

Stand van de zorg 2023



12 oktober 2023

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Zet gezondheid centraal	5
1: Zet gezondheid centraal in al het overheidsbeleid	6
2: Maak samenwerking mogelijk over alle domeinen heen en zet in op heldere rollen en verantwoordelijkheden	7
3: Stel gezondheidsdoelen op landelijk en regionaal niveau vast en maak inkoop hierop mogelijk	7
4: Organiseer de randvoorwaarden	8
I. Betrokkenheid burgers (burgerberaden)	8
II. Ruimte voor zorgprofessionals	8
III. Operationaliseer gezondheidsdoelen en –(zorg)uitkomsten	9
IV. Gegevensuitwisseling op orde	9
V. Positie verzekeraars en risicoverevening	9
2 Passende zorg in tijden van schaarste	10
2.1 Preventie en leefstijlbevordering	11
2.2 Digitalisering	12
2.3 Ruimte voor zorgprofessionals	13
2.4 Betrek de burger	14
2.5 Samenwerking cruciaal voor passende zorg	15
2.6 Passende contractering en bekostiging	16
2.6.1 Contractering met lange termijn perspectief en op basis van vertrouwen	16
2.6.2 Meer gezamenlijke inkoop op cruciale of complexe vormen van zorg	17
2.6.3 Lonend maken van inzet op gezondheid en het voorkomen van zorg	17
2.7 Gegevensuitwisseling randvoorwaardelijk	18
2.7.1 Belang gegevensuitwisseling in de zorg	18
2.7.2 Inzicht in eigen gegevens voorop	19
2.7.3 Nationale regie is nodig	19
2.7.4 Gegevensuitwisseling faciliteren	20
3 Sectoren in beeld	22
3.1 Sectoroverstijgende ontwikkeling	23

Palliatieve zorg	23
3.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen	25
3.2.1 Langdurige zorg	25
3.2.2 Kortdurende zorg	31
3.2.3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen	35
3.2.4 Farmaceutische zorg	41
3.2.5 Acute zorg	44
3.2.6 Geestelijke gezondheidszorg	46
3.2.7 Forensische zorg	49
3.2.8 Huisartsenzorg	51
3.2.9 Wijkverpleging	55
3.2.10 Paramedische zorg	58
3.2.11 Geboortezorg	62
3.2.12 Mondzorg	65
3.2.13 Zorgverzekeringen	68

Voorwoord

Nederland wordt steevast genoemd als één van de best presterende landen als het gaat om de gezondheidszorg. Maar de gezondheidsverschillen in Nederland groeien en die worden alleen maar groter nu de zorg onder druk staat. Als we niets veranderen, krijgen mensen niet altijd meer de zorg die zij nodig hebben. De knelpunten in de toegang tot zorg tekenen zich nu al af: mensen die geen huisarts kunnen vinden, thuiswonende ouderen die wachten op hulp en lange wachttijden in de ggz en ziekenhuiszorg.

Mensen maken zich zorgen. Ze horen en lezen dagelijks over personeelstekorten, wachtlijsten en hoge werkdruk in de zorg. Ze worden geconfronteerd met eigen risico en bijdragen en een stijgende zorgpremie. We moeten mensen meenemen in de noodzaak en de consequenties van passende zorg. Eerlijk zijn dat niet alles meer kan en vanzelfsprekend is. Maar ook uitleggen dat anders niet per se slechter is. Passende zorg is tenslotte ook zorg die beter rondom de patiënt wordt georganiseerd en inzet op gezondheid om de knelpunten in de zorg op te lossen.

In de verkiezingsprogramma's is aandacht voor de zorg. Echter, de voorstellen gaan niet ver genoeg. Er moeten de komende jaren cruciale keuzes gemaakt worden om gezondheid te versterken en de zorg anders te organiseren. Die keuzes moeten niet alleen in het maatschappelijke domein en de gezondheidszorg gemaakt worden, maar ook door een nieuw kabinet. Daar moet discussie over gevoerd worden, zodat Nederlanders op 22 november geïnformeerd een keuze kunnen maken in het stembokje.

In deze Stand van de zorg schetsen wij vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit wat belangrijk is om de groeiende gezondheidsverschillen te verkleinen en de zorg toekomstbestendig te organiseren. In deel 1 gaan we in op wat nodig is om gezondheid centraal te stellen en de organisatie van zorg te versterken. Dit zijn keuzes waarvoor de politiek aan zet is. In deel 2 zoomen we in op wat wij en het zorgveld parallel moeten doen om in tijden van schaarste de zorg toegankelijk te houden. In deel 3 gaan we dieper in op de sectorspecifieke ontwikkelingen aan de hand van kerncijfers.

Karina Raaijmakers
Waarnemend bestuursvoorzitter NZa



Bron foto:
Jelmer de Haas

1 Zet gezondheid centraal

Gezondheid is een groot goed, maar de kansen op een goede gezondheid zijn niet voor iedereen gelijk. De gezondheidsverschillen worden alleen maar groter nu de zorg onder druk staat. De zorg zoals wij die gewend zijn is niet meer vanzelfsprekend. Het is in toenemende mate zoeken naar evenwicht in het verdelen van schaarse zorgcapaciteit. Voor toekomstbestendige zorg valt er nog een hoop winst te boeken door de zorg te organiseren vanuit de principes van passende zorg. Maar gezondheidsverschillen kunnen we alleen verkleinen door in te zetten op het versterken van gezondheid. We roepen de politiek daarom op om:

1. Gezondheid centraal te stellen in al het overheidsbeleid;
2. Samenwerking over alle domeinen heen mogelijk te maken;
3. Gezondheidsdoelen vast te stellen op landelijk en regionaal niveau en inkoop hierop mogelijk te maken;
4. Randvoorwaarden te organiseren.

In het kort

- Er is sprake van groter wordende verschillen in gezondheid tussen de meest en de minst welvarende mensen in Nederland.
- De druk op de zorg versterkt de kansenongelijkheid.
- Deze gezondheidsverschillen kunnen we alleen verkleinen door gezondheid centraal te stellen in ál het overheidsbeleid én zorginkoop hierop mogelijk te maken.
- Partijen die zorg inkopen moeten verantwoordelijk gesteld worden voor het sturen op gezondheidsdoelen en het belonen van samenwerking.
- Gezondheid moet lonen. Dat vraagt om wetgeving die een andere financiering en regulering van zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk maakt.
- Transparantie over uitkomsten van zorg is cruciaal om te sturen op gezondheidsdoelen.
- Snelle en veilige gegevensuitwisseling, belonen van gezondheidswinst met risicoverevening, input van zorgprofessionals over kwaliteitsnormen voor gezondheidsdoelen en dialoog met burgers zijn randvoorwaardelijk om gezondheid centraal te kunnen stellen.

Er zijn in Nederland grote verschillen in gezondheid. De 20% meest welvarende mensen in Nederland leven ruim 23 jaar langer in goede gezondheid dan de 20% minst welvarende mensen. Deze gezondheidsverschillen kunnen we alleen verkleinen door gezondheid centraal te stellen in al het overheidsbeleid en zorginkoop hierop mogelijk te maken. We wachten nu tot iemand ziek is en komen dan pas in actie. Dat is desastreus. De oplossing ligt namelijk in veel situaties niet in het medisch domein, maar in het voorkomen van zorg.

De voorstellen die we doen vragen om dialoog, niet-vrijblijvende samenwerking en wetwijzigingen.

De vier voorstellen die we doen vragen om lef en moed. Het zijn geen korte termijn oplossingen; het is een verandering van denken en doen, binnen én buiten de gezondheidszorg. Het vraagt om een dialoog met de samenleving over hoe we de zorg met en voor elkaar willen vormgeven, hoe we gezondheid centraal stellen en wat daarvan de betekenis is voor iedereen. Het vraagt om niet-vrijblijvende samenwerking tussen verschillende domeinen en lokale, regionale en landelijke overheden. En het vraagt om wetwijzigingen. De vier voorstellen zijn cruciaal om ervoor te zorgen dat iedereen die zorg nodig heeft, die ook krijgt. Nu en in de toekomst.

1: Zet gezondheid centraal in al het overheidsbeleid

Gezondheid is nu geen fundamenteel onderdeel van ons zorgstelsel. Dat moet veranderen. Er is een transitie nodig van het behandelen van ziekte naar het voorkomen van ziekte. Hiervoor is een bredere blik op gezondheid nodig.

We zien nu dat maatschappelijke vraagstukken als zorgvraag in de gezondheidszorg terecht komen, óók wanneer de zorg geen passend of duurzaam antwoord voor deze klachten kan bieden. Denk aan de gevolgen van armoede, stress, eenzaamheid, een ongezonde leefstijl en luchtvervuiling. Medische zorg heeft maar voor een beperkt gedeelte invloed op klachten voortkomend uit deze vraagstukken. Sociaal economische factoren (zoals onderwijs, werk en sociale steun) en leefstijl hebben veel meer impact. Er is centraal overheidsbeleid voor gezondheid nodig om deze problematiek structureel op te lossen ('*health in all policies*').

Een voorbeeld van het ontbreken van verantwoordelijkheid of resultaatverplichting voor de gestelde gezondheidsdoelen en de noodzaak voor *health in all policies*, is het uitstellen van het 'smaakjesverbod' voor e-sigaretten en vapes. Nu voert de overheid tegenstrijdig beleid: aan de ene kant zet zij in op een rookvrije generatie in het preventieakkoord, maar aan de andere kant wordt de verkoop van vapes met een smaakje toegestaan. Zo worden jongeren alsnog makkelijk verleid om een verslavend middel te gebruiken.

2: Maak samenwerking mogelijk over alle domeinen heen en zet in op heldere rollen en verantwoordelijkheden

Op dit moment wordt samenwerking gestimuleerd aan de hand van bestuurlijke afspraken en akkoorden (zoals het Integraal Zorgakkoord of Gezond Actief Leven Akkoord). Ook wordt gewerkt aan mogelijkheden om sector- en domeinoverstijgende samenwerking te financieren. Dit zijn mooie stappen, maar om passende zorg daadwerkelijk te realiseren is het essentieel om in te zetten op het voorkomen van zorg. Dat kan alleen als samenwerking belegd en verankerd is in het zorgstelsel.

Denk aan het creëren van meer mogelijkheden om vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) te investeren in het sociaal domein. Het vraagt om wetswijzigingen en beleid over het zorgdomein én andere domeinen (sociaal domein, wonen, financiën, etc.) heen.

Maak partijen die zorg inkopen verantwoordelijk voor samenwerking.

In ons huidige zorgstelsel liggen verantwoordelijkheden bij individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars; zij kunnen aan resultaten worden gehouden, maar het samenwerkingsverband niet. Bovendien is in samenwerkingsverbanden nu niet goed geregeld waar de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars ophouden ten opzichte van bijvoorbeeld de gemeenten. Dit is kwetsbaar en leidt tot vrijblijvendheid.

Het is daarom nodig om zorginkopende partijen – zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten - verantwoordelijk te maken voor het organiseren van sector- en domeinoverstijgende samenwerking. Met gezamenlijke gezondheidsdoelen als basis. Daarnaast mag samenwerking voor zorgaanbieders om toegankelijkheidsknelpunten op te lossen niet vrijblijvend zijn. Wij vinden het van belang dat zorginkopende partijen aangeven wat zij nodig hebben om deze verantwoordelijkheid te nemen.

3: Stel gezondheidsdoelen op landelijk en regionaal niveau vast en maak inkoop hierop mogelijk

Gezamenlijke gezondheidsdoelen maken het mogelijk om het maatschappelijk belang te operationaliseren. Alleen wanneer we onszelf doelen stellen en resultaten meten, kunnen we kritisch kijken naar waar we echt bijdragen aan gezondheid en inkoop van gezondheid mogelijk maken. We willen als regio, sector, samenwerkingsverband, zorgaanbieder en zorgverzekeraar en ook als NZa, alleen investeren in zorg die waarde toevoegt aan (volks)gezondheid. Daaronder verstaan we ook het functioneren en de kwaliteit van leven van mensen. Als er transparantie over uitkomsten van zorg is, dan krijgt die informatie pas echt betekenis als we helder hebben op welke gezondheidsdoelen we ons richten.

Alleen wanneer we onszelf doelen stellen, kunnen we kritisch kijken naar waar we echt bijdragen aan gezondheid.

Om het maatschappelijk belang te operationaliseren, is het cruciaal dat gezondheidsdoelen centraal komen te staan in al het overheidsbeleid. En zorginkoop hierop mogelijk wordt. Op dit moment hebben zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders financiële prikkels om zorg te leveren, in plaats van gezondheid te bevorderen. De overheid moet hier actief en urgent op inzetten, door gezondheid lonend te maken.

