekenhuis wordt verplaatst naar bijvoorbeeld de huisarts, of zelfs naar de thuissituatie (m.b.v. e-health applicaties). Het uitgangspunt hierbij is dat er geen daling in de kwaliteit van zorg optreedt.² Ondanks vele voorbeelden waarin de doelmatigheid er op is vooruit gegaan, blijkt het in de praktijk ingewikkeld om daadwerkelijke financiële veranderingen te realiseren. Hiervoor zijn verschillende

oorzaken, bijvoorbeeld wanneer zorg uit het ziekenhuis wordt verplaatst en de vrijgekomen capaciteit weer wordt opgevuld met andere zorg.

De beweging van juiste zorg op de juiste plek is o.a. vastgelegd in de hoofdlijnaakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022.³ Deze beweging wordt gestimuleerd door middel van het beschikbaar stellen van transformatiegelden (en voorheen de substitutieafspraken). Deze middelen zijn beschikbaar gesteld als compensatie voor een snellere volumedaling dan dat de kosten voor de zorgaanbieder(s) redelijkerwijs kunnen dalen. Wij zijn gevraagd om de voortgang omtrent de transformatiegelden te monitoren en slechts een deel van het beschikbare budget van 70 miljoen in 2019 wordt hiervoor ingezet.⁴

Geïndiceerde preventie

Via geïndiceerde preventie kan worden voorkomen dat personen met een hoog risico op een bepaalde ziekte daadwerkelijk ziek worden.⁵ In de praktijk betekent dit dat een zorgaanbieder een interventie inzet bij de aanwezigheid van een hoog risico op ziekte bij een individu, bijvoorbeeld een hoog risico op hart- en vaatziekten, depressie of problematisch alcoholgebruik. Het zorgt ervoor dat mensen een betere kwaliteit van leven ervaren. Bovendien kan het de vraag naar zorg later in het leven verminderen.

1 Vanwege de nadruk op een andere organisatie van zorg die passende zorg vereist hanteren we hier een bredere invalshoek dan de gehanteerde definities van ZIN (zinnige zorg) en ZE&GG (gepaste zorg).

2 FMS en LHV (2017) [Handreiking substitutie van zorg](#)

3 [Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022](#)

4 NZa (2019) [Monitor Transformatiegelden medisch-specialistische zorg 2019](#)

5 CVZ (2007) [Van preventie verzekerd](#)

Zelfmanagement chronisch zieken

Inzetten op meer eigen regie over de zorg voor patiënten met een chronische aandoening door middel van thuismonitoring kan bijdragen aan een verlaagde zorgdruk en verhoogde kwaliteit van leven voor deze patiëntengroep. Ook websites, keuzehulpen en apps kunnen bijdragen aan inzicht in de eigen gezondheid en aandoening en zelfmanagement voor kleine vragen bevorderen, zoals thuisarts.nl. Inpassing van zelfmanagement binnen de zorgprocessen is vaak nog niet structureel geregeld. In kwaliteitsstandaarden kunnen partijen beschrijven hoe telemonitoring en de inzet van andere digitale zorg een plek heeft bij de betreffende aandoening of behandeling.

Hoe wordt er al gewerkt aan het bevorderen van passende zorg?

Er gebeurt veel op het gebied van het onderzoeken en bevorderen van gepast gebruik van zorg, waaronder bijvoorbeeld het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), een gezamenlijk initiatief van alle bij het hoofdlijnenakkoord van de medisch-specialistische zorg betrokken partijen. Daarnaast heeft ZIN het programma Zinnige Zorg, waarin het basispakket systematisch wordt doorgelicht. Er zijn in het verleden ook verschillende lijsten opgesteld met (niet-)passende zorg, waarvan een groot deel is opgenomen op de Implementatieagenda van ZE&GG:

- ‘Beter laten’-lijst van V&VN;
- ‘Doen of laten’ van het Citrienfonds;
- ‘Verstandige keuzes’ van de FMS;
- ‘verbetersignalen’ Zinnige Zorg van het Zorginstituut;
- ‘Low-value care’-lijst uit onderzoek van E. de Vries van Tranzo, Tilburg University.

Veel van de items op deze lijsten beschrijven zorgaanbod dat bij een bepaalde populatie of indicatie niet zou moeten worden geleverd vanwege beperkte effectiviteit, of juist wel geleverd moet worden vanwege bewezen effectiviteit. Het doel is veelal zorgprofessionals bewust te maken van mogelijk leveren van niet-passende zorg en vergroten van kennis bij de zorgprofessionals, patiënten en bestuurders van zorginstellingen. Naast verkeerde financiële prikkels is het gebrek aan kennis één van de andere oorzaken voor het leveren van niet-passende zorg.

Wat is digitale zorg?

Digitale zorg is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Dit is de omschrijving van e-health zoals deze wordt gehanteerd door Nictiz en welke breed is geaccepteerd.⁶ In dit advies beperken we ons tot deze definitie van digitale zorg. Medische technologie zoals operatierobots vallen buiten de scope, net als niet-digitale zorg op afstand, zoals telefonische consulten.

Wat is de relatie tussen digitale zorg en passende zorg?

In het algemeen geldt dat als bestaande, verzekerde zorg in een digitale vorm wordt aangeboden, dit verzekerde zorg blijft als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigt ten opzichte van de oorspronkelijke vorm. Het omgekeerde geldt ook: zorg die in de oorspronkelijke vorm geen verzekerde zorg was, zal dat ook niet zijn als zij in digitale vorm wordt aangeboden. Dit is het actuele standpunt van ZIN.⁷ Steeds geldt dat er sprake dient te zijn van zorg conform ‘de stand van de wetenschap en praktijk’.

Door de uitbraak van het Covid-19 virus hebben we gezien dat de levering van zorg aan patiënten in een

6 <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>

7 CVZ (2011) [Wanneer is E-health verzekerde zorg?](#)

aantal situaties anders is georganiseerd. Zorg die voorheen voornamelijk fysiek werd geleverd en waarvoor de patiënt naar de zorgverlener moest, wordt nu deels op afstand geleverd met behulp van digitale communicatie en informatie. Een deel van de digitaal aangeboden zorg is vergelijkbaar met de niet-digitale variant, alleen de leveringsvorm is anders, en een deel van de digitaal aangeboden zorg is echt een innovatieve vervanging van de niet-digitale variant, zoals bij zelfmonitoring bij chronisch zieken. Het is echter nog niet altijd duidelijk of de zorg die nu digitaal geleverd wordt, meer, minder of even effectief is als de zorg die voorheen fysiek werd geleverd. Wel zijn er voor de patiënt voordelen van digitale zorg, zoals het wegvallen van reistijd en wachttijd in de wachtkamer. Het is goed als patiënten en zorgverleners samen beslissen over welke zorg digitaal geleverd wordt en welke face to face geleverd wordt. De effectiviteit hiervan moet dus los worden onderzocht.

Digitale zorg kan ook na de coronacrisis bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg. Een voorbeeld hiervan is dat er door de 1,5 meterbeperkingen minder fysieke consulten kunnen plaatsvinden op locatie van de zorgverlener. Door waar mogelijk digitale zorg c.q. zorg op afstand te leveren kunnen er meer patiënten behandeld worden. Het helpt bij het geven van een passende invulling aan de 1,5-meter zorglevering.

Zorgevaluatie

We zien verschillende initiatieven rondom de inzet van passende zorg en digitale zorg. Veel initiatieven stikken echter bij de implementatie in het reguliere zorgproces. Ook merken we op dat zorgevaluatie binnen de medisch-specialistische zorg nog niet structureel is ingebed. Nader onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg moet bijdragen aan de inzichten of een bepaalde inzet van (digitale) zorg, ook effectieve zorg is. Indien dit het geval is, kan dat worden vastgelegd in kwaliteitsstandaarden. Het is van belang dat zorgevaluatie binnen de bekostiging gestimuleerd wordt.

3.

Potentieel van niet-passende zorg en digitale zorg



Potentieel van niet-passende zorg en digitale zorg

In dit deel gaan we in op wat er al bekend is over het aandeel niet-passende zorg, en geven daarmee een inzicht in het mogelijk nog te behalen potentieel.

Hoeveel zorg is niet-passende zorg?