Het 'verdienen aan het leveren van zorg' moet zo spoedig mogelijk veranderen naar het 'belonen van gerealiseerde maatschappelijke winst door te investeren in meer gezondheid en te sturen op uitkomsten van zorg'. Daarvoor is een andere financiering van verzekeraars en zorgaanbieders nodig. Zorgaanbieders moeten baat hebben bij het voorkomen van ziekte en zorgverzekeraars, en zorgkantoren en gemeenten moeten gezondheid gezamenlijk kunnen inkopen. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de overige akkoorden zijn een stap in de goede richting. Maar om de kern van het probleem te raken is een volgende stap nodig: het individuele (organisatie) belang moet meer in lijn gebracht worden met het maatschappelijk belang.

Om vervolgens de door onszelf gestelde gezondheidsdoelen kritisch te meten, is het nodig dat alle partijen in de zorg transparant zijn en verantwoording af kunnen leggen over uitkomsten van zorg. En dit mag ook gevraagd worden; een substantieel deel van de zorguitgaven wordt immers gefinancierd uit belastinggeld. Sommige regio's maken hier al afspraken over. Maar deze afspraken zouden op landelijk, regionaal en lokaal niveau gemaakt moeten worden. Regionale- en lokale verschillen vragen om specifieke gezondheidsdoelen om tot doeltreffende oplossingen te komen die de gezondheid van inwoners verbetert en integrale zorg borgt. Landelijke gezondheidsdoelen zijn nodig als ondergrens.

4: Organiseer de randvoorwaarden

Gezondheid centraal stellen om zorg te voorkomen vraagt om de organisatie van vijf fundamentele randvoorwaarden.

I. Betrokkenheid burgers (burgerberaden)

Omdat de zorg zoals iedereen die gewend is in Nederland niet meer vanzelfsprekend is, moeten we in dialoog met de samenleving over hoe we de zorg met en voor elkaar willen vormgeven. Burgers betrekken is een voorwaarde voor succes bij het centraal stellen van gezondheid en het verbeteren van het functioneren van mensen. Hun ervaringen en behoeften zijn belangrijk voor het formuleren en vertalen van gezondheidsdoelen naar hun omgeving. Meer lezen? [Zie paragraaf 2.4.](#)

II. Ruimte voor zorgprofessionals

Zorgprofessionals weten vanuit hun professionele autonomie het beste wat passende zorg is. En dat is zorg gericht op gezondheid en het voorkomen van ziekte. Op basis van hun kennis en ervaring kunnen zij kwaliteitsnormen bepalen voor passende zorg, gerelateerd aan gezondheidsdoelen. Dat vraagt van hen om verder te kijken dan hun monodisciplinaire zorguitkomst per behandeling. Meer lezen? [Zie paragraaf 2.3.](#)

III. Operationaliseer gezondheidsdoelen en –(zorg)uitkomsten

Om op populatie- en individueel niveau te sturen op gezondheidsdoelen, is transparantie over uitkomsten van zorg cruciaal. Ook is inzicht in uitkomsten essentieel om processen te verbeteren, wetenschappelijk onderzoek te doen en passend beleid te maken. Tot slot is transparantie over de uitkomst van zorg randvoorwaardelijk om het individuele (organisatie) belang meer in lijn te kunnen brengen met het maatschappelijk belang.

IV. Gegevensuitwisseling op orde

Het werken met gezondheidsdoelen vraagt vervolgens om inzicht in het effect van de interventies voor de gezondheid; hoe draagt een interventie bij aan het behalen van het gezondheidsdoel? Alleen dan kan worden aangetoond of er daadwerkelijk resultaat wordt gehaald op het gebied van gezondheid. Het goed vast kunnen leggen en uitwisselen van gegevens is hierbij noodzakelijk, net als het investeren in het creëren van kennis uit die gegevens en het mede op basis van die kennis maken van keuzes in de zorg. We pleiten daarom voor een generieke infrastructuur met eenheid van taal en landelijk geregelde veilige toegang tot zorggegevens voor professionals en patiënten. Er is nu een wildgroei aan initiatieven voor gegevensuitwisseling. Maar al die verschillende systemen vergroten juist de administratielast van zorgprofessionals, terwijl die drastisch omlaag moet. Meer lezen? [Zie paragraaf 2.7.](#)

V. Positie verzekeraars en risicoverevening

Risicoverevening moet niet alleen naar zorgconsumptie kijken, maar ook gezondheidswinst van verzekerden belonen. Op deze manier wordt sturen op uitkomsten en investeren in gezondheid lonend voor verzekeraars. De overheid kan het inzetten op gezondheidswinst als voorwaarde verbinden aan de risicoverevening. Meer lezen? [Zie paragraaf 2.6.](#)

2 Passende zorg in tijden van schaarste

Het zorgveld en de betrokken overheidspartijen zijn aan zet om de zorg toekomstbestendig te organiseren. In dit hoofdstuk benoemen we verschillende zaken die daarbij van belang zijn. Wij willen hierbij als NZa een actieve rol vervullen.

Wij doen een oproep aan de politiek om in te zetten op het verkleinen van gezondheidsverschillen en de (wettelijke) maatregelen te nemen die daarbij horen. Maar niet alleen de politiek is aan zet. Ook het zorgveld zelf en de overheidspartijen die daarin een rol hebben, zoals wijzelf, moeten de komende jaren stappen zetten om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden en gezondheidsverschillen te verkleinen. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is daarbij voor de curatieve zorg een belangrijke eerste stap. De ambitie is om in alle zorgsectoren werk te maken van passende zorg. Maar omdat de knelpunten in de toegankelijkheid op dit moment al groot zijn, is haast geboden om deze ambitie om te zetten in merkbare acties in de curatieve en langdurige zorg. Dit vraagt inzet op preventie, digitalisering, ruimte voor zorgprofessionals, interactie met de burger, samenwerking, passende contractering en bekostiging en betere uitwisseling van gegevens.

Wat verstaan we onder passende zorg?

- 1 Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen (en is dus 'groen en klimaatneutraal').
- 2 Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat het op groepsniveau effectief en doelmatig is.
- 3 Passende zorg geef specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden.
- 4 Passende zorg komt tot stand in een gezamenlijk besluitvormingsproces met en rondom de patiënt/cliënt.
- 5 In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- 6 In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden.
- 7 Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.
- 8 Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
- 9 Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet.
- 10 Passende zorg vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.
- 11 Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levenssterreinen.
- 12 Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

Meer lezen? Zie het Kader passende zorg van het Zorginstituut Nederland

2.1 Preventie en leefstijlbevordering

Zorgverleners waarschuwen voor een toename van leefstijlgerelateerde aandoeningen. Aandoeningen die met breed preventiebeleid, dat verder gaat dan alleen het zorgdomein, voorkomen kunnen worden. We zien echter dat de stappen die genomen worden op het gebied van preventie niet altijd daadwerkelijk tot resultaat leiden of dat de resultaten niet gemeten worden terwijl uitkomst informatie belangrijk is voor effectief beleid.

In het kort:

- Goed preventiebeleid kan voorkomen dat maatschappelijke vraagstukken zoals een ongezonde leefstijl als zorgvraag in de gezondheidszorg terecht komen.
- Afspraken hierover tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen (nog) lastig van de grond, onder andere door onduidelijkheid over de effectiviteit van preventie-interventies en de bekostiging hiervan.
- Voor werken aan een gezonde regio is uitkomst informatie nodig. Zo wordt inzichtelijk welk preventiebeleid wel en niet werkt.

Goed preventiebeleid kan voorkomen dat maatschappelijke vraagstukken zoals een ongezonde leefstijl als zorgvraag in de gezondheidszorg terecht komen. Hiervoor is het nodig om gezondheid centraal te stellen in al het overheidsbeleid ('health in all policies'). Het is nodig om (regionale) samenwerking over alle domeinen heen mogelijk te maken. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over ketenaanpakken krijgen steeds meer vorm. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over het afnemen van overgewicht bij kinderen en ouderen, of het voorkomen van vallen bij ouderen. Toch blijven dit moeizame processen. Zorgverzekeraars zijn terughoudend om in preventie-interventies te investeren omdat gezondheid geen onderdeel is van ons zorgstelsel. Ook ontbreekt er een landelijke dekking van alle preventieve ketenaanpakken. Onduidelijkheid is ook een belemmerende factor. Zo is er nog weinig bekend over de effectiviteit van innovatieve interventies. Ook is het onduidelijk of de kosten voor een interventie via de zorgverzekering of via het sociale domein worden betaald.

Goed preventiebeleid kan voorkomen dat maatschappelijke vraagstukken in de gezondheidszorg terecht komen.

Om partijen op weg te helpen met vragen over de bekostiging van preventie-initiatieven hebben wij interactieve wegwijzers beschikbaar voor de eerstelijnszorg, de langdurige zorg, de medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland heeft daarnaast dit jaar het rapport 'Preventie in de Zvw opnieuw ontleed' uitgebracht. Hierin staat opgenomen wanneer een preventie-initiatief binnen het verzekerd pakket valt of het sociaal domein.

2.2 Digitalisering

Digitale zorg krijgt een steeds meer gelijkwaardige plek naar fysieke zorg. Veel mensen zien digitale zorg als een van de belangrijkste middelen om de toenemende zorgvraag en de problemen op de arbeidsmarkt het hoofd te bieden en als kern van de zorgtransformatie op verschillende terreinen. Dat weerspiegelt in investeringen in digitale zorg en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Naast digitale zorg zien we ook meer digitalisering van zorgondersteunende processen zoals gegevensuitwisseling. Een belangrijke ontwikkeling hierbij is de aansturing. Met het invoeren van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) heeft de overheid regie genomen voor een structurele verbetering van digitale gegevensuitwisseling in de zorg. Deze bewegingen dragen bij aan het realiseren van passende zorg.

In het kort

- Digitale zorg krijgt een steeds meer gelijkwaardige plek naast fysieke zorg en kan een van de middelen zijn om de toenemende zorgvraag en de problemen op de arbeidsmarkt het hoofd te bieden.
- Daarnaast vindt er ook meer digitalisering plaats van zorgondersteunende processen; de Wegiz moet zorgdragen voor structurele verbetering van digitale gegevensuitwisseling in de zorg.

Er is veel aandacht voor de toegevoegde waarde van digitale zorg aan de zorg. We zien dat de houding van artsen, verpleegkundigen en patiënten steeds positiever wordt ten aanzien van digitale zorg (zie bijvoorbeeld de [E-healthmonitor](#) uitgevoerd door het RIVM). Tegelijkertijd is er discussie over de toegevoegde waarde ervan, bijvoorbeeld in de huisartsenzorg (zie [het onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg](#) door de Universiteit Maastricht). Waar toepassingen als thuisarts.nl het gebruik van (duurdere) zorg bewijsbaar verminderen, zijn er ook toepassingen die juist meer zorg lijken te genereren.

Het is belangrijk dat investeringen niet versnipperd zijn.

Digitale zorg betekent vaak ook verplaatsing van zorg naar een andere zorgaanbieder en dus een verschuiving van inkomsten. Dit financiële gevolg van digitale zorg kan de verdere opschaling hinderen. Het is daarom belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars investeren in toepassingen die bewezen meerwaarde hebben. Hierbij is het goed als investeringen niet te versnipperd zijn ('plaatselijke puntoplossingen'). Een goed initiatief is de brede samenwerking in de vorm van het Zorgtransformatiemodel dat voortkomt uit het Kenniscentrum Digitale Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Wij vinden het belangrijk dat de effectiviteit en passendheid van digitale zorg gemonitord wordt. Hiervoor is uitkomsteninformatie essentieel.

Digitale gegevensuitwisseling in de zorg is een randvoorwaarde voor digitale zorg. Zorgdata is heel persoonlijk; daarom vinden wij het belangrijk dat iedereen in Nederland toegang heeft tot diens persoonlijke data, weet dat de data goed beveiligd is, weet wie nog meer toegang tot de data heeft en wat die partijen met de data doen of kunnen doen. Wij zetten ons ervoor in om met de bekostiging ervoor te zorgen dat onrendabele investeringen in digitale zorg, voor bijvoorbeeld ziekenhuizen, kunnen worden opgelost in de contractering.

2.3 Ruimte voor zorgprofessionals

In tijden van schaarste worden zorgprofessionals dagelijks geconfronteerd met lastige afwegingen over hoe zij de zorg het beste kunnen leveren. Inzet op passende zorg moet ruimte geven om daarbij verschil te maken en rekening te houden met de specifieke context van de individuele patiënt. Samenwerking over de domeinen heen, multidisciplinair overleg en afstemming op de patiënt(omgeving) is essentieel om passende zorg te geven die bijdraagt aan het functioneren en de kwaliteit van leven van de individuele patiënt. Dit wringt soms met kwaliteitsstandaarden, de verwachting van de patiënt of de verzekerde aanspraak. Dat leidt soms tot lastige gesprekken met de patiënt, binnen de zorgorganisatie of binnen de beroepsgroep. Wij vinden het belangrijk dat zorgprofessionals hierin niet alleen staan en dat zij door hun organisaties en de overheid worden gesteund om verschil te maken.

Zorgprofessionals moeten zich gesteund voelen in het maken van verschil.

In het kort

- Inzet op passende zorg moet zorgprofessionals meer ruimte geven om verschil te maken in hoe zij zorg leveren, rekening houdend met de specifieke context van de individuele patiënt.
- Landelijk prioriteringsbeleid is nodig om zorgprofessionals en zorginkopers ruggensteun te geven bij het maken van afwegingen over een rechtvaardige verdeling van zorg in acute situaties van krapte.
- Krachtige basiszorg is een voorbeeld van een aanpak die meer ruimte geeft aan zorgprofessionals waardoor het zorggebruik op langere termijn afneemt en de focus op gezondheid toeneemt.

Om die reden deden we vorig jaar de oproep om landelijk prioriteringsbeleid te ontwikkelen dat zorgprofessionals en zorginkopers helpt om de zorgcapaciteit in situaties van acute krapte zo rechtvaardig mogelijk te verdelen. Ook zetten we bij de ontwikkeling van nieuwe bekostiging in op meer ruimte voor zorgprofessionals. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van cliëntprofielen in de wijkverpleging.

Krachtige basiszorg

Meer tijd voor de patiënt, voor de huisarts en de wijkverpleegkundige is ook een manier om ruimte te creëren bij de zorgprofessional om beter in te spelen op de specifieke situatie en zorgvraag van de patiënt. Dit is wat wordt beoogd met de implementatie van Krachtige basiszorg. Behalve vragen over lichamelijke klachten stellen zorgprofessionals ook andere vragen aan patiënten waardoor achterliggende problemen eerder aan het licht komen. Vervolgens werken professionals in de wijk nauw met elkaar samen om richting te geven aan vastgelopen hulpverleningssituaties. Dit duurt langer dan normale consulten. Op de korte termijn vergt dit weliswaar meer tijd en brengt het hogere kosten met zich mee. Op de langere termijn zijn de effecten juist heel positief: het zorggebruik op langere termijn neemt af, de focus op gezondheid neemt toe en zorgprofessionals ervaren meer werkplezier.

2.4 Betrek de burger

Burgers moeten weten wat zij straks nog wel en niet aan zorg mogen verwachten en hoe zij zelf kunnen bijdragen aan het zo toegankelijk mogelijk houden van zorg. Er ligt een verantwoordelijkheid bij de landelijke overheid en het zorgveld om hen goed te informeren over de toenemende schaarste in de zorg en de veranderingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

In het kort

- Landelijke overheid en zorgveld moeten burgers meer informeren over toenemende schaarste in de zorg en de veranderingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.
- Bij concrete veranderingen in het zorglandschap moeten burgers en (lokale) politiek vanaf het begin goed worden betrokken en geïnformeerd om draagvlak te verwerven.

Het gevoel is dat er iets wordt afgenomen, niet dat dit manieren zijn om de zorg beter te organiseren.

Maar informeren alleen is niet voldoende. Het is ook belangrijk burgers te betrekken bij veranderingen in het zorglandschap. Iedere keer weer zien we dat bijvoorbeeld plannen voor sluiting van een spoedeisende hulp leiden tot maatschappelijke onrust. Het gevoel is dat er iets wordt afgenomen, niet dat dit manieren zijn om de zorg beter te organiseren. Terwijl dit laatste vaak wel de intentie is. Wij roepen het zorgveld op bij specifieke veranderingen in het zorglandschap de betrokkenheid van de

burger en (lokale) politiek vanaf het begin goed te organiseren en met één mond te spreken. Daarnaast zien we voor onszelf, andere overheidspartijen en patiënten- en consumentenorganisaties een belangrijke taak om draagvlak en begrip te creëren voor de beweging naar passende zorg en wat die beweging betekent. De zorgbelofte, waarmee de Patiëntenfederatie recent een start heeft gemaakt, is hierbij een mooie bouwsteen.

2.5 Samenwerking cruciaal voor passende zorg

Geen enkele zorgprofessional, zorgaanbieder, zorginkoper of overheidspartij kan alleen de veranderingen realiseren die nodig zijn voor passende zorg. Daarom is samenwerking cruciaal: lokaal, in de regio en landelijk. We zien hiervan goede voorbeelden. Samenwerking is geen doel op zich, het bevorderen van de gezondheid van inwoners moet het uitgangspunt zijn. We pleiten voor landelijke gezondheidsdoelen met een vertaling naar regionale gezondheidsdoelen op basis van het regiobeeld. Deze doelen zijn nodig om richting te geven aan niet-vrijblijvende veranderingen die partijen in de regio met elkaar afspreken. Landelijk vinden partijen elkaar steeds beter op de overkoepelende doelen van de beweging naar passende zorg. En ook wijzelf werken steeds intensiever samen met bijvoorbeeld het Zorginstituut, VWS en IGJ om de juiste randvoorwaarden voor deze beweging te creëren.

In het kort

- Zorg voor een behapbare en betaalbare besturing en governance van lokale, regionale en landelijk samenwerking.
- Zorginkopende partijen hebben een bijzondere verantwoordelijkheid richting hun verzekerden of inwoners om toegang tot passende zorg te borgen.

Bij een robuust en toekomstbestendig zorgstelsel horen heldere rollen en verantwoordelijkheden, waarop NZa en IGJ kunnen toezien.

Samenwerking brengt echter ook uitdagingen en dilemma's met zich mee. Het is voor zorgbestuurders en zorginkopende partijen steeds uitdagender om de netwerken waarbinnen zij actief zijn goed te besturen. Een enkele zorgorganisatie participeert regelmatig in tientallen netwerken en samenwerkingsverbanden. Daarnaast vallen zorgorganisaties soms in meerdere, overlappende regio's, zoals de zorgkantorregio en de ROAZ-regio. Aandacht voor een behapbare en kostenefficiënte besturing en governance van lokale, regionale en landelijk samenwerking is dus echt cruciaal. Ook vanuit ons perspectief als toezichthouder. Want als samenwerkende partijen steeds meer gezamenlijk verantwoordelijk worden voor toegankelijke en betaalbare zorg, wordt ook diffuser wie aangesproken kan worden op welke verplichting als er problemen ontstaan. Bij een robuust en toekomstbestendig zorgstelsel horen heldere rollen en verantwoordelijkheden, waarop NZa en IGJ kunnen toezien.

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben als zorg inkopende partijen een bijzondere verantwoordelijkheid. Zij staan ervoor aan de lat dat hun verzekerden of inwoners kunnen rekenen op toegang tot passende zorg als zij dat echt nodig hebben. Doordat passende zorg vraagt om domeinoverstijgende samenwerking tussen het maatschappelijk domein, de curatieve en langdurige zorg, zal inkoop van zorg ook steeds meer in samenwerking en samenhang moeten plaatsvinden. Wij onderschrijven de aanbevelingen uit het rapport van Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. "Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg" waarin zij aanbevelingen doen om een stevig fundament van publieke gezondheidszorg te verwezenlijken. Een sterkere eerstelijns en sociaal domein. Desnoods ten koste van middelen bestemd voor de tweede lijn. Het is van belang

dat we de zorgvraag en hulpvraag méér aan de voorkant opvangen. Een hulpvraag die niet wordt opgepakt wordt namelijk een zorgvraag. We vinden het om die reden van groot belang dat de politiek en het ministerie van VWS nader onderzoeken of en hoe invulling gegeven kan worden aan de aanbeveling van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om een gezamenlijke zorgplicht voor gemeenten en zorgverzekeraars in het leven te roepen.

2.6 Passende contractering en bekostiging

De beweging naar passende zorg vraagt enerzijds om ondersteunende financiële afspraken tussen zorgaanbieders en zorginkopende partijen (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten), en anderzijds om veranderingen in de bekostigingssystematiek.

Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorginkopende partijen meer tijd en aandacht besteden aan het strategische gesprek over het lange termijn perspectief. Ook vinden we met het oog op het versterken van het onderlinge vertrouwen meer openheid in de contractering van belang.

Aanpassing van de bekostigingssystematiek is nodig om van een focus op verrichtingen naar een focus op het voorkomen van zorg te gaan. Dit vraagt echter wel meer inzicht in uitkomsten van interventies.

Om het voorkomen van zorg ook voor zorgverzekeraars lonend te maken, is het aanpassen van de risicoverevening nodig.

2.6.1 Contractering met lange termijn perspectief en op basis van vertrouwen

Zorgaanbieders en zorginkopende partijen maken afspraken over de zorg die zij leveren, hoe ze die zorg organiseren en welke vergoedingen daar tegenover staan. Deze contractsvrijheid is een belangrijk element in ons zorgstelsel. Nu schaarste vraagt om samenwerking om de beschikbare zorgcapaciteit zo verstandig mogelijk in te zetten, is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorginkopende partijen elkaar goed weten te vinden. En dat de afspraken die zij onderling maken ondersteunend zijn aan de doelen die in de regio en door samenwerkingsverbanden worden gesteld. Hier ligt een uitdaging, omdat we de afgelopen jaren als marktmeester en toezichthouder regelmatig hebben geconstateerd dat het vertrouwen tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars laag is. Om dit vertrouwen te herstellen, vinden wij het van belang dat er meer tijd en aandacht uitgaat naar het strategische gesprek over het lange termijn perspectief en er meer openheid komt. De IZA-doelen moeten concreet worden doorvertaald naar (financiële) resultaatsafspraken. We hebben dit uitgewerkt in handvatten voor de contractering. In de komende contracteerperiode zullen we deze handvatten nadrukkelijk betrekken in ons toezicht.

Er is meer openheid en strategisch perspectief in de contractering nodig om bij te dragen aan passende zorg.

2.6.2 Meer gezamenlijke inkoop op cruciale of complexe vormen van zorg

Er zijn zorgvormen waarbij een slechte toegang direct leidt tot gevaar voor de patiënt en/of de maatschappij. Denk hierbij aan acute of complexe psychiatrische zorg, hele intensieve gehandicaptenzorg en intensieve thuiszorg. Omdat dit gaat om zorg voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving vinden wij het van belang dat zorgverzekeraars of zorgkantoren gezamenlijk in beeld brengen hoe groot de zorgvraag en het zorgaanbod is en hoe deze zorg het beste kan worden ingekocht om er voldoende van beschikbaar te hebben. Dit betekent samenwerking en congruente zorginkoop in plaats van elke zorgverzekeraar of elk zorgkantoor voor zich. Daar waar andere vormen van bekostiging nodig zijn om de beschikbaarheid te borgen, zien wij nadrukkelijk een rol voor onszelf en andere overheidspartijen.

Congruente zorginkoop nodig om beschikbaarheid van cruciale of complexe vormen van zorg te borgen.

2.6.3 Lonend maken van inzet op gezondheid en het voorkomen van zorg

Om de focus van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals op gezondheid en het voorkomen van zorg te versterken is het belangrijk de huidige bekostigingssystematiek van zorg aan te passen. Hierin zien wij voor onszelf een belangrijke rol, maar wij kunnen dit niet alleen.

Al langer klinkt het geluid dat we afscheid zouden moeten nemen van een bekostigingssystematiek op basis van medische handelingen. Hoewel we in toenemende mate ook declaratietitels maken voor andersoortige interventies, ligt het zwaartepunt voor een zorgaanbieder nog vaak op het declareren van medische handelingen. Als we dit verdienmodel willen aanpassen, moeten we zoeken naar manieren om niet de medische handeling, maar de uitkomst van een interventie leidend te laten zijn in de bekostiging. Dit vraagt echter meer inzicht in uitkomsten van zorg dan we nu hebben. Dit inzicht is ook nodig om te kunnen beoordelen of gezondheidsdoelen worden gerealiseerd. Het goed vast kunnen leggen en uitwisselen van gegevens is hierbij noodzakelijk, net als het investeren in het creëren van kennis uit die gegevens en het mede op basis van die kennis maken van keuzes in de zorg. Uitkomstinformatie geeft inzicht in de waarde die zorg toevoegt. Het gaat om waarde die voor de inwoners/patiënten relevant zijn. Denk daarbij aan klinische parameters (hartslag, temperatuur, gewicht etc.), fysieke vermogens (mobiliteit, hersenconditie etc.) en door patiënten gerapporteerde ervaringen. Als NZa zetten wij ons ook in om meer transparantie van uitkomsten van zorg te bewerkstelligen, zodat dit op populatieniveau in de contractbesprekingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars een grotere rol kan spelen. We kijken hierbij zowel naar het ontwerp van de bekostiging in de verschillende sectoren, als in mogelijkheden om via declaratievoorwaarden of andere manieren transparantie over uitkomsten van zorg te vergroten.