De exacte omvang van bewezen niet-passende zorg in de medisch-specialistische zorg is niet bekend. Schattingen naar de omvang (op basis van buitenlands onderzoek) variëren tussen de 5 en 25%.¹ De cijfers hebben vaak betrekking op de effectiviteit van bepaalde medische behandelingen ongeacht de volumes. Naast bewezen effectieve zorg en bewezen niet-effectieve zorg, is een groot deel van de zorg (nog) niet bewezen effectief. Dit houdt in dat van deze zorg de effectiviteit nog niet is onderzocht. Onderzoek naar de wetenschappelijke onderbouwing van een aantal Nederlandse richtlijnen van medisch-specialistische zorg toont dat naar schatting de helft van de behandelingen geen sterk bewijs is geleverd.² Het is dus belangrijk dat we meer leren over de effectiviteit van behandelingen. Voor onderzoek naar de effectiviteit van zorg is vaak veel tijd nodig en in sommige gevallen is het niet mogelijk (of onethisch) om de effectiviteit te onderzoeken.

Het vaststellen van het totale aandeel bewezen niet-passende zorg is daarnaast moeilijk, omdat de effectiviteit van geboden zorg vaak afhangt van een bepaalde indicatie van een patiëntengroep. Bij bepaalde patiënten kan de betreffende zorg niet passend zijn, maar bij specifieke patiënten(-groepen) kan deze zorg wel noodzakelijk zijn. Het is niet mogelijk om het aandeel van

de patiënten waarbij zorg (niet) terecht is toegepast te bepalen op basis van de huidige beschikbare gegevens.

Onderzoek naar praktijkvariatie kan ook aanwijzingen geven voor niet-passende zorg. Hierbij is het moeilijk vast te stellen of er sprake is van overbehandeling of onderbehandeling. Wij doen hier samen met ZIN, de Patiëntenfederatie en IQ Healthcare onderzoek naar bij een aantal interventies. Het aanscherpen van indicaties draagt bij aan het verminderen van onnodige inzet van diagnostiek en behandelingen. Het aandeel niet-passende zorg hoeft echter niet gelijk te staan aan het besparingspotentieel. Uit onderzoek door het Centraal Planbureau, IQ Healthcare en de Nederlandse Zorgautoriteit naar de nieuwe werkwijzen van Bernhoven en het Beatrix ziekenhuis blijkt ook dat bij een verschuiving richting meer inzet op passende zorg, niet direct besparingen op ziekenhuisniveau op zullen treden.

Aanknopingspunten huidige situatie

Met behulp van cijfers over het aantal behandelingen en verwijzingen per regio en specialisme kan een inschatting worden gemaakt van de zorg die is weggevallen gedurende de uitbraak van het Covid-19 virus. Ook kan gekeken worden naar hoeveel zorg op een later moment is ingehaald. Het is waarschijnlijk dat een deel van de zorg die gedurende de coronacrisis niet is geleverd, ook niet meer wordt ingehaald.

De vraag is hoeveel hiervan niet-passende zorg betrof. Indicaties kunnen worden ontleend aan de veranderingen in zorggebruik en aandoenings-

¹ BMJ Clinical Evidence (2012) [What conclusions has clinical evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence?](#) Shrank et al (2019) [Waste in the US Health Care System, Estimated Costs and Potential for Savings](#)

² FMS (2016) [van Project naar Proces](#)

specifieke sterfte voor verschillende patiëntgroepen. Ook de afwegingen die zorgvragers en zorgaanbieders hebben gemaakt bij het uitstellen of afstellen van het leveren van zorg kunnen het beeld scherper stellen. Tot slot is het mogelijk om het zorggebruik te volgen van patiënten waarvan de zorg vanwege het coronavirus niet is geleverd. Hierbij is het relevant om te kijken welke patiënten op een later tijdstip alsnog naar de specialist zijn gegaan en welke kans er is om met ernstigere klachten in het ziekenhuis te belanden.³ Hiervoor is wel langere periode van dataverzameling en analyse noodzakelijk. De complexe relatie tussen (oorspronkelijke) zorgvraag, zorggebruik tijdens de corona-crisis en mogelijke gezondheidsschade maakt dat wij momenteel nog geen mogelijkheden zien voor meer inzicht in het aandeel van niet-passende zorg. Het RIVM onderzoekt momenteel de gezondheidsschade; mogelijk geven de resultaten daarvan meer houvast.

Het potentieel van digitale zorg

Wij beschrijven de zorgprestaties (altijd in overleg met veldpartijen) waar mogelijk functioneel: we omschrijven de zorg en schrijven niet voor wie de zorg levert of waar deze moet worden uitgevoerd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van vormen van (digitale) zorg. Vaak bieden de bestaande prestaties voldoende ruimte voor nieuwe ontwikkelingen. In de regel geldt dat de specifieke prestaties die zorgaanbieders kunnen declareren voor digitale zorg zich vooral richten op het primaire zorgproces. Bij e-ondersteuning is digitale zorg meestal onderdeel van een grotere integrale zorgprestatie en is niet expliciet beschreven dat de zorg of een deel ervan digitaal geleverd wordt. Er is daardoor veel vrijheid om de zorg fysiek of digitaal te leveren.⁴

Wij hebben gedurende de coronacrisis gezien dat veel zorgaanbieders mogelijkheden hebben ontwikkeld en reeds bestaande opties hebben benut om zorg digitaal te leveren, mede op verzoek van zorgvragers. De huidige declaratieregels zullen het principe 'Digitaal, tenzij' dan ook niet in de weg zitten, maar ook niet stimuleren.



Het Tergooi ziekenhuis startte vorig jaar met telemonitoring voor COPD.

Bij de start maakten aanvankelijk 50 longpatiënten voor het eerst gebruik van deze digitaal ondersteunde zorg. De uitbraak van het coronavirus liet zien dat het anders organiseren van zorg veel voordelen biedt voor kwetsbare groepen. Patiënten houden zelf de regie en krijgen inzicht en overzicht over eventuele klachten en het verloop van de ziekte. Dit helpt om de eigen gezondheid positief te beïnvloeden. Het opschalen van telemonitoring bij COPD in dit ziekenhuis betekende een verruiming van de keuzevrijheid voor bijna de helft (ca. 450 van de 950) van alle longpatiënten.⁵

³ <https://esb.nu/blog/20059846/lessen-trekken-uit-de-zorguitval-tijdens-de-coronacrisis>

⁴ Een huisarts mag bijvoorbeeld een consult declareren ongeacht de leveringsvorm (in praktijk, telefonisch, digitaal) mits de zorg inhoudelijk en v.w.b. tijdsduur overeenkomt met wat de beroepsgroep verstaat onder een consult. Zie ook: [NZa – Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2020](#)

⁵ <https://www.tergooi.nl/tergooi-en-zilveren-kruis-organiseren-zorg-steeds-dichterbij-patienten/>

4.

Stimuleren passende zorg en digitale zorg – een probleemanalyse



Stimuleren passende zorg en digitale zorg – een probleemanalyse

In dit onderdeel lichten we toe hoe het huidige financierings- en bekostigings-systeem het leveren van passende zorg of het inzetten van digitale zorg belemmert of onvoldoende stimuleert.

Beloning voor leveren meer volume

Binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking in de zorg worden partijen geprikkeld om in “verdienmodellen” te denken. Dit betekent dat iedere organisatie gestimuleerd wordt om te kijken naar de kosten versus de opbrengsten om hun voortbestaan zeker te stellen. Het is logisch dat partijen daarin strategisch gezien naar winst streven. Partijen moeten hun kosten laten meebewegen met de ontwikkelingen van de vraag.

In de huidige bekostigingssystematiek van de medisch-specialistische zorg belonen we zorgaanbieders (en medisch-specialistische bedrijven) voornamelijk voor het verlenen van meer volume. Ziekte is in de huidige bekostigingssystematiek het verdienmodel, niet gezondheid. Dit betekent dus meer inkomsten voor zorgaanbieders bij het verlenen van meer behandelingen en aan meer patiënten. In het algemeen stellen we vast dat de bekostigingssystematiek onvoldoende stimulans bevat voor het verlenen van passende zorg. Er is binnen de huidige bekostiging geen sturing op het leveren van passende zorg of op de uitkomsten, maar vooral een volumeprikkel. Een volumeprikkel kent ook een positieve kant, zo kan het stimuleren tot het leveren van zorg een bijdrage leveren aan het verkorten van de wachttijden. In het kader van passende zorg wordt van zorgaanbieders

verwacht geen niet-passende zorg te verlenen en zich ook in te zetten op substitutie van zorg, innovatie en preventie. In de huidige bekostiging zal dit financieel echter nadelig uitpakken voor de zorgaanbieder.