Meer lezen?

- [Streefwaarden voor de volksgezondheid](#), Jochen Mierau et al.
- [Kiezen voor houdbare zorg](#), Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid

Ook zijn aanpassingen in het systeem van risicoverevening nodig om zorgverzekeraars meer financiële prikkel te geven om werk te maken van het voorkomen van zorg. Nu krijgen zorgverzekeraars vanuit de risicoverevening met name compensatie voor de groep verzekerden die een hoog risico op kosten heeft, niet als deze kosten worden voorkomen en hun populatie verzekerden gezonder wordt.

Ten slotte is het noodzakelijk om goed te kijken naar de passendheid van zorg zoals die nu in het pakket zit. Draagt de zorg wel bij aan kwaliteit van leven en functioneren, is de behandeling kosteneffectief? Dit om ervoor te zorgen dat de beschikbare ruimte in het pakket besteed wordt aan passende zorg.

Wat is risicoverevening?

Risicoverevening is een verrekeningssystematiek van het ministerie van VWS om de solidariteit van ons zorgstelsel te bewaken. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren die een zorgverzekering wil afnemen: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek. Door die verplichting zijn de kosten die zorgverzekeraars maken niet altijd gelijk verdeeld. Zorgverzekeraars maken hogere kosten als ze veel verzekerden hebben met (ernstige) aandoeningen. Om te zorgen dat het systeem van solidariteit kan blijven bestaan, ontvangen deze zorgverzekeraars een compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. Voor verzekerden met een goede gezondheid ontvangt een zorgverzekeraar een lage compensatie en voor verzekerden met een slechte gezondheid een hoge compensatie. Die compensatie noemen we de 'vereveningsbijdrage'.

2.7 Gegevensuitwisseling randvoorwaardelijk

De juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek is van levensbelang. Denk aan informatie over iemands medische voorgeschiedenis of medicatie. Wij vinden dat de burger altijd inzicht moet kunnen hebben in de eigen gegevens en zeggenschap moet hebben over de toegang ervan door externe partijen. Daarnaast is inzicht in gezondheidsdata door de overheid nodig om te kunnen sturen op resultaat: elke zorgeuro moet primair ingezet worden op een positieve uitkomst in termen van gezondheid en kwaliteit van leven. Uitkomstinformatie geeft inzicht in de waarde die zorg toevoegt. Het gaat om waarde die voor de inwoners/patiënten relevant zijn. Om dit te regelen is nationale regie nodig door de overheid.

In het kort

- Voor passende zorg en het sturen op uitkomsten in de zorg, is het nodig dat zorgaanbieders elektronisch gegevens kunnen uitwisselen; met elkaar en met de overheid.
- Het is van cruciaal belang dat deze gezondheidsgegevens veilig zijn.
- Burgers moeten altijd inzicht hebben in hun eigen beschikbare gegevens en erop kunnen vertrouwen dat de personen die ook toegang hebben tot deze data er zorgvuldig en integer mee omgaan.
- Om het uitwisselen van medische gegevens tussen zorgaanbieders en tussen zorgprofessionals en burgers te verbeteren, is nationale regie nodig vanuit de overheid. Bijvoorbeeld door veilige gegevensuitwisseling wettelijk te verankeren.

2.7.1 Belang gegevensuitwisseling in de zorg

In ons dagelijks leven wordt veel informatie gedeeld en het lijkt bijna vanzelfsprekend dat iedereen op het juiste moment over de juiste informatie beschikt. Toch is dit in de zorg niet het geval. Nu moet een patiënt bijvoorbeeld nog meerdere keren zijn verhaal vertellen bij het wisselen van een zorgverlener. Soms is de medische geschiedenis van een patiënt of welke medicatie eerder is voorgeschreven niet

bekend. Zeker wanneer een patiënt zelf niet in staat is om dit mondeling toe te lichten, kan dit leiden tot zorgwekkende situaties.

Er wordt al wel bepaalde informatie gedeeld tussen zorgaanbieders. Dit gaat soms elektronisch, maar vaak op papier. Dit leidt tot niet volledige patiëntgegevens en veel extra overtypewerk, terwijl de administratiedruk al hoog is in de zorg. Daarnaast zien we een toename van complexe zorgvragen. Dat vraagt om multidisciplinaire zorg in de vorm van ketenzorg en netwerkzorg. Het beschikken over de juiste informatie op het juiste moment, en daarmee elektronische gegevensuitwisseling is cruciaal voor passende zorg.

2.7.2 Inzicht in eigen gegevens voorop

Informatie over gezondheid is heel persoonlijk; je wilt niet dat die gegevens met iedereen worden gedeeld. Daarom zijn er strenge privacyregels in Nederland. We zien en erkennen de zorgen van mensen rondom gegevensuitwisseling. Daarom is een aantal randvoorwaarden nodig. Iedereen in Nederland moet:

- Toegang hebben tot diens persoonlijke data;
- Weten dat die persoonlijke data goed beveiligd is;
- Weten wie er nog meer toegang heeft tot die persoonlijke data;
- Weten wat die personen met die persoonlijke data doen of kunnen doen;
- Ondersteuning ontvangen bij digitale vaardigheden als dit gewenst is.

De eerste stap is dat je als individu gemakkelijk bij je eigen informatie kan. Dat is nu vaak niet het geval, omdat informatie versnipperd is opgeslagen bij verschillende zorgaanbieders. Daardoor hebben burgers geen totaalbeeld van hun gezondheidsdata, terwijl zij dit kunnen gebruiken om te werken aan hun gezondheid en bij het maken van beslissingen samen met hun zorgprofessional. De systemen moeten eenvoudiger worden en daar waar nodig moeten burgers worden geholpen om digitaal vaardiger te worden. Inzicht in de meerwaarde van, vertrouwen in en ondersteuning bij gegevensuitwisseling zijn belangrijke randvoorwaarden om hiervoor draagvlak te krijgen bij burgers.

De burger heeft nu geen duidelijk overzicht van eigen zorggegevens.

2.7.3 Nationale regie is nodig

Om de elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen zorgaanbieders en tussen zorgprofessionals en burgers te verbeteren, is nationale regie nodig vanuit de overheid. Er worden stappen gezet om gegevensuitwisselingen wettelijk te verankeren. Dit moedigen wij aan, want het vastleggen van gegevensuitwisselingen in wetgeving draagt bij aan het vertrouwen van de burger dat hun gegevens veilig worden uitgewisseld. Wij vinden het een goede ontwikkeling dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de regie pakt met het publiceren van de Nationale Visie en Strategie. De volgende stap is de uitvoering ervan. Er is aanpassing nodig in de huidige governance rondom gegevensuitwisseling. Dit moet duurzaam zijn en tegelijkertijd wendbaar zijn voor (inter)nationale ontwikkelingen. Zodat het veld wordt ondersteund bij de implementatie van elektronische gegevensuitwisseling.

Een ander onderdeel van duurzame en wendbare regie is het inrichten van duurzame financiering. De wijze van financiering van alle ontwikkelingen, heeft zijn weerslag op de ontwikkeling van het gezondheidsinformatiestelsel. De Nationale Visie en Strategie adviseert om te komen tot concrete

adviezen over invulling van de financiering. We zien graag dat in deze onderzoeken een onderscheid wordt gemaakt tussen de implementatie/initiële kosten en structurele kosten waar o.a. zorgaanbieders mee te maken krijgen.

2.7.4 Gegevensuitwisseling faciliteren

De implementatie van gegevensuitwisseling is complex en hiervoor is nationale regie en regionale samenwerking nodig. Als NZa spelen wij hierin een faciliterende rol: wij kunnen knelpunten uit het veld agenderen en organisaties verbinden om samen te komen tot afspraken. Wij verwachten dat zorgaanbieders door de elektronische uitwisseling van gegevens minder tijd kwijt zullen zijn aan administratieve handelingen. Het minder overtypen van medische dossiers, het sneller beschikbaar hebben van informatie en het niet onnodig overdoen van medische onderzoeken zal zorgaanbieders ontlasten. Dit is een goede zaak omdat zorgprofessionals zo meer tijd kunnen besteden aan het verlenen van zorg.

Zonder elektronische gegevensuitwisseling is het sturen op uitkomsten van zorg niet mogelijk. Om tot uitkomstgerichte zorg te komen is het bijvoorbeeld nodig om informatie-uitwisseling te doen met informatiestandaarden. Dit zijn afspraken over eenheid van taal, zodat het mogelijk wordt om gegevens en uitkomsten te vergelijken met elkaar. De NZa sluit waar mogelijk aan bij deze standaarden, zodat wij zo min mogelijk dubbele administratieve lasten veroorzaken bij zorgaanbieders. Daarnaast onderzoeken we waar we de door het veld gebruikte standaarden kunnen opnemen in onze huidige regelgeving om de implementatie te stimuleren. Ook op het gebied van kosten kunnen wij een bijdrage leveren. Zo verkennen we de mogelijkheid om structurele kosten voor gegevensuitwisseling op nemen in de reguliere kostenonderzoeken en de daaruit voorkomende tarieven.

Zorggegevens bij de NZa

Waarom wij gegevens nodig hebben

De NZa vraagt regelmatig informatie op. Wij hebben deze gegevens nodig voor onze maatschappelijke opdracht: toegankelijke en betaalbare zorg voor iedere inwoner van Nederland. We realiseren ons dat het uitwisselen en gebruiken van medische gegevens onder een vergrootglas ligt. Dit is terecht. Wij voelen een grote verantwoordelijkheid om met de grootst mogelijke zorgvuldigheid om te gaan met deze gegevens en privacy te waarborgen. Ook vinden we het belangrijk administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgprofessionals te beperken. Daarom gebruiken we zoveel mogelijk gegevens die al eerder zijn vastgelegd.

Welke informatie vragen we op?

De NZa stelt prestaties en tarieven vast. Om bijvoorbeeld een goed tarief voor de wijkverpleging vast te kunnen stellen hebben we informatie nodig over hoeveel uren de verpleegkundigen zorgen voor een patiënt, hoe hoog de salarissen zijn (of worden), hoeveel het kantoor en de IT kost. Op die manier kunnen we een goed totaaltarief berekenen. Zo kunnen de salarissen betaald worden, zorg gegeven worden, zonder dat organisaties grote winsten maken met zorggeld.

Soms vermoeden we dat een zorgaanbieder fraudeert. Om boetes uit te mogen delen, moeten wij dat bewijzen. Hiervoor hebben we soms gedetailleerde informatie nodig, bijvoorbeeld of een verpleegkundige die dag wel echt bij een patiënt is geweest. Deze vragen wij heel gericht uit.

Hoe bewaken we privacy?

Voor ons werk maken we gebruik van persoonsgegevens. De NZa gaat zeer zorgvuldig om met deze gegevens en houdt zich daarbij aan strikte wet- en regelgeving. Zo gebruikt de NZa alleen persoonsgegevens als dit echt moet en niet anders kan. Daarbij gebruiken we zo veel mogelijk gepseudonimiseerde gegevens, wat betekent dat wij niet kunnen zien van wie de gegevens zijn. Als het nodig is, vragen we advies van de Autoriteit Persoonsgegevens. Er wordt iedere keer opnieuw getoetst of de informatie gebruikt mag worden en echt nodig is voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Hoe houden we rekening met administratieve lasten

We overleggen over de uitvragen altijd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en maken meestal alleen gebruik van gegevens die aanbieders toch al moeten vastleggen voor hun eigen werk. Zo hoeven ze alleen deze gegevens naar ons door te sturen. We verwachten dat er in de toekomst steeds minder handmatig werk nodig is voor de aanlevering, omdat informatie steeds vaker uniform wordt vastgelegd volgens informatiestandaarden.

Maatschappelijke discussie en technologische ontwikkelingen

Wij mogen informatie opvragen bij aanbieders en verzekeraars, zij mogen dit niet weigeren. Bijvoorbeeld in geval van fraude is dat logisch. Bij kostenonderzoeken hebben we echter niet van iedereen de informatie nodig. Momenteel besluiten we in overleg met patiëntenverenigingen en brancheorganisaties welke gegevens minimaal nodig zijn. Maatschappelijk zien we dat er discussie is over hoeveel informatie de overheid zou moeten beschikken. We vinden het belangrijk dat dit gesprek gevoerd wordt. Alleen als de overheid helemaal open is over wat we doen met de gegevens van burgers, zijn we hun vertrouwen waard. Deze openheid geven we steeds meer vorm aan, bijvoorbeeld door te publiceren hoe we de gegevens hebben geanalyseerd en hoe we dit gebruikt hebben voor ons beleid.