Door de volumeprikkel en druk op de prijzen binnen de medisch-specialistische zorg zien we daarnaast dat er weinig tijd is voor een goed gesprek met een patiënt. Het voeren van een goed gesprek (op basis van de beschikbare kennis over passende zorg) voorafgaand aan een keuze voor een intensief behandeltraject kan leiden tot andere keuzes van patiënten met een vergelijkbare of beter passende uitkomst tegen lagere kosten. Dit kan ook gaan over de wijze waarop de behandeling wordt ingezet: fysiek of digitaal.

Ook in de risicoverevening liggen er mogelijke aangrijpingspunten ten aanzien van de verzekeraar, die de prikkels voor passende zorg kunnen stimuleren.

Integraal perspectief op zorg ontbreekt

Binnen het huidige stelsel is de regulering en bekostiging van de zorg erg gebonden aan een specifieke sector: er is veelal een bekostiging per sector, een budgettair kader zorg per sector, etc.. De verschillende bekostigingsvormen van de eerste en tweede lijn maken het bijvoorbeeld moeilijk om afspraken over de lijnen heen te maken. Vanuit dit perspectief wordt samenwerking tussen zorgaanbieders en verplaatsing van zorg (substitutie) nauwelijks gestimuleerd. Er bestaan vormen van integrale bekostiging over sectoren heen (bijvoorbeeld de geboortezorg) maar dit zijn zeldzame voorbeelden.

Contractering

De contractering is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om zorgaanbieders te stimuleren tot passende zorg. Het is ook een concurrentiegevoelig instrument: zorgverzekeraars zetten het in om zich te onderscheiden van andere zorgverzekeraars, ten behoeve van de gunst van verzekerden. Tegelijkertijd neemt de roep om congruent gedrag toe, vanuit de gedachte dat het weinig doelmatig en voorspelbaar is als elke zorgverzekeraar en elke zorgaanbieder voor zich steeds afspraken moeten maken over passende zorg. We willen zorgverzekeraars ruimte en vertrouwen geven om werk te maken van passende zorg, maar zien dat dit in de contractering nog te weinig van de grond komt.

In het algemeen zien we in de contractering nog weinig beweging om de zorg structureel anders in te richten of veranderingen in de zorg door te voeren. Zo zien we in onze 'Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018' maar een beperkt aantal voorbeelden gericht op waardegedreven zorg, zoals afspraken over zorgbundels of meerjarencontracten met bijvoorbeeld doelstellingen over samenwerking in de regio. Het merendeel van de contracten is gericht op de kostenbeheersing op de korte termijn, in plaats van het stimuleren van passende zorg.

Hier speelt mee dat zorgaanbieders behoefte hebben aan financiële stabiliteit en vernieuwende contractafspraken de financiële stromen onvoorspelbaarder kunnen maken. In de hele keten van afspraken dient passende zorg gestimuleerd te worden, in de afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, ziekenhuizen en medisch-specialistische bedrijven (msb's) en msb's en vakgroepen.

Geen stimulans voor preventie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ondervinden te weinig prikkels voor het investeren in (geïndiceerde) preventie omdat het leveren van zorg wordt vergoed, en niet het voorkomen van zorg. Voor zorgaanbieders loont het investeren in preventie (voorkomen van ziekte, heropnames of complicaties) of beter gezegd in de gezondheid vaak onvoldoende. Vormen van preventie zoals de inzet van digitale zorg om bijvoorbeeld tijdig risico's te signaleren, kunnen ook leiden tot minder consulten en minder dbc's en daarmee minder inkomsten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders nemen op dit moment preventieve interventies onvoldoende expliciet mee in de zorgverkoop en –inkoop.¹ Dit komt onder meer doordat het voor verzekeraars niet zeker is dat preventie hen helpt. Immers verzekerden kunnen overstappen naar andere verzekeraars, waardoor het financiële effect van preventie bij een andere verzekeraar terecht komt. Op dit moment kan het wel gestimuleerd worden met contractafspraken tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en over de domeinen heen, maar we zien dat die mogelijkheden tot op heden onvoldoende worden benut.

Toeleiding tot medisch-specialistische zorg

Ook bij de toeleiding naar de medisch-specialistische zorg spelen bekostigingsprijkkels die aandacht vereisen. De huisarts wordt voor een groot deel bekostigd door een vorm van populatiebekostiging (het inschrijftarief). Dit heeft als gevolg dat de financiële prikkel om meer consulten te doen beperkt is. De verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten worden opgevangen door ook per verrichting (bijvoorbeeld een consult) een vergoeding in rekening te kunnen brengen. Toegenomen druk op de huisartsenzorg geeft echter een uitdaging om voor iedere patiënt voldoende tijd te nemen voor een goed gesprek en de juiste multidisciplinaire afstemming. In een goed gesprek kan de huisarts de patiënt proberen

1 NZa (2019) [Preventie is ook onze zorg - aan de slag met preventie](#)

uit te leggen welke mogelijkheden de patiënt zelf heeft om gezonder te worden of te voorkomen dat hij ziek(er) wordt. Met de juiste multidisciplinaire afstemming en samenwerking kan worden geborgd dat de patiënt de meest passende zorg ontvangt. Er is geen expliciete financiële stimulans voor een huisarts om meer tijd te besteden aan specifieke complexe patiënten. Dat het kan lonen om meer tijd per patiënt te nemen blijkt bijvoorbeeld uit een experiment van VGZ met huisartsen in Afferden en Gorinchem is gebleken dat als een huisarts een vergoeding krijgt voor een consult van 15 minuten (in plaats van de reguliere 10 minuten) het aantal doorverwijzingen naar de medisch-specialistische zorg daalt.² Uiteindelijk is het bij een dergelijk experiment waarin zorg verplaatst wordt richting de eerste lijn van belang om te kijken hoe deze verschuiving van opbrengsten opgevangen kan worden (bijvoorbeeld door middel van shared savings).

² <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/een-goed-gesprek-bespaart-zorgkosten~bc2364ce/>

5.

Stimuleren passende zorg en digitale zorg – oplossingsrichtingen



Stimuleren passende zorg en digitale zorg – oplossingsrichtingen

We zien verschillende oplossingsrichtingen om passende zorg te stimuleren en eerder genoemde belemmeringen zoveel als mogelijk het hoofd te bieden. Daarbij maken we onderscheid tussen structurele aanpassingen van de bekostiging op de langere termijn en mogelijkheden op de korte(re) termijn.

Bij iedere oplossingsrichting benoemen we wat we als NZa willen doen en wat een advies is voor andere partijen. We eindigen dit deel met de korte termijn en structurele oplossingen specifiek gericht op digitale zorg. Deze oplossingen staan niet op zichzelf en moeten in samenhang worden gezien. Wij zijn van mening dat met name in de contractering aanpassingen nodig zijn.

In de hele keten van afspraken dient passende zorg gestimuleerd te worden, in de afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en huisartsen, ziekenhuizen en medisch-specialistische bedrijven (msb's) en msb's en vakgroepen. Er moet gelijkgerichtheid zijn in goede afspraken. Als bijvoorbeeld alleen de afspraken op ziekenhuisniveau gericht zijn op passende zorg zonder verdere doorvertaling naar de msb's of medisch specialisten, blijven we de verkeerde productieprikkel in stand houden. Denk bijvoorbeeld aan een aanneemsom tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en een afspraak tussen ziekenhuis en msb of binnen een msb waarin voornamelijk op productie worden beloofd, hetgeen averechts werkt. Om de gewenste veranderingen door te voeren blijven doorvertaling van goede afspra-

ken over passende zorg en het wegnemen van de sterke productieprikkel belangrijk.