3 Sectoren in beeld



3.1 Sectoroverstijgende ontwikkeling

Door een steeds maar toenemende zorgvraag en een krappe arbeidsmarkt kan iedereen niet langer dezelfde zorg krijgen als vroeger. De druk op de zorg leidt tot gezondheidsverschillen en kansenongelijkheid. Om de zorg in toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden, moet gezondheid centraal worden gesteld in al het overheidsbeleid en in de zorginkoop. Dit speelt in alle sectoren. In de onderstaande paragrafen gaan we hier per sector dieper op in en bespreken we de belangrijkste ontwikkelingen en de rol van de NZa hierin.

Palliatieve zorg

Voor een waardevolle laatste levensfase is het belangrijk dat patiënten en hun naasten tijdig en continu in gesprek zijn over de wensen en grenzen van zorg. Zorgprofessionals geven aan dat voldoende tijd voor goede gesprekken op dit moment ontbreekt. Ook sluit de bekostiging hier onvoldoende op aan. Dit komt onder meer doordat behandelen loont, terwijl dat in de palliatieve fase de kwaliteit van leven zelden ondersteunt en soms zelfs schaadt. We willen daarom proactieve zorgplanning stimuleren via de bekostiging met een prestatie per 2025.

In het kort

- We vinden het belangrijk dat mensen in de kwetsbare laatste fase van hun leven afscheid kunnen nemen van hun naasten en het leven op een manier die bij hen past, zonder onnodige zorg.
- Op dit moment loont het financieel niet om transmurale samenwerkingsafspraken te maken doordat de mogelijkheden voor het bekostigen van samenwerking beperkt en complex zijn.
- We gaan werken aan alternatieve vormen van bekostiging in palliatieve zorg, die transmurale samenwerking stimuleren en de productieprikkel remmen.

Bekostiging van palliatieve zorg

De palliatieve patiënt is sterk gebaat bij goede samenwerking tussen zorgaanbieders omdat hij vaak met een veelvoud aan zorgverleners te maken heeft. Als we niets veranderen, blijft de palliatieve zorg gesegmenteerd en niet passend georganiseerd. Bovendien is de kwaliteit veelal niet zoals het Kwaliteitskader Palliatieve zorg voorschrijft.

Met de inzet van coalitiemiddelen is een grote stimulans ontstaan om de palliatieve zorg meer passend te organiseren en bekostigen. We merken een duidelijke interesse om zowel de organisatie als de bekostiging van de palliatieve zorg te vernieuwen. De mogelijkheden voor het bekostigen van samenwerking zijn beperkt en complex doordat de bekostiging sectoraal is ingericht en iedere zorgsoort zijn eigen regels en prestaties kent. Hierdoor loont het op dit moment financieel niet om transmurale samenwerkingsafspraken te maken, maar kost het wel veel tijd.

We gaan werken aan alternatieve vormen van bekostiging in de palliatieve zorg, die transmurale samenwerking stimuleren en de productieprikkel remmen.

We gaan daarom werken aan alternatieve vormen van bekostiging in de palliatieve zorg, die transmurale samenwerking stimuleren en de productieprikkel remmen. Bijvoorbeeld door zorgverleners mee te laten delen in de besparingen die gerealiseerd worden als gevolg van goede samenwerking. Of door zorgaanbieders integraal vooraf te bekostigen voor een zorgvraag, in plaats van alle losse

onderdelen van het zorgaanbod te bekostigen zoals bij bundelbekostiging. Hierdoor kan de zorg naar eigen inzicht en beste kwaliteit worden vormgegeven zonder dat het wel of niet leveren van bepaalde zorg leidt tot (ongewenste) prikkels.

3.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen

3.2.1 Langdurige zorg

Om de langdurige zorg toegankelijkheid en betaalbaar te houden, is een transformatie nodig van deze zorg. Thema's als een nieuwe verhouding tussen formele en informele zorg zijn daarin cruciaal. Evenals de noodzaak van preventie. Daarvoor moeten grote stappen gezet worden door alle betrokkenen: van aanbieders tot zorgkantoren. Maar ook het 'systeem' moet meebewegen zodat de bedoelde transformatie meer ruimte krijgt en waar nodig ook meer gestimuleerd wordt. We zien dat daarin veel stappen te zetten zijn. Niet in de laatste plaats door de politiek zelf.

In het kort

- Er is meer sturing vanuit de politiek nodig op welke zorg aan welke doelgroep en in welke setting wel of juist niet geleverd wordt. In onze adviezen geven wij 'denklijnen' mee waarmee deze keuzes verder ingevuld kunnen worden.
- Samenwerking tussen zorgprofessionals is noodzakelijk.
- Passende inzet van het persoonsgebonden budget is van groot belang.

Heroverweging Wlz dringend nodig

In onze adviezen 'Scheiden wonen en zorg' en 'Positionering behandeling' wijzen we op de noodzaak om keuzes te maken ten aanzien van het al dan niet herstructureren van Wet langdurige zorg-aanspraken en leveringsvormen. We concluderen in het advies dat de huidige aanspraken niet stroken met de praktijk van nu en dat deze ook niet passen bij de beleidsdoelen (zoals deze in onder meer het WOZO-programma zijn vormgegeven). Concreet vraagt dit de stap van 'verblijf, tenzij' zoals dat nu is opgenomen in de Wet langdurige zorg (Wlz) naar een situatie waarbij verblijf beschikbaar is voor de meest kwetsbaren.

Daarnaast zien we dat de huidige opzet van de Wlz vooral gebaseerd is op 'keuzevrijheid'. De grote variatie aan keuzemogelijkheden, bijvoorbeeld ten aanzien van leveringsvormen, zorgt voor een brede waaier aan diversiteit maar ook complexiteit. Deze zit de broodnodige samenwerking over domeinen heen in de weg. Kortom: er is meer sturing nodig vanuit de politiek op welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting wel of juist niet geleverd wordt. Dit volledig aan het veld over te laten is niet wenselijk omdat dit situaties van willekeur en ongelijke behandeling niet uitsluit, mede doordat de prikkels voor de veldpartijen niet op elkaar zijn afgestemd. In onze adviezen noemen we denklijnen waarmee deze keuzes verder ingevuld kunnen worden.

Meer lezen?

- [Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging](#)
- [Advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten.](#)

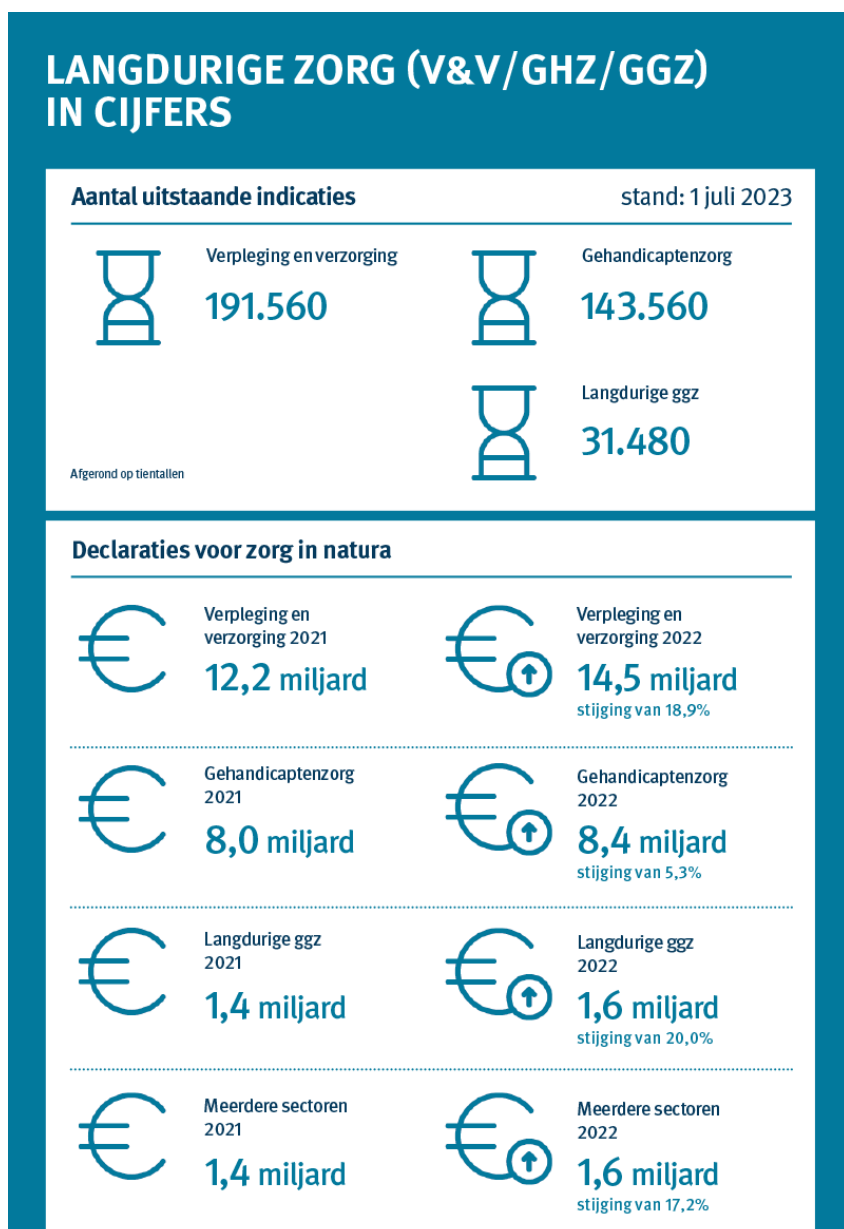
Samenwerking tussen zorgprofessionals is noodzakelijk

De zorg moet beter afgestemd worden op wat een cliënt nodig heeft en wat past bij de beschikbare woonvorm. Dat kan bijdragen aan het bereiken van een optimale inzet van schaarse capaciteit. Met capaciteit doelen we op zowel personeel als op voor de zorg en cliënt geschikte woonvormen. Een eenvoudiger systeem faciliteert ook de noodzakelijke samenwerking tussen zorgprofessionals, bijvoorbeeld op het gebied van medisch-generalistische zorg.

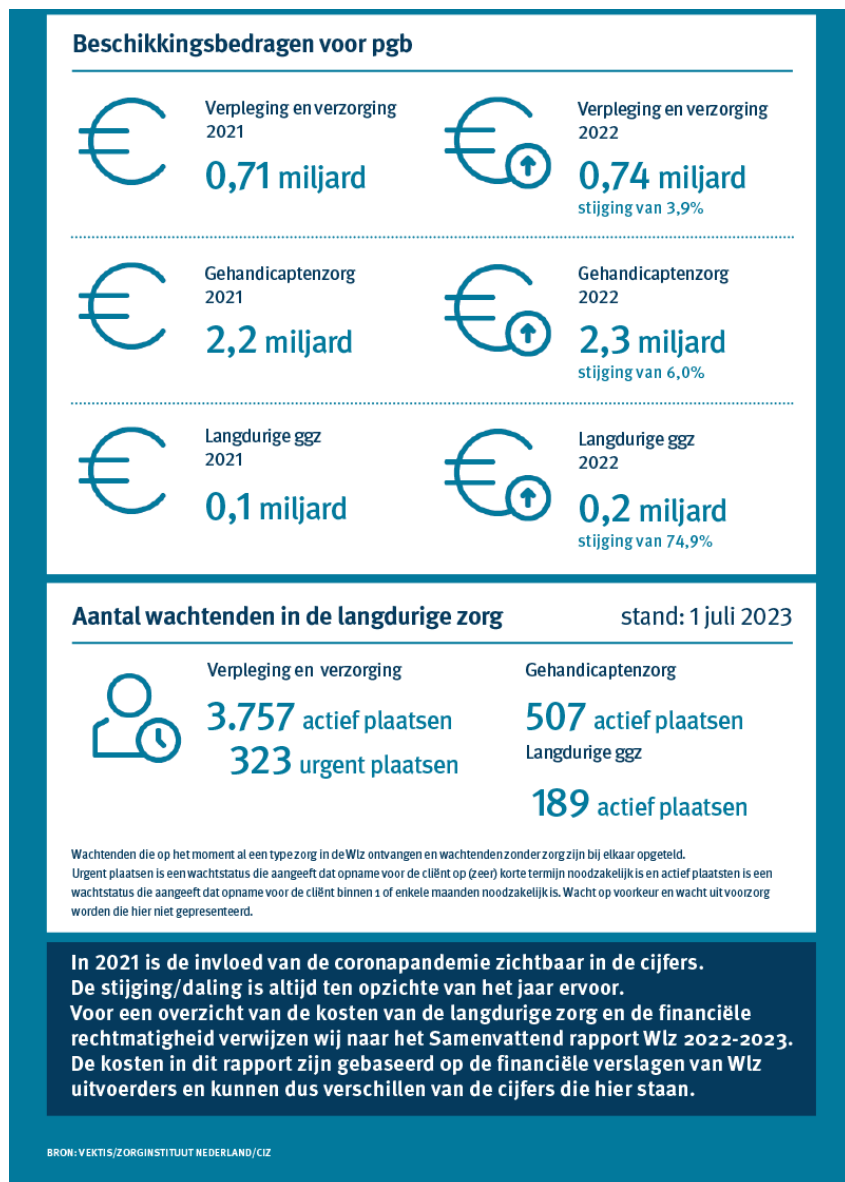
Persoonsgebonden budget

We zien dat de beschikkingbedragen voor het persoonsgebonden budget (pgb) in 2022 zijn toegenomen. Het pgb is een waardevol instrument waarmee cliënten zelf zorg en ondersteuning kunnen inkopen. Maar het kan ook leiden tot schrijnende situaties als zorgaanbieders geen goede zorg leveren of onterecht te veel declareren. De cliënt is daarvan de dupe. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij al tijdens de beoordeling van de pgb-aanvraag kritisch kijken naar een passende inzet van het pgb. We vragen daarom in onze position paper het ministerie van VWS om zorgkantoren hierbij te helpen. Bijvoorbeeld door hen meer informatiebevoegdheden te geven zodat zij onjuistheden of fraude direct kunnen onderzoeken. Er zijn ook hogere toetredingsdrempels voor professionele pgb-zorgaanbieders nodig zodat frauderende aanbieders deze zorg niet zomaar kunnen aanbieden. Het is op dit moment te makkelijk om de markt te betreden. Door de toetredingsdrempels voor zorgaanbieders te verhogen, krijgen zorgkantoren en budgethouders meer zekerheid bij het sluiten van overeenkomsten met pgb-aanbieders. Na de zomer gaan wij met partijen in gesprek om de veranderingen in de sector samen op gang te brengen.

Figuur 1 Langdurige zorg (v&v/ghz/ggz) in cijfers



Vervolg Figuur 1 Langdurige zorg (v&v/ghz/ggz) in cijfers



3.2.1.1 Gehandicaptenzorg

De gehandicaptenzorg (ghz) is een complexe sector: de sector bestaat uit een aantal deelsectoren en subgroepen en de diversiteit van de cliëntpopulatie is groot op het gebied van de beperking maar ook qua leeftijdsverdeling. We hebben als taak om de zorg toekomstbestendig te houden voor mensen met een beperking. Dat vraagt op meerdere beleidsterreinen aandacht voor de gevolgen voor de gehandicapte cliënt. Een cliënt komt immers ook bij de huisarts, de tandarts et cetera. De 'Toekomstagenda GHZ' vanuit de sector zelf is daarin een belangrijke stap.

In het kort

- Wij voeren een kostonderzoek uit naar de tarieven voor de gehandicaptenzorg, onder meer voor cliënten met een complexe (gedrags)problematiek (VG7-cliënten)
- Wij spreken met de sector over een andere manier van bekostigen en/of beschrijven van de doelgroep.
- De nieuwe meerzorgsystematiek moet er voor zorgen dat de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert.

Complexe casuïstiek

De groep cliënten met (gedrags)problematiek (VG7-cliënten) komt regelmatig terug in de media. De berichten gaan met name over de zeer dringende personeelskrapte. Doordat veel cliënten zeer intensieve zorg nodig hebben, is dat een groot probleem. Inhuur van personeel-niet-in-loondienst is bij deze doelgroep niet wenselijk omdat het kennen van de cliënt essentieel is, evenals het kunnen bieden van stabiliteit en continuïteit. Toch zien we dat dit helaas vaak nodig is. En dat brengt extra hoge kosten met zich mee.

Wij voeren een kostenonderzoek uit naar de tarieven voor de gehandicaptenzorg. Tegelijkertijd spreken we met de sector over een andere manier van bekostigen en/of beschrijven van deze doelgroep: er is op dit moment één zorgzwaartepakket terwijl de onderlinge variatie groot is. Dat vraagt een gezamenlijke inzet.

Daarnaast is expertise-ontwikkeling voor deze doelgroep gewenst en waar nodig concentratie van zorg van belang. Op dit moment lijken de verschillen in aanpak tussen aanbieders groot. Het is belangrijk dat aanbieders ook onderling van elkaar leren én verbeteren.

Vernieuwend verantwoord

In 2019 hebben wij de Beleidsregel - Experiment vernieuwend verantwoordend WIZ geïntroduceerd. Hiermee willen wij zorgaanbieders de ruimte geven om te experimenteren met het op een alternatieve manier afleggen van interne en externe verantwoording over de geleverde zorg. Het doel: minder administratie en meer kwaliteit. Wij nemen de ervaringen die zorgaanbieders opdoen mee bij het vaststellen van nieuwe regelgeving voor de Wet langdurige zorg.

Meerzorg

Cliënten die meer dan 25% extra zorg nodig hebben dan het best passende zorgprofiel, kunnen aanspraak maken op de meerzorgregeling. Dit zijn bijvoorbeeld cliënten met een meervoudige beperking of zeer moeilijk te behandelen gedragsproblematiek. Het zorgkantoor doet de toetsing en bepaalt de omvang en geldigheidsduur van de meerzorg. Per 2023 hebben wij een nieuwe meerzorgsystematiek ingevoerd. Deze systematiek houdt rekening met indirecte cliëntgebonden uren.

Meerzorg verbetert de kwaliteit van leven voor cliënten waar het toegewezen zorgprofiel onvoldoende aansluit op de complexe zorgvraag. Er wordt hierbij niet alleen gekeken naar inhoud, maar ook naar de verantwoording van de te besteden middelen en de doelmatigheid.

Meerzorg verbetert de kwaliteit van leven voor cliënt.

Meer lezen?

- [Landelijk akkoord Zorgverzekeraars Nederland en VGN 2022-2026](#)
- [Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028](#)

3.2.1.2 Ggz in de Wlz

Sinds ruim twee jaar kennen we binnen de Wlz de directe toegang voor volwassenen met een psychische stoornis als zij voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Mensen met een psychische stoornis worden met deze wetwijziging gelijk behandeld als mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke handicap of mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking. De directe toegang zorgt voor meer rust bij mensen die blijvend intensieve ggz nodig hebben. Sinds de directe toegang in 2021 zien we dat de instroom in de Wlz-ggz veel hoger is dan vooraf ingeschat. Zorgkantoren hebben de overzetting van ggz-cliënten naar de Wlz in 2021 geborgd, maar dit betekent niet automatisch dat het in alle gevallen de meest passende zorg is. Daar ligt nog een uitdaging.

In het kort

- De instroom in de Wlz-ggz is groter dan verwacht, waardoor de toegankelijkheid onder druk komt te staan.
- Bestuurlijke afspraken zijn gemaakt om de instroom te beperken en ook op langere termijn passende zorg te blijven realiseren.
- Veldpartijen ontwikkelen samen met het Zorginstituut een kwaliteitskader voor ggz-wonen in de Wlz
- We voeren op dit moment een kostenonderzoek uit naar de modulaire ggz-wonen prestaties. In 2024 onderzoeken we de integrale Wlz-ggz prestaties.

Ggz-behandeling

In de zomer van 2022 heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport aangegeven het overgangsrecht met ingang van 1 januari 2024 te willen beëindigen. Wij hebben eind 2022 op verzoek van [VWS een uitvoeringstoets](#) uitgebracht over de bekostiging vanuit de Wlz van ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis. De minister heeft in navolging van de conclusies van deze uitvoeringstoets besloten het overgangsrecht langer van kracht te laten blijven om ruimte te maken voor een zorgvuldig en stapsgewijs implementatieproces. Dit najaar worden door VWS stappen gezet om dit implementatietraject te starten.

Bestuurlijke afspraken

Inmiddels zijn door VWS en betrokken veldpartijen bestuurlijke afspraken gemaakt. Doel van deze bestuurlijke afspraken is om de instroom te beperken. Hiervoor worden gezamenlijk actielijnen uitgezet. Er wordt in kaart gebracht welke zorg en ondersteuning het meest passend is voor de cliënt en in welk domein (Wlz, Wmo, Zvw) deze zorg moet worden georganiseerd.

Binnen de afspraken wordt door partijen onder meer gewerkt met regio-analyses, wordt onderzocht of gemeentelijke beschikkingen langer kunnen duren en worden de toegangscriteria voor de Wlz onderzocht en nader geduid. We verwachten vanuit de bestuurlijke afspraken duiding van de toegangscriteria zodat de toegankelijkheid in de Wlz-ggz gewaarborgd blijft voor de mensen voor wie de Wlz echt passend is.

Wij zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de bestuurlijke afspraken, ondersteunen deze actielijnen en pakken onze rol door middel van informatiekaarten en monitors.

Kwaliteitskader

Naast de bestuurlijke afspraken zijn er verdere stappen gezet in het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor ggz-wonen in de Wlz.

Kostenonderzoek

Wij voeren op dit moment een kostenonderzoek uit naar de modulaire ggz-wonen prestaties. Volgend jaar start de uitvraag naar de integrale ggz-prestaties in de Wlz. Deze onderzoeken moeten leiden tot nieuwe tarieven.

Meer lezen?

- [Uitvoeringstoets Bekostiging ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis](#)
- [Monitor Zorggebruik GGZ-Wonen cliënten in de Wlz](#)
- [Informatiekaart GGZ-Wonen in de Wlz per 2021 - eerste inzichten in de instroom](#)
- [Informatiekaart Zorgpaden naar GGZ Wonen in de Wlz](#)

3.2.1.3 Verpleging en verzorging (V&V)

Wij zien dat een tweedeling in de zorg dreigt te ontstaan. Nieuwe woon(zorg)vormen zijn vooral bereikbaar zijn voor cliënten met ruimere financiële mogelijkheden. Veel van deze alternatieven worden in de vrije huursector, of als koopwoningen, gerealiseerd. Cliënten met minder financiële middelen zijn aangewezen op sociale woningbouw. Deze woningbouwcorporaties zijn op dit moment niet in staat vrijuit te kiezen voor het realiseren van woningen voor deze doelgroep, gegeven de verschillende uitdagingen waarvoor woningcorporaties gesteld zijn. Voor deze cliënten blijft dan vooral de mogelijkheid over om thuis te blijven wonen of naar een traditioneel verpleeghuis te verhuizen. Deze laatste mogelijkheid wordt beperkt wanneer de minister voor Langdurige Zorg en Sport vasthoudt aan het voornemen om de verblijfs capaciteit te bevroren.

In het kort

- De manier waarop de langdurige zorg nu is georganiseerd is niet langer houdbaar.
- De minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft het voornemen om de verblijfs capaciteit te bevroren. Langer thuis, met (meer) hulp uit het eigen netwerk is het uitgangspunt. Gevolg hiervan is dat de keuzevrijheid groter zal zijn voor cliënten die, ook buiten eigen invloed, een beroep op een netwerk kunnen doen of beschikken over meer (financiële) middelen. Er is een risico op tweedeling in de zorg.
- Er is een transitie in de langdurige zorg nodig om te voorkomen dat de zorg aan de meest kwetsbaren in gevaar komen. Dat betekent dat keuzes gemaakt moeten worden ten aanzien van het

al dan niet herstructureren van Wlz-aanspraken en leveringsvormen zodat het systeem beter beheersbaar wordt.

- Er is sturing nodig vanuit de politiek op welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting, wel of juist niet wordt geleverd.

We vinden dat meer sturing vanuit de politiek nodig is op welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting wel of juist niet geleverd wordt.

Invulling zorgplicht

We onderzoeken hoe zorgkantoren invulling geven aan het uitgangspunt “thuis, tenzij...” in hun inkoopbeleid. Daarbij vragen wij onder andere naar de criteria op grond waarvan zorgkantoren bepalen of een cliënt in aanmerking komt voor intramurale opname. En of voor de cliënten die niet worden opgenomen zorg thuis passend wordt ingevuld. Hieruit moet ook blijken of de bestaande Wlz-aanspraak voldoende transparant, voorspelbaar en vergelijkbaar wordt toegekend.

Reis van de cliënt door de zorgketen

Daarnaast doen we een vervolgonderzoek naar de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg. Dit onderzoek doen wij vanuit het perspectief van de reis van cliënten door de zorgketen. We kijken of en hoe passende zorg op elk moment in de keten wordt gewaarborgd met specifieke aandacht voor de overgangsfasen tussen de Zvw en de Wlz en tussen Wlz-zorg thuis en intramurale opname. Het onderzoek is gericht op het vinden van aangrijpingspunten voor de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars en zorgkantoren, juist als het gaat om die overgangsfasen. We verwachten dat het onderzoek leidt tot een scherper beeld van de (toekomstige) mogelijkheden en beperkingen om Wlz-cliënten langer thuis passende zorg te bieden. Daarnaast draagt het inzicht dat dit onderzoek genereert bij aan de discussie over de juiste criteria op basis waarvan kan worden bepaald voor wie welke zorg passend is. Bovendien verwachten wij dat dit onderzoek ook inzichten oplevert voor het mogelijk vertragen of voorkomen van de overgang naar Wlz-zorg door het anders (dan wel eerder) organiseren van bepaalde zorg en welzijn in het voorliggende (sociale) domein.