Naar structureel meer passende zorg

Bij de totstandkoming van dit advies constateerden we dat we enerzijds tegen vrij abstracte maatschappelijke vraagstukken aanlopen en anderzijds tegen meer concrete bekostigingsvraagstukken. Het geheel beschouwend moeten we constateren dat volledig uitgewerkte oplossingen nog niet voorhanden zijn. Het hiernavolgende moet daarom worden gelezen als een verkenning van mogelijke oplossingsrichtingen en een uitnodiging aan betrokkenen om daarover mee te gaan denken

De zoektocht naar prikkels die passende zorg bevorderen start met de vraag hoe we als maatschappij gezondheid als waarde centraal kunnen stellen? Deze vraag reikt veel verder dan de gezondheidszorg of de medisch-specialistische zorg en plaatst bijvoorbeeld ook vraagtekens bij het aanbod en de beprijzing van bepaalde eet- en drinkwaren. Waren waarvan bekend is dat ze (althans bij overmatig gebruik) sterk afbreuk doen aan de gezondheid en tot chronische ziekten leiden. Onze maatschappij kent helaas vele mechanismen die de consumptie van dergelijke ongezonde producten stimuleren. Dit leidt tot een toename van de welbekende Westerse welvaartziekten en dus tot steeds meer zorgvraag. Zo bezien is juist ongezondheid in onze maatschappij momenteel een goed verdienmodel en de belangen om dit zo te houden zijn groot. Dit leidt er toe om de groei van de gezondheidszorg als vanzelfsprekend te beschouwen, en bijvoorbeeld minder zorg en meer preventie niet te

prioriteren. Dit tegen gaan is in meer abstracte zin het uitgangspunt van de volgende oplossingsrichtingen.¹

De meer concrete bekostigingsvraagstukken komen hiernavolgend aan bod. Voordat we de merites van nieuwe bekostigingsoplossingen verkennen plaatsen we nog een kritische kanttekening. Wij zouden graag zien dat we al zover waren dat de zorgvrager in staat is op basis van inzicht in de kwaliteit te kiezen voor passende zorg en dat dit een rol speelt bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekering. Dit is nog niet het geval. Voor zover zorgverzekeraars wel zicht hebben op kwaliteitsverschillen slagen zij nog onvoldoende om hun verzekerden te motiveren om voor de voorkeursaanbieder (van de verzekeraar) te kiezen. Ook bij de hiervoor alternatieve bekostigingsmodellen geldt dat de financiële prikkel die uitgaat van daadwerkelijk keuzegedrag van de patiënt een sterke kan zijn. Maar daarvoor zullen we wel meer transparantie ter ondersteuning van die keuze moeten bereiken. Hieraan wordt onder meer gewerkt in het programma Uitkomstgerichte Zorg.²

Inadequaat bekostigingssysteem draagt bij aan suboptimale zorg

Zoals eerder gesignaleerd in ons adviesrapport “Belonen van zorg die waarde toevoegt” biedt de huidige bekostigingssystematiek op zichzelf staand onvoldoende mogelijkheden voor het doorvoeren van de gewenste veranderingen om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te garanderen. Zonder expliciete aandacht voor (gezondheids-)uitkomsten houden we de verkeerde prikkels (productieprikkels) in stand. Daarnaast hebben we ook gezien dat de onvolkomenheden van de huidige bekostigingssystematiek onvoldoende in de contractering kunnen worden opgelost. De reeds eerder benoemde onvolkomenheden en ongewenste prikkels van het huidige systeem dienen aangepast te worden

om passende zorg te realiseren. Anderzijds dient de contractering ook versterkt te worden, zodoende dat de eventueel nadelige effecten van een bekostigingssysteem gemitigeerd kunnen worden.

Gedifferentieerde bekostiging

We moeten als uitgangspunt gaan hanteren dat de bekostiging in dienst moet staan van passende zorg. Niet elke vorm van passende zorg is gediend met één manier van bekostigen. De wijze van bekostiging dient te worden afgestemd op het type zorg dat wordt verleend. Het uitgangspunt is dus dat verschillende typen zorg andere prikkels vergen via de bekostiging. Dit is ook de uitkomst van een interne review van (inter)nationale voorbeelden van bekostigingsvormen in de zorgsector. Het literatuuronderzoek laat zien dat de bekostiging van de zorg of zelfs de medisch-specialistische zorg niet gevat kan worden in één uniform bekostigingsmodel.

In het algemeen zijn er vier basismodellen te onderscheiden voor de bekostiging van zorg: bekostiging per zorgactiviteit, bekostiging per zorgbundel per patiënt, bekostiging per zorgbundel per verzekerde en een vast bedrag per periode. Er is altijd sprake van een uitruil in wenselijke resultaten tussen bekostigingsvormen. Toch is duidelijk dat een nieuw ontwerp, dat gezondheidsbaten centraal plaatst, tot meer wenselijke financiële prikkels binnen het systeem kan leiden dan de status quo. We hebben bekeken wat we hieruit kunnen leren voor de Nederlandse gezondheidszorg,

Categorisering van zorg – Continue en episodisch

Op basis van het verkennende onderzoek adviseren wij toe te werken naar een model waarbij domein-overstijgende bekostiging wordt gefaciliteerd, integraliteit wordt bevorderd en waarbij gezondheidsuitkomsten leidend

¹ Zie ook bijvoorbeeld de oproepen van Kate Raworth om groei in economische zin als doel op zich niet meer centraal te stellen

² <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/>

zijn. Zo kan onwenselijke wisselwerking tussen sectoren worden vermeden en wenselijke interactie worden bevorderd. Binnen het model zijn zorgaanbieders en financiers verantwoordelijk voor (gezondheids-)uitkomsten, kostenbewust gedrag, preventie, innovatie en samenwerking. De bekostigingsvorm stelt de patiënt centraal en is afhankelijk van het type zorgvraag (over sectoren heen). Elk type zorgvraag vraagt om andere passende afspraken. Zo kan de inzet op juiste zorg op de juiste plek, substitutie van zorg en preventie sterk verschillen per zorgvraag.

Op hoofdlijnen zien we in de literatuur een onderscheid in continue en episodische zorgbehoeften. De continue zorgbehoeften bestaan uit chronische zorgvragen. De episodische zorgbehoeften bestaan uit een tweedeling tussen electieve en acute zorgvragen. Zoals de term 'continue' al aangeeft betreft dit zorg van doorlopende aard. Daarentegen gaat het bij electieve en acute zorgvragen over zorg die meestal relatief kort van duur is en ook vaak een helder begin- en eindpunt heeft.

Wetende dat er geen ideaal bekostigingssysteem bestaat en er op elke variant voor- en nadelen te vinden zijn, hebben we gekeken welke variant het beste aansluit bij het doel dat we beogen te halen; passende zorg. Vanuit dit perspectief, gevoed door ons literatuuronderzoek, denken we aan een gedifferentieerde vorm van bekostiging voor verscheidende categorieën van zorg. Recent hebben veldpartijen, zoals de NVZ en ZKN, ook aangegeven dat verschillende typen zorg om andere afspraken in de bekostiging vragen. Een gedifferentieerde vorm van bekostiging past bij deze gedachtegang. Om meer (regionaal) maatwerk te kunnen leveren bevelen wij aan om te onderzoeken of regionale variatie mogelijk is in plaats van een landelijk format.

Clusteringen van zorg – Acute, electieve en chronische zorgvragen

Een differentiatie in bekostiging, welke domein-overstijgend en integraal van aard is, zou er als volgt uit kunnen zien:

- **Acute zorg:** bekostiging op basis van populatie of beschikbaarheid. Bij acute zorgvragen is het belangrijk dat capaciteit op elk moment beschikbaar is. Een spoedeisende hulp wordt dan bijvoorbeeld niet langer bekostigd op basis van dbc's, omdat een volumeprikkel niet past bij het type zorg, maar op basis van een vergoeding die is afgeleid van de populatie die zij bedient of de capaciteit. Om de infrastructuur hiervoor goed te organiseren verwachten wij dat een vast bedrag per verzekerde, dus onafhankelijk van de productie, een passende bekostigingsvorm is. Hierbij is het wel van belang dat afspraken worden gemaakt over resultaten en doelmatigheid. Zonder aanvullende afspraken vervalt de resultaatgerichtheid van deze populatiebekostiging.
- **Electieve zorg:** Bekostiging van de electieve zorgvraag op basis van zorgbundels. In tegenstelling tot de acute zorgvraag is continue beschikbaarheid van capaciteit of zorg niet direct van belang; electieve zorg is planbaar. De electieve zorg kan in zorgbundels gevat worden met een duidelijk begin- en eindpunt. De zorgbundels omvatten een breed of geheel zorgtraject, waarbij een zorgaanbieder of groep van zorgaanbieders (financieel) verantwoordelijk zijn. Dit stimuleert met name doelmatigheid en innovatie.
- **Chronische zorg:** Bekostiging van de chronische zorgvraag per patiënt per tijdseenheid. Bij chronische zorgvragen blijven patiënten langdurig in de zorg (bijvoorbeeld diabetes of specialistische GGZ). Vaak kan de zorg ondervangen worden in de eerste lijn. Goede preventie en zorg in de eerste lijn kan zorg in tweede lijn voorkomen. Om de zorg goed te organiseren is het bij chronische zorgvragen nog belangrijker dat zorgaanbieders een vergoeding per tijdseenheid (bijvoorbeeld per jaar) krijgen.



Ter illustratie: de bundel knie- en heupvervangings:

Ter illustratie: de bundel knie- en heupvervangings:
In een bundled payment zijn alle vergoedingen opgenomen voor een duidelijk afgebakend zorgtraject van een patiënt met een specifieke aandoening. Bijvoorbeeld voor een knie- of heupvervangings. Hierin wordt alle zorg vergoed inclusief complicaties tot een jaar na de ingreep. De bundel bestaat nu nog uit zorg die geleverd wordt vanuit de medisch-specialistische zorg. Patiënten die in aanmerking komen voor een knie- of heupvervangings zijn gebaat bij peroperatieve zorg en nazorg. Denk hierbij aan fysiotherapie, geriatrische revalidatie en wellicht ook hulp vanuit de wijkverpleging of het sociale domein. Vervolgstep-

pen zijn idealiter om deze bundels domeinoverstijgend te ontwerpen en te bekostigen aangezien de zorgvraag van de patiënt verder rijkt dan de medisch-specialistische zorg.

Essentieel is dat bij deze bundels uitkomstindicatoren worden meegenomen om zodoende waardegedreven zorg te stimuleren. De uitkomsten worden gemeten o.b.v. de transparante indicatoren van Zorginzicht (infectie, revisie en PROM). Bij de PROM gaat het om drie deelscores: pijn, functioneren en kwaliteit van leven. Waardegerichte zorg richt zich op voor de patiënt relevante uitkomsten en niet op structuur- en procesindicatoren. Het is vanuit patiëntperspectief belangrijker om te weten of je na een heupoperatie weer goed kunt lopen (uitkomst) dan of er perioperatief antibiotica is toegediend (proces) of dat er is deelgenomen aan de complicatieregistratie (structuur).

Bovenstaande typen zorgvragen kunnen nader ingedeeld worden op basis van doelgroepen. Doelgroepen hebben als voordeel dat de zorgvrager centraal staat en niet aandoening. Hierdoor is het ook mogelijk dat de zorg vanuit elke 'lijn' kan worden geleverd afhankelijk van de behoeften van de zorgvrager. Op basis van doelgroepen

kunnen bundels gevormd worden. Enkele zorgverzekeraars zijn reeds gestart met het ontwerpen van bundels voor patiënten met electieve zorgvragen. Inzicht in deze goede voorbeelden zijn te vinden in ons document zorgbundels in de medisch specialistische zorg.³

3 [NZa Zorgbundels in de medisch-specialistische zorg](#)

Op deze manier kunnen de drie clusterings – acuut, electief en chronisch - van zorgvragen verder gevormd worden voorzien van kwaliteitsuitkomsten. De bundels van de zorgvragen kunnen nader gespecificeerd worden naar mate van complexiteit om de vergoeding van de zorg zo dicht mogelijk aan te laten sluiten op de geleverde zorg, en de kans op risicoselectie of onderbehandeling te voorkomen. Het gehele bekostigingsmodel moet worden opgehangen aan een stevige basis, namelijk de generalistische geneeskundige zorg (waaronder 1stelijnszorg, spoedzorg, basis-ggz en geïndiceerde preventie). Bekostiging vindt plaats op basis van de populatie aangevuld met financiële prikkels voor onder andere kwaliteit. We zijn ervan overtuigd dat met een sterke basis de zorg zoveel mogelijk dichtbij de patiënt georganiseerd kan worden en daarnaast aanstuurt op preventie.

Door in de bekostiging geen sectoraal onderscheid te maken en de financiële prikkels te verleggen worden zorgaanbieders verantwoordelijk voor een breder zorgtraject. Als we zorgaanbieders bekostigen voor een breder spectrum met bijbehorende kwaliteitsuitkomsten, worden de prikkels verlegd en ontstaan er meer incentives voor preventie en/of juiste zorg op de juiste plek. Uiteraard blijft het belangrijk dat zorgverzekeraars via de contractering (zorginkoop) sturen op de gewenste veranderingen en met de zorgaanbieders hierover afspraken maken. Dit kan mogelijk ook op het niveau van de verschillende typen zorgvragen. In de huidige praktijk zien we dat financiële afspraken veelal gemaakt worden op instellings- of ziekenhuisniveau, zonder expliciete sturing op het niveau van zorgvragen. We hopen dat een vorm van gedifferentieerde bekostiging de onderhandelingen meer faciliteert.

Bovenstaande voorstellen zijn gedachten op hoofdlijnen. Zij vragen uiteraard om vervolgstappen die verder moeten worden uitgewerkt. Vanwege de verdere

regionalisering kan daarbij ook de mogelijkheid van een ‘keuzemenu’ worden onderzocht. Een verandering van het bekostigingssysteem vraagt om grote, structurele veranderingen in het zorgstelsel en samenhangende systemen. Om differentiatie in de bekostiging in te voeren is bijvoorbeeld een wetswijziging vereist. Bij een nadere verkenning dient er onderzoek te komen naar een aantal cruciale randvoorwaarden om een zo optimaal mogelijk stelsel te creëren.

Onderstaande punten dienen in dit licht nader onderzocht te worden:

- **Inzet van kwaliteitsindicatoren om passende zorg te monitoren:** we adviseren de bestaande indicatoren nog meer af te stemmen op het meten van de inzet van passende zorg. Deze informatie maakt sturing en dynamische inzet van maatregelen mogelijk.
- **Samenhangende systemen:** Momenteel is het huidige dbc-systeem te afhankelijk gemaakt van andere systemen, zoals de risicoverevening en het eigen risico. Loskoppelen van deze systemen zal de flexibiliteit van het bekostigingssysteem ten goede komen.⁴
- **Coördinatie:** We moeten nader onderzoeken hoe coördinatieproblemen kunnen worden geadresseerd. Op het niveau van individuele organisaties kunnen verschillende modellen mogelijk ook ongewenste prikkels opleveren. Bekostigingsmodellen in verschillende deelsectoren kunnen interfereren met elkaar en bijvoorbeeld substitutie tegenwerken. Dat willen we uiteraard niet. Bij differentiatie in de bekostiging is de uitvoerbaarheid ook een aandachtspunt. Binnen één organisatie met verschillende modellen werken kan ongewenste effecten geven.
- **Verantwoordelijkheden en rollen (governance):** Bij een integraal model (alle zorgvormen in één

4 NZa (2020) [Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek](#)

bekostiging, zoals vormen van populatiebekostiging per regio) moet in de uitvoering ook gekeken worden naar de rol van partijen: wie koopt in, wie verdeelt de middelen over betrokken zorgaanbieders etc. Ook de (bestuurlijke) verantwoording is dan van belang.

- **Datavoorziening:** De datavoorziening moet op orde zijn. We hebben nu de meeste data verbonden aan de declareerbare prestaties. Omdat er meer variëteit komt in de vergoedingen, moeten we een andere bron voor informatie over gebruik, toegang en kosten van zorg ontsluiten.
- **Informatie-uitwisseling:** Momenteel is het uitwisselen van informatie over de lijnen, en zelfs binnen de lijnen, nog zeer lastig aangezien men met diverse systemen werkt en standaarden voor vastlegging en uitwisseling van gegevens ontbreken.
- **Transitiekosten:** Financiële effecten voor betrokken partijen moeten voorspelbaar en overkomelijk zijn.