Meer lezen?

- [Advies scheiden van wonen en zorg in de verpleging en verzorging](#)
- [Advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten](#)
- [Onderzoeksrapport Verkenning in- en doorstroom ouderen langdurige zorg](#)

3.2.2 Kortdurende zorg

De kortdurende zorg is een sector die volop in ontwikkeling is. Steeds meer mensen blijven langer thuis wonen, ook wanneer zij kwetsbaarder worden. Bij kwetsbare, thuiswonende mensen moet rekening worden gehouden met situaties waarin een plotselinge, acute zorgvraag ontstaat waarbij iemand tijdelijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen. In die gevallen kan het een uitkomst bieden om de patiënt tijdelijk op te nemen. Ook kan het zijn dat er sprake is van een kwetsbare situatie in de thuissituatie. Een specialist ouderengeneeskunde kan tijdelijk meekijken met de huisarts en aanvullende behandeling aan kwetsbare patiënten thuis leveren. Door het leveren van deze aanvullende behandeling thuis ofwel een tijdelijke opname kan een opname in het ziekenhuis of vroegtijdige opschaling naar intramurale zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) voorkomen of uitgesteld worden. Onder de kortdurende zorg vallen

de volgende 3 vormen van zorg: het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

In het kort

- We verwachten een stijgende zorgvraag met een gelijkblijvend of dalend zorgaanbod.
- Kortdurende zorg draagt bij uitstek bij aan passende zorg: de zorg is gericht op verplaatsen en vervangen van zorg en voorkomt dat patiënten meer of zwaardere zorg nodig hebben.
- Verdere professionalisering en inhoudelijke positionering van de sector is nodig.
- We zetten in op passende bekostiging en contractering in de kortdurende zorg.

Stijgende zorgvraag

De kortdurende zorg wordt net als andere sectoren geconfronteerd met de gevolgen van de dubbele vergrijzing (toename 65+'ers en 80+'ers) in combinatie met een krapte op de arbeidsmarkt. Met name in het aantal specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en GZ-psychologen in deze sector. We verwachten een stijgende zorgvraag in combinatie met een gelijkblijvend of dalend zorgaanbod. Het risico is dat patiënten te laat of geen zorg kunnen ontvangen waardoor zwaardere zorginzet nodig is. Hierdoor komt de toegankelijkheid van deze zorg onder druk te staan.

Kortdurende zorg draagt bij uitstek bij aan passende zorg: de zorg is gericht op verplaatsen en vervangen van zorg en voorkomt dat patiënten meer of zwaardere zorg nodig hebben.

Tegelijkertijd zien we dat met name de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen zich nog verder moet professionaliseren en inhoudelijk moet positioneren. Dit zorgt voor uitdagingen en maar creëert tegelijkertijd kansen. Kortdurende zorg draagt bij uitstek bij aan passende zorg: de zorg is gericht op verplaatsen en vervangen van zorg en voorkomt dat patiënten meer of zwaardere zorg nodig hebben.

Figuur 2 Kortdurende zorg in cijfers

KORTDURENDE ZORG IN CIJFERS

Eerstelijnsverblijf



Aantal patiënten 2022

37.700

daling van 12,7%



Uitgaven 2022

301,8 miljoen

daling van 10,6%

Geriatrische revalidatiezorg



Aantal patiënten 2020

47.400

daling van 11,1%



Aantal patiënten 2021

51.900

stijging van 9,5%



Uitgaven 2020

658,0 miljoen

daling van 12,8%



Uitgaven 2021

734,2 miljoen

stijging van 11,6%

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen



Aantal patiënten 2022

33.400

stijging van 16,4%



Uitgaven 2022

75,8 miljoen

stijging van 14,5%

In 2020 en 2021 is de invloed van de coronapandemie zichtbaar in de cijfers. De stijging/daling is altijd ten opzichte van het jaar ervoor. Deze cijfers bevatten een kleine overschatting vanwege problemen door overgang naar een nieuw datasysteem bij een zorgverzekeraar.

BRON: VEKTIS

Op weg naar passende bekostiging

De kortdurende zorg bezet een belangrijke plek in het zorglandschap. Een optimale bekostiging is een belangrijke randvoorwaarde voor het bieden van deze passende zorg en een sterke eerste lijn. Binnen de kortdurende zorg is er sprake van overlap tussen zorgvormen waardoor onduidelijkheid bestaat over welke bekostiging is aangewezen. Er zijn grijze gebieden waarbij niet altijd duidelijk is welke aanspraak en daarmee ook welke bekostiging van toepassing is. Hierdoor kan bekostiging sturend worden voor de zorglevering.

We zetten in op passende bekostiging en contractering in de kortdurende zorg. Op dit moment zetten we al de eerste stappen met het verder ontwikkelen van passende prestaties en tarieven voor het eerstelijnsverblijf. We onderzoeken daarnaast de samenloop tussen de verschillende zorgvormen van de kortdurende zorg en zetten waar nodig stappen naar passende bekostiging. We bekijken of vereenvoudiging noodzakelijk is en of de bekostiging passende contractering stimuleert.

3.2.3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen

3.2.3.1 Medisch-specialistische zorg

Zonder maatregelen stijgen de zorguitgaven naar 19 tot 21% van het nationale inkomen. Dit is niet realistisch en bovendien niet wenselijk. Meer geld is dus niet de oplossing. Het versnellen van de beweging richting passende zorg is nodig, maar om dit te bereiken moeten er moeilijke politieke keuzes gemaakt worden over wat passende en vooral ook niet-passende zorg is. We roepen de politiek op om keuzes te maken over het zorgaanbod van hooggespecialiseerde zorg.

Stijgende kosten onhoudbaar

De stijgende kosten van de medisch-specialistische zorg (msz) worden onder andere veroorzaakt door de stijgende zorgvraag, steeds duurder wordende medische technologieën, inflatie en de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen waardoor de msz verdrongen wordt.

In het kort

- De zorguitgaven stijgen van 19 naar 21% van het nationale inkomen, dit is niet realistisch en bovendien niet wenselijk.
- Concentratie van zorg draagt bij aan het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De keuzes hierover moeten wel genomen worden op basis van een integraal perspectief van het zorglandschap.
- De bekostiging van de medisch-specialistische zorg sluit niet aan op de beweging richting passende zorg. De volumeprikkel is nog te sterk in de huidige bekostiging.
- Bekostiging op basis van uitkomsten en op basis van sector- en domeinoverstijgende zorg is nodig.

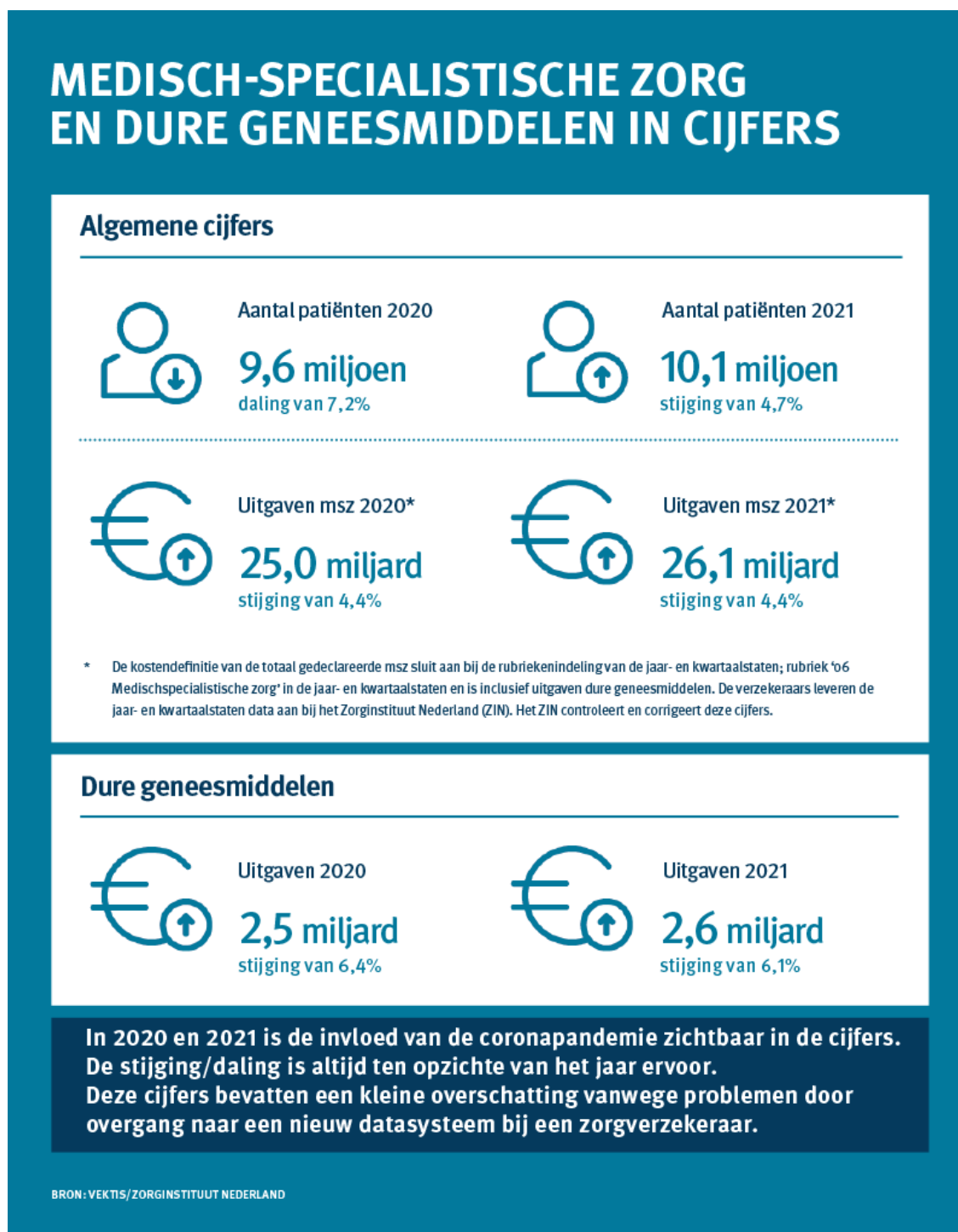
We zien al jaren dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen. In 2021 gaven we 11,3% meer uit aan dure geneesmiddelen ten opzichte van 2020. Dit baart ons zorgen. De stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen is namelijk hoger dan de toename van het beschikbare financiële kader voor de msz. Dit heeft tot gevolg dat steeds minder geld beschikbaar is voor andere msz. Dit brengt de toegankelijkheid van de msz in gevaar. Ingrijpen van de overheid is nodig om de verdringing van andere msz door uitgaven aan dure geneesmiddelen halt te roepen.

Om de stijgende zorgvraag aan te kunnen, is het belangrijk dat zorgprofessionals de ruimte krijgen om te doen wat nodig is om de gezondheid en kwaliteit van leven van de individuele patiënt te verbeteren. Dit betekent dat de zorg passend georganiseerd moet worden. Wij kunnen niet bepalen wat passende zorg is binnen de medische praktijk: dit valt onder de professionele autonomie van de beroepsgroepen. De beroepsgroepen moeten keuzes maken over welke zorg passend is voor de individuele patiënt. Ook moet bekeken worden welke zorg het beste geleverd kan worden door welke zorgaanbieder.

Meer lezen?

Zie [paragraaf 3.2.3.2](#) over dure geneesmiddelen.

Figuur 3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen in cijfers



Bekijk concentratie van zorg vanuit een integraal perspectief van het toekomstig zorglandschap

Het personeel in de zorg is schaars en de zorgvraag wordt steeds hoger. Om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de msz te borgen, moeten we personeel en dure infrastructuur optimaal inzetten. Concentratie, zowel bovenregionaal als regionaal, kan hieraan bijdragen. Concentratie van zorg moet echter niet geïsoleerd plaatsvinden maar op basis van een integraal perspectief van het toekomstig zorglandschap. Hiervoor is het nodig dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

dit perspectief gaat vormen en beslissingen neemt. De inhoudelijke invulling van de rol die zorgaanbieders en andere partijen in het toekomstig zorglandschap spelen is aan henzelf. Daarnaast moedigen wij regionale partijen aan om in gesprek te gaan over concentratie. Zorg hoeft niet altijd in alle instellingen plaats te vinden, maar kan verdeeld worden over de veldpartijen in de regio. Door middel van samenwerking in zorgnetwerken wordt de toegankelijkheid van integrale zorg in de regio geborgd. Dit maakt het ook mogelijk zorg dichtbij huis te organiseren. Hiermee worden onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen. In het kader van concentratie en spreiding brengen wij de bewegingen in kaart en monitoren wij die.