Mogelijkheden via de contractering

Minder productieprikkels in de bekostiging van de zorg is een noodzakelijke voorwaarde voor meer passende zorg. Meer stimulerende bekostiging moet echter hand in hand gaan met een goed contracteringsbeleid. Er zijn verschillende mogelijkheden op basis waarvan contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars passende zorg en digitale zorg in contracten kunnen stimuleren, en waarmee de productie van niet-passende zorg wordt beperkt. Dit kan door middel van het belonen en/of compenseren van passende zorg en het ontmoedigen van het leveren van niet-passende zorg.

Bij belonen ontvangt de aanbieder een 'extra' vergoeding voor het leveren van de gewenste zorg. Door shared savings op meerdere niveaus (voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders) toe te passen, kunnen successen van het terugdringen van niet-passende zorg worden gedeeld. Bij compenseren ontvangt de aanbieder een tijdelijke compensatie voor bijvoorbeeld het wegvallen van omzet als gevolg van het gewenste

gedrag. Zo kunnen de verzekeraars de vergoedingen voor 2021 bevroren door middel van het vaststellen van een aanneemsom. Ziekenhuizen kunnen dan inzetten op passende zorg, zonder dat er direct sprake is van een omzetverlies.

Bij de varianten 'belonen' en 'compenseren' is relevant dat die op korte termijn de verzekeraars extra geld kosten. Die uitgaven moeten ze uit latere besparingen terugverdienen (of ze moeten op hun beurt gecompenseerd worden). Ontmoedigen kan bijvoorbeeld door de vergoeding op een laag niveau vast te stellen, een terugbetaling of andere maatregel bij ongewenst gedrag of een verbod op het declareren van bepaalde ongewenste vormen van zorg. Bij deze variant is het korte termijn voordeel theoretisch aanwezig, maar vormen de uitvoerbaarheid en juridische haalbaarheid een probleem, onder andere vanwege de samenhang met het Zvw-pakket.

Bij het stimuleren van passende zorg is het van belang dat de zorgaanbieders die besluiten meer in te zetten op passende zorg niet gestraft worden door de wijze van bekostiging. Indien een zorgaanbieder door meer passende zorg, minder productie heeft of minder opbrengsten ontvangt per patiënt, moet deze daar niet per direct op achteruitgaan in omzet. Tegelijkertijd moeten partijen die niet sturen op passende zorg en daardoor veel volume draaien niet worden beloond voor het leveren van niet-passende zorg. Het is wenselijk dat zorgverzekeraars meer inkopen bij een ziekenhuis dat meer passende zorg levert. Zorgverzekeraars kunnen hier ook invulling aan geven door het afspreken van meerjarencontracten of zorgbundels met zorgaanbieders. Meerjarenafspraken geven zorgaanbieders de ruimte om zich geleidelijk aan te passen aan de nieuwe situatie en bijhorende kosten. Daarvoor moet de zorgverzekeraar dan ook de juiste financiële prikkels ervaren vanuit de risicoverevening.

We verwachten dat de dominante zorgverzekeraar met een zorgaanbieder afspraken maakt over initiatieven

rondom passende zorg en digitale zorg. Na bewezen effectiviteit is het van belang dat afspraken worden opgeschaald en dat zorgverzekeraars daarin congruent handelen. Wanneer zorgverzekeraars niet één lijn trekken in het maken van afspraken over passende zorg, dan zouden we een zorgaanbieder met een zorgverzekeraar de mogelijkheid kunnen bieden om ons te vragen andere zorgverzekeraars gedwongen te laten aansluiten bij een bepaald contract. Deze bevoegdheid voor de NZa moet dan nog wettelijk geregeld worden.

Ook verwachten we dat zorgverzekeraars in de contractering meer sturen op het doen van zorgevaluatie. Mogelijk kan de tendens om de effectiviteit van zorg te onderzoeken worden versterkt door middel van een extra vergoeding die uitsluitend beschikbaar is voor bewezen effectieve zorg. Een dergelijke bonus creëert in feite een iets beter verdienmodel voor bewezen effectieve zorg.

Een recente evaluatie van het CPB, IQ Healthcare en de NZa laat zien dat omvangrijke veranderprogramma's bij het Beatrixziekenhuis en Bernhoven, gefaciliteerd met afspraken over meerjarige aanneemsommen met verzekeraars, tot goede resultaten op het gebied van passende zorg hebben geleid. Zo hebben in beide ziekenhuizen minder én minder intensieve behandelingen plaatsgevonden dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Er zijn geen aanwijzingen voor het optreden van ongewenste effecten, zoals verschuivingen naar andere ziekenhuizen of daling van kwaliteit. Het is echter nog te vroeg om vast te stellen of dit ook op termijn tot blijvende financiële besparingen zal leiden.

De resultaten van de genoemde veranderprogramma's dragen in sterke mate bij aan het leveren van passende zorg. Toch zouden wij de aandacht willen leggen op de structurele borging hiervan. De huidige bekostiging biedt een default waar elke zorgaanbieder voortdurend op kan terugvallen, waardoor ziekenhuizen geen sterke prikkel ervaren om met zorgverzekeraars tot betere oplossingen te komen. Daarnaast hangt dit ook sterk af

van de specifieke omstandigheden van een ziekenhuis (zorgvraag vs. zorgaanbod).

De transformatiegelden lijken geschikt om te investeren in initiatieven die leiden tot bevordering van passende zorg of vermindering van niet-passende zorg. De transformatiegelden zijn beschikbaar gesteld om de beweging van juiste zorg op de juiste plek te stimuleren. We zien tot op heden dat hier nog maar een deel van het beschikbare budget voor wordt ingezet. Er is dus ruimte voor partijen om hier afspraken over te maken. Om substitutie, maar ook innovatie, van de grond te laten komen, willen we dat onderlinge afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Het integrale perspectief op de patiënt zou hierbij centraal moeten staan.

In het algemeen geldt dat bij het voorkomen, verplaatsen en/of vervangen van zorg er gekeken moet worden hoe de kosten en baten gaan landen. Bij wenselijke initiatieven (die leiden tot passender zorg) geldt vaak dat de kosten bij de zorgaanbieder van het initiatief liggen, maar de baten elders in de keten/maatschappij ontstaan. Er is dan sprake van twee verschuivingen: namelijk tussen zorgaanbieders, maar mogelijk ook tussen financierders (bijvoorbeeld zorgverzekeraars en gemeenten). Voor een zorgaanbieder kan het bewerkstelligen van een oplossing ontmoedigend complex zijn. Er zou een partij moeten zijn die een zorgaanbieder als investeerder kan koppelen aan een coalitie van partijen die de baten ontvangt. Die coalitie zou rendement voor de investeerder in het vooruitzicht kunnen stellen, mits de baten daadwerkelijk plaatsvinden.

Goed Bestuur en professionele bedrijfsvoering

De toepassing van de principes van Goed Bestuur en het realiseren van een professionele bedrijfsvoering in ziekenhuizen zijn belangrijke randvoorwaarden om goede, toegankelijke en betaalbare zorg blijvend te realiseren. We verwachten van het bestuur van een ziekenhuis

dat ze dan ook proactief sturen op passende zorg. We verwachten dat zorgprofessionals én bestuurders kijken welke organisaties in het netwerk rondom de zorgvrager het best de zorg kunnen leveren, ook als dit niet binnen hun eigen organisatie is.

Wij gaan op basis van het herijkte Kader Goed Bestuur gesprekken voeren met bestuurders om samen deze omslag te maken en toe te werken naar voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg of naar een situatie waarin het ziekenhuis of andere setting betere of vergelijkbare zorg kunnen leveren. Ook van de raad van toezicht (of raad van commissarissen) verwachten wij een actieve rol.

Ook van zorgverzekeraars verwachten we dat zij leiderschap tonen bij de beweging naar passende en digitale zorg. We maken op dit moment een referentiekader om te toetsen in hoeverre zij beschikken over een duidelijke visie en strategie op dit vlak en hoe effectief zij zijn in de doorvertaling daarvan naar de zorginkoop.

Stimuleren meerjarencontracten

Zorgverzekeraars hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen van passende zorg. In gesprekken met zorgverzekeraars spreken wij zorgverzekeraars aan op het nemen van regie bij het initiëren en realiseren van projecten in het kader van de juiste zorg op de juiste plek. Wij verwachten dat de initiatieven die in dit kader worden opgezet en gerealiseerd tevens bijdragen aan passende zorg. Denk hierbij aan regiobeelden, initiatieven ten behoeve van de zorgplicht en het verminderen van wachtlijsten door aanbieder en verzekeraars. Ook kijken we of zorgverzekeraars het leveren van passende zorg in contractafspraken laten landen. Hierbij gaan we ook het gesprek aan over meerjarencontracten, als instrument waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk ruimte en tijd creëren voor financiële zekerheid voor beide partijen en duidelijke resultaatafspraken kunnen maken over het voorkomen, vervangen of verplaatsen van

zorg. We monitoren jaarlijks de contractafspraken en spreken zorgverzekeraars erop aan dat passende zorg en het realiseren van een passende setting/organisatie onderdeel is en/of moeten worden van de contractafspraken. We koppelen de uitkomsten hiervan generiek terug, maar voorzien ook iedere zorgverzekeraar van een specifieke terugkoppeling, waarin we identificeren waar zij meer stappen kunnen zetten om werk te maken van passende zorg. In het geval dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars zich onvoldoende inzetten om bij te dragen aan een toekomstbestendig zorgaanbod in de regio, bijvoorbeeld wanneer zij niet gedisciplineerd worden door concurrentie, kan de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierop aan te spreken. Tot slot stimuleren we dat zorgverzekeraars op basis van data-analyses opvallende patronen in de declaratiestromen detecteren, die duiden op niet-passende zorg.

Horizontaal Toezicht

Binnen Horizontaal toezicht wordt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders verkend of aanbieders toegang kunnen krijgen tot data van verzekeraars. Dit is een belangrijke ontwikkeling die bij een juiste toepassing kan bijdragen aan meer passende zorg, omdat zorgaanbieders op basis van collectieve informatie hun eigen patronen kunnen spiegelen. Het thema passende zorg is voor de medisch-specialistische zorg nog geen onderdeel van Horizontaal Toezicht. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben eerder verkenningen uitgevoerd over het integreren van passende zorg binnen de kaders van horizontaal toezicht. Wij begrijpen dat passende zorg een complex thema is waarmee tegengestelde belangen zijn gemoeid. Wij zien graag een vervolg van de verkenningen voor passende zorg.

Transparantie afspraken

Eerder gaven we aan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over passende zorg en digitale zorg. In het verlengde daarvan is het van belang dat deze afspraken ook voor de zorgvrager transparant zijn, zodat ze een rol kunnen spelen bij de keuze voor een

zorgverzekering en zorgaanbieder. Wij kunnen hierover een verplichting opnemen in de Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars.

Risicoverevening

Wij bevelen aan om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om zorgverzekeraars financieel te prikkelen om passende zorg te stimuleren. Deze financiële prikkels zijn nu niet expliciet opgenomen in de risicoverevening, ook waar het gaat om de kosten van preventieve zorg.⁵ Mede omdat de kenmerken uit de risicoverevening gebaseerd zijn op declaraties van zorgkosten. Een van de doelstellingen in de risicoverevening is doelmatigheid stimuleren. Door onderzoek te doen naar hoe passende zorg door financiële prikkels gestimuleerd kan worden kan daar op goede wijze invulling aan worden gegeven.

Meerjarenpolissen

Om te voorkomen dat een zorgverzekeraar inzet op preventie, maar in de jaren daarna verzekerden een andere verzekeraar kiezen, zou de mogelijkheid van meerjarenpolissen verkend kunnen worden.

Eigen risico

Zorgverzekeraars kunnen binnen de kaders van het Besluit zorgverzekering (een deel van) het eigen risico van verzekerden kwijtschelden als de verzekerden kiezen voor passender zorg, zoals bewezen effectieve telemonitoring bij chronische aandoeningen. Ditzelfde geldt voor zorg gericht op preventie van toekomstige zorg. Hierin kan de zorgverzekeraar een zorgvrager stimuleren om voor een passendere vorm van zorg te kiezen, terwijl dit ook bijdraagt aan een hogere kwaliteit van leven.

De afgelopen decennia hebben we gezien dat zorgvragers steeds mondiger werden en steeds minder wilden

afwachten om te kijken hoe een gezondheidsklacht zich zou ontwikkelen.⁶ Door de huidige situatie (Covid-19) is de afwachtende houding van de zorgvrager weer toegenomen. De prikkels die voor deze verandering zorgden, waren (vermoedelijk) de angst voor besmetting, maar ook de gedeelde verantwoordelijkheid die eenieder voelde om zoveel mogelijk thuis te blijven en het zorgsysteem zo min mogelijk te belasten. Financiële prikkels speelden daarbij geen rol. Het valt te verwachten dat het gevoel van de zorgvrager om niet af te willen wachten op zorg weer toeneemt. Een financiële prikkel die tegenwicht zou kunnen bieden aan deze ontwikkeling is een beperkte eigen bijdrage aan iedere vorm van zorg. Bij het eigen risico betaal je de zorgkosten tot aan het vastgesteld bedrag zelf. Mogelijk kan het eigen risico slimmer worden ingezet, bijvoorbeeld een klein procentueel of vast deel van de totale zorgkosten van de gebeurtenis tezamen met een absolute of inkomensafhankelijke bovengrens.

Begin juli hebben wij een advies uitgebracht over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek.⁷ In dit advies hebben we benoemd dat de huidige dbc-systematiek vele functies kent: onder meer contracten, data, risicoverevening en eigen risico zijn allemaal afhankelijk van de dbc-bekostiging. Van de veelheid aan functies die het dbc-systeem nu vervult, zijn niet alle functies goed met elkaar verenigbaar in één systeem. Naar onze mening verdient het aanbeveling om de afhankelijkheid van de dbc-systematiek af te bouwen, te beginnen met het loskoppelen van de verrekening van het eigen risico van de dbc-systematiek. Dit biedt tevens veel voordelen ten aanzien van transparantie voor de patiënt. Ook met het oog op de toekomstige doorontwikkeling van de (integrale) bekostiging zou dit een duurzame ontwikkeling zijn.

5 Zie ook CVZ (2007) [Van preventie verzekerd: De kosten van preventie zijn niet opgenomen in de risicoverevening](#)

6 Rachel Gerards (Nictiz) (2010) [De patient als gezagvoerder, de dokter als copiloot](#)

7 NZa (2020) [Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek](#)

6.

Oplossingsrichtingen specifiek voor digitale zorg



Oplossingsrichtingen specifiek voor digitale zorg

Bovenstaande thema's gelden evengoed voor digitale zorg, immers betere prikkels voor passende zorg gelden ook voor de prikkels voor passende digitale zorg. Hieronder benoemen we ook een aantal mogelijkheden voor het stimuleren van specifiek digitale zorg op de korte(re) termijn.

Bestendigen van ontwikkelingen

Wij verlengen de tijdelijke verruimingen voor zorg op afstand die per 1 maart van dit jaar zijn ingegaan tot 1 januari 2021, met als uitgangspunt om deze structureel te maken vanaf die datum. De mogelijkheden voor het leveren van zorg op afstand zijn verruimd door alle eventuele belemmeringen of beperkende voorwaarden in de regelgeving buiten werking te stellen. Op dit moment zijn we in gesprek met verschillende zorgsectoren over welke tijdelijke verruimingen voor digitale zorg structureel in de regels kunnen worden ingevoerd. Ook wordt uitgevraagd welke verdere verruiming van de regels voor zorg op afstand nog mogelijk is. Met deze nieuwe verruimingen hoopt de NZa dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars 'digitaal (ondersteunde) zorg, tenzij...' als vertrekpunt nemen. Ook vanuit het belang van de patiënt is het zaak om nu door te pakken en digitale zorg te integreren in de processen.¹

Facultatieve prestatie

We hebben recent een brief gestuurd aan het ministerie van VWS waarin de meerwaarde van de facultatieve prestatie voor de medisch-specialistische zorg is toegelicht.²

Het biedt zorgaanbieders aanvullende ruimte om hun zorg op een vernieuwende manier te organiseren en te bekostigen, ook voor digitale zorg. Deze mogelijkheid bestaat al in verschillende andere sectoren. Het hybride karakter (de prestatie wordt door ons vastgesteld op initiatief van individuele partijen en geldt landelijk in combinatie met een contractvereiste) biedt duidelijke kansen om (implementaties van) digitale zorg verder op te schalen. De minister voor Medische Zorg heeft inmiddels de Tweede Kamer geïnformeerd over zijn voornemen ons een aanwijzing te geven over het introduceren van een facultatieve prestatie met een vrij tarief in de medisch-specialistische zorg uiterlijk per 1 januari 2021.³

Wij zien de facultatieve prestatie in deze sector als een opmaat naar een domeinoverstijgende prestatie. Daarvoor zal eventueel te zijner tijd een aparte aanwijzing nodig zijn. Aandachtspunt voor het vervolg is dat facultatieve prestaties regelmatig worden geëvalueerd, zodat goede voorbeelden structureel onderdeel kunnen worden van bekostiging. Wij zullen daarvoor de doorlooptijden voor de aanpassing van prestaties en tarieven kritisch onder de loep nemen.

Rol zorgverzekeraars

Verzekeraars hebben op verschillende manieren invloed op de keuzes van hun verzekerden. We roepen verzekeraars op meer gebruik te maken van hun communicatiekanalen met hun verzekerden over de inzet van digitale toepassingen in het zorgproces en preventie. Bij zorgbemiddeling kan een zorgverzekeraar waar mogelijk, in samenspraak met ziekenhuizen, digitale zorg als

¹ <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/pak-nu-door-met-digitale-zorg>

² NZa (2020) [Verkenning facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg](#)

³ Ministerie van VWS (2020) [Voornemen aanwijzing invoeren facultatieve prestatie MSZ](#)

standaardkeuze adviseren in plaats van analoge zorg.⁴ Het is aan de verzekerde om te kiezen. Er bestaan al mooie initiatieven van zorgverzekeraars die helpen de verzekerde te navigeren naar digitale zorg.⁵ Door zorgverzekeraars wordt nog spaarzaam gebruik gemaakt van de mogelijkheid om het eigen risico kwijt te schelden bij een bewuste keuze van een verzekerde voor een vorm van digitale zorg.⁶ De Patiëntenfederatie ondersteunt dergelijke ontwikkelingen. Wij zullen structureel in gesprek blijven met zorgverzekeraars over hun inspanningen op het thema digitale zorg.

Registratie van zorgactiviteiten

Wij beschrijven zorgprestaties zoveel mogelijk functioneel, overeenkomstig de Zorgverzekeringswet. De mogelijkheid bestaat om meer gedetailleerde prestaties vast te stellen. Dit gebeurt doorgaans in nauw overleg met het zorgveld, onder meer vanwege uitvoerbaarheid en wenselijkheid. Overwogen kan worden om nieuwe activiteiten in te voeren met als doel de inzet van digitale zorg in de behandeling meer zichtbaar te maken. De vraag is of het zichtbaar maken en registreren van nieuwe activiteiten een stimulerend effect heeft op het leveren van digitale zorg. In de praktijk sneeuwen specifieke zorgactiviteiten, dus ook de digitale, onder in de afspraken over omzet- en plafondcontracten. Een voorbeeld hiervan is beeldbellen als vervanging van het poliklinisch consult. Deze mogelijkheid bestaat al enige jaren, maar wordt pas sinds de uitbraak van het coronavirus vaak ingezet.

Motie van het lid van den Berg d.d. 2 juli 2020

In dit advies op hoofdlijnen kunnen wij nog niet vorm geven aan de motie van Kamerlid Van den Berg van 2 juli 2020. Zij doet de suggestie om voor vormen van zorg die zowel digitaal als fysiek verzorgd kunnen worden,

een maximumtarief in te stellen op de hoogte van de meeste doelmatige zorg. Een zorgvuldige invulling van de motie vergt meer tijd, en zal aandacht krijgen in het tweede advies van ZIN en NZa gezamenlijk. Binnen de medisch-specialistische zorg zal de uitvoering beperkt zijn, aangezien de tarieven voor meer dan 70% vrij onderhandelbaar zijn tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Alleen voor het gereguleerde segment gelden max-maxtarieven.

Zorgverzekeraars kunnen het gebruik van digitale zorg wel verder financieel stimuleren, door bijvoorbeeld een hogere vergoeding te geven aan een ziekenhuis voor de meest doelmatige leveringsvorm of een lagere vergoeding voor de minder doelmatige zorg. Deze ruimte kan ook worden benut voor vormen van zorg die zowel digitaal als fysiek verzorgd kunnen worden.

Impact door focus op hoge volumes

Wij zien veel mogelijkheden voor digitale zorg bij de zorgprestaties die in grote volumes worden geleverd als verzekeraars zich hiervoor gezamenlijk inzetten.⁷ Een voorbeeld is het polikliniekbezoek (het eerste polikliniekbezoek wordt circa 9 miljoen keer geregistreerd per jaar) wat deels vervangen kan worden door een screen-to-screen consult. Door dit hoge volume is eerder een betekenisvolle ontwikkeling te bereiken dan bij de medische activiteiten met lage volumes.

Transformatiegelden

Zoals bekend vraagt een transformatie in lijn met de JZJP om extra middelen en tijd. Dit is niet anders voor het proces om digitale zorg onderdeel te laten uitmaken van de reguliere zorgprocessen. De uitkomst dat alleen de zorgverzekeraar per saldo financiële baat heeft bij een digitale transformatie van een ziekenhuis

4 <https://www.zn.nl/338067458/nieuwsbericht?newsitemid=3655172096>

5 <https://www.cz.nl/zorgadvies/digitale-diensten>

6 <https://www.cz.nl/vergoedingen/geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

7 mits non-concurrentieel en met passende financiële incentives

is niet wenselijk. Bij een gezonde bedrijfsvoering hoort dat een organisatie baat heeft bij de investeringen in digitalisering. Wanneer investeringen in digitale zorg leiden tot minder inkomsten voor ziekenhuizen en de vaste kosten (van bijv. huisvesting) gewoon doorlopen valt weinig enthousiasme te verwachten voor implementatie of opschalen ervan. Bij een aantal omvangrijke meerjarenafspraken wordt digitale zorg al als expliciet onderdeel van de toekomstige zorginrichting van een ziekenhuis en/of regio meegenomen.⁸ Hier worden al de transformatiegelden voor ingezet, maar de aanwending van transformatiegelden zou nog intensiever en met nog meer focus kunnen zijn gericht op de digitale transformatie waarbij de financiële voordelen uiteindelijk beide kanten op vallen.

Digitale zorg kan daarnaast bijdragen aan het waarborgen van de toegankelijkheid van zorg. Bij een aantal specialismen, zoals de cardiologie, is de verwachting dat het aantal patiënten verder toeneemt. Door middel van bijvoorbeeld telemonitoring kan de verwachte stijging in aantal patiënten (deels) worden opgevangen.

Digitale zorg als gewone zorg

De bovenstaande maatregelen zijn gericht op korte(-re) termijn. Wij beseffen ons terdege dat deze niet los kunnen worden gezien van andere belangrijke randvoorwaarden als de zorg verlenen en ontvangen waarbij de patiënt centraal staat, goede elektronische gegevensuitwisseling binnen en buiten de ziekenhuizen, veiligheid, privacy etc. Allemaal factoren die invloed hebben op het potentieel van digitale zorg om de gezondheidszorg beter en slimmer te organiseren in het belang van de patiënten ter beheersing van de kosten en de arbeidsmarktkrapte. Het ministerie van VWS kan in overweging nemen om te werken aan een nieuwe visie over hoe digitale zorg integraal onderdeel wordt van een moderne en toekomstbestendige inrichting van de zorg⁹ en digitale zorg uiteindelijk gewone zorg wordt.

8 <https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/cz-en-zuyderland-sluiten-overeenkomst-voor-10-jaar>

9 [De ambities en doelen voor de periode 2014-2019 voor E-health](#)

Tot slot

In dit advies hebben we gekeken naar de financiële prikkels die een bijdrage kunnen leveren aan de inzet van passende zorg en digitale zorg. Hierbij hebben we diverse korte termijn mogelijkheden genoemd, waarvan een gedeelte al in gang is gezet. Deze oplossingen staan niet op zichzelf en moeten in samenhang worden gezien. Voor een structurele aanpassing stellen wij voor een gedifferentieerde bekostiging op maat te ontwikkelen. In dit advies benoemen we ook enkele randvoorwaarden voor de beoogde veranderingen. We willen dit graag samen met Zorginstituut Nederland en partijen nader uitwerken.

NZa

Bezoekadres:

Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres:

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

088 - 770 8 770

info@nza.nl

www.nza.nl

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.