Concentratie van zorg moet niet geïsoleerd plaatsvinden, maar op basis van een integraal perspectief van het toekomstig zorglandschap.

Bekostiging op basis van uitkomsten en samenwerking

Om de beweging richting passende zorg in de medisch-specialistische zorg te versnellen, moet ingezet worden op samenwerking over de sectoren en domeinen heen. Deze samenwerking kan vormgegeven worden aan de hand van gemeenschappelijke uitkomsten die vastgelegd zijn in gezondheidsdoelen. De huidige bekostiging in de medisch-specialistische zorg sluit echter niet aan op deze beweging.

De huidige bekostiging van de medisch-specialistische zorg beloont passende zorg niet.

In het huidige bekostigingsmodel speelt de volumeprikkel een te grote rol. Passende zorg wordt niet beloond, sector- en domeinoverstijgende samenwerking wordt belemmerd en uitkomsten van zorg zijn niet leidend in de bekostiging. Wij onderzoeken hoe transparantie van uitkomsten van zorg kan worden gestimuleerd en gekoppeld aan de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Sector- en domeinoverstijgende betaaltitels kunnen een belangrijk instrument zijn om de schotten in financiering en bekostiging van de zorg weg te nemen. Dergelijke integrale betaaltitels stimuleren samenwerking tussen zorgverleners en aanbieders en het daadwerkelijk organiseren van zorg rondom de patiënt. Het maakt daarbij niet uit vanuit welke sector de zorg binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of beide geleverd wordt. Daarnaast zien we bundelbekostiging als veelbelovend alternatief voor de huidige volumegedreven bekostiging. Met een zorgbundel koopt de zorgverzekeraar de zorg in voor een specifieke patiëntengroep. De zorgverzekeraar en –aanbieder(s) spreken per patiënt een vast bedrag af. Over de kwaliteit van zorg en de uitkomsten van de behandeling worden afspraken gemaakt. Zorgbundels bieden tevens de mogelijkheid om schotten in de zorg te doorbreken en samenwerking tussen verschillende aanbieders te bekostigen. Om dit te bereiken moeten systeemknelpunten weggenomen worden.

Meer lezen?

- [Rapportage impactanalyse concentratie interventies bij patiënten met een AHA](#)

3.2.3.2 Dure geneesmiddelen (intramuraal)

Omdat er binnen de medisch-specialistische zorg een steeds groter aandeel aan geneesmiddelen wordt besteed, blijft er minder geld over voor andere medisch-specialistische zorg en is er sprake van verdringing. Terwijl vaak niet duidelijk is of dure geneesmiddelen meer waarde toevoegen dan andere medisch specialistische zorg. Wij roepen de politiek daarom op om moeilijke keuzes te maken over vergoeding van dure geneesmiddelen om verdere verdringing van andere medisch-specialistische zorg te voorkomen.

In het kort

- Uitgaven dure geneesmiddelen blijven toenemen en verdringen andere medisch-specialistische zorg.
- Dit brengt de toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg in gevaar.
- De politiek moet, samen met het veld, moeilijke keuzes maken om verdringing van andere medisch-specialistische zorg te voorkomen.

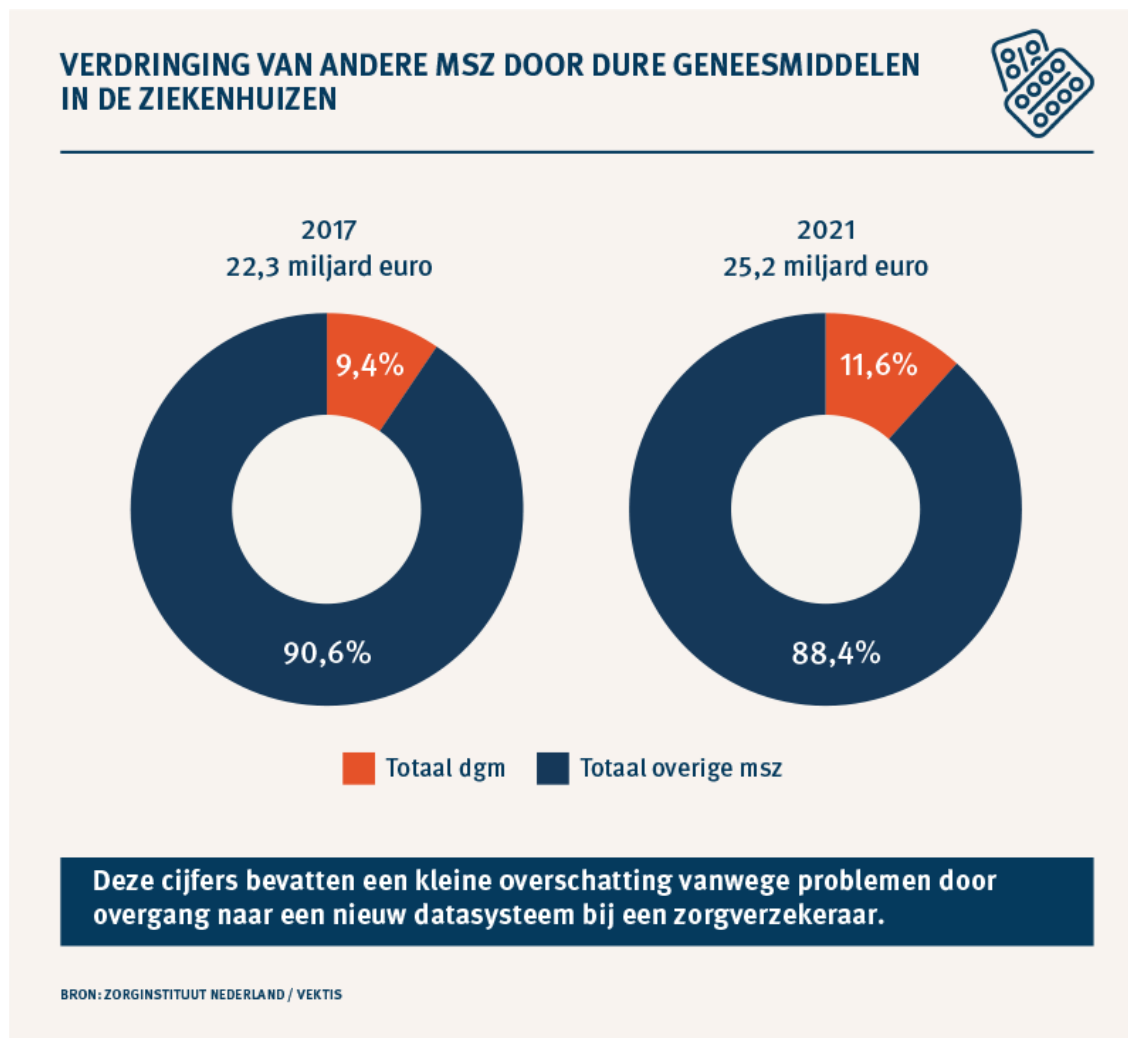
Dure geneesmiddelen verdringen andere medisch-specialistische zorg

We zien al jaren dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen. De kosten voor dure geneesmiddelen en medisch-specialistische zorg worden betaald uit hetzelfde budget. Binnen dit budget met zeer beperkte ruimte voor groei, gaven we in 2021 6,1% meer uit aan add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren (verder: dure geneesmiddelen) ten opzichte van 2020. Ten opzichte van 2019 was dit zelfs 12,49% meer. Sinds 2017 zijn de uitgaven aan dure geneesmiddelen elk jaar met gemiddeld 7% gegroeid. Terwijl de totale uitgaven aan msz met gemiddeld 3,6% toenamen. De verwachting is dat de uitgaven per jaar met 7% zullen blijven stijgen tussen 2021 en 2026.

Dit heeft tot gevolg dat minder geld beschikbaar is voor andere medisch-specialistische zorg. Dit brengt de toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg in gevaar. Om te weten hoe groot dit effect is, kijken we naar de verandering in het aandeel dure geneesmiddelen waar zorgaanbieders van de msz mee te maken hebben. Dit aandeel is gestegen van 9,4% in 2017 naar 11,6% in 2021. Dit komt overeen met ongeveer €554 miljoen (prijspeil 2021). Dit is ruim 13 duizend keer een gemiddeld bruto jaarsalaris van een verpleegkundige.

Bekijk Figuur 3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen in cijfers voor meer informatie.

Figuur 4 Verdringing van andere msz door dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen



Het ontstaan van concurrentie zorgt er (meestal) voor dat prijzen gaan dalen. In de huidige situatie zien we ook dat de uitgaven aan geneesmiddelen met concurrentie dalen. Deze daling is helaas niet groot genoeg om te voorkomen dat de totale uitgaven aan geneesmiddelen stijgen. We verwachten dat het ontstaan van concurrentie steeds minder gaat helpen om de uitgavenstijging op te vangen.

Meer lezen?

Concurrentie geneesmiddelen

De stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen zijn het gevolg van steeds hogere prijzen van geneesmiddelen zonder concurrentie op stofnaam (monopoliegeneesmiddelen). Het aantal zorggebruikers dat deze geneesmiddelen krijgt is over de jaren heen niet veel veranderd. De geneesmiddelen met concurrentie waren jaren geleden geneesmiddelen zonder concurrentie. De prijsdaling die ontstaat vanaf intreding van concurrentie is echter minder groot dan de over-all steeds hogere prijzen die we betalen aan geneesmiddelen zonder concurrentie. Hierdoor stijgen de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen. We verwachten dat het ontstaan van concurrentie steeds minder gaat helpen om de uitgavenstijging op te vangen.

Keuzes nodig over besteding van zorggeld

De cijfers over 2021 laten opnieuw zien dat het belangrijk is dat alle partijen zich inzetten voor het beheersbaar houden van de uitgaven aan dure geneesmiddelen en daarmee de zorg voor Nederland in het algemeen toegankelijk te houden. Er zijn veranderingen nodig om bewustere keuzes te maken in het besteden van zorggeld. Dit vraagt van de politiek dat zij een keuze moeten maken tussen 'zichtbare pijn' bij een specifieke patiëntengroep wanneer een geneesmiddel niet vergoed wordt en 'onzichtbare pijn' voor de Nederlandse bevolking wanneer een geneesmiddel wel vergoed wordt. Denk bij dit laatste aan het verdringen van andere zorg of een hogere zorgpremie.

De politiek moet bij de vergoeding van dure geneesmiddelen een keuze maken tussen 'zichtbare pijn' voor specifieke patiëntengroepen en 'onzichtbare pijn' voor de Nederlandse bevolking.

Wij werken samen met andere partijen aan betaalbaar houden van dure geneesmiddelen

Partijen hebben met elkaar in het IZA afspraken gemaakt over betaalbaarheid en gepast gebruik van dure geneesmiddelen. Het ministerie van VWS heeft de drempel verlaagd om geneesmiddelen te beoordelen op (kosten)effectiviteit en over de prijs te onderhandelen. Daarnaast is er het programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven Geneesmiddelen (MAUG). Dit is een gezamenlijk programma van de Autoriteit Consument en Markt (ACM), Nederlandse Zorgautoriteit en Zorginstituut Nederland, in samenwerking met VWS, waarin wij werken aan een beleidsadvies gericht op de onderstaande twee onderwerpen:

- Een kader maatschappelijk aanvaardbare prijzen en uitgaven van geneesmiddelen;
- Maatregelen voor het versterken van concurrentie van geneesmiddelen onderling.

Deze maatregelen zijn naar overtuiging van de samenwerkende partijen noodzakelijk voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor toekomstige generaties. Het is van belang om de aanpak die we in Nederland voorbereiden ook internationaal onder de aandacht te brengen met het oog op samenwerking.

Meer lezen?

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2023 al de keuze moeten maken om enkele dure, intramurale geneesmiddelen niet op te nemen in het basispakket. De reden hiervoor was dat de vraagprijs vanuit de leverancier niet in verhouding staat tot de gezondheidswinst die het geneesmiddel oplevert. Een aantal voorbeelden:

- [Geneesmiddel Limeldy niet in verzekerd pakket](#)
- [Geneesmiddel Trodelvy niet in basispakket](#)
- [Meer prijsonderhandelingen over nieuwe dure geneesmiddelen](#)
- [Pakketagenda passende zorg stuurt op betere inzet personeel](#)
- [Besluit op bezwaar boete Leadiant voor excessieve prijs geneesmiddel CDCA](#)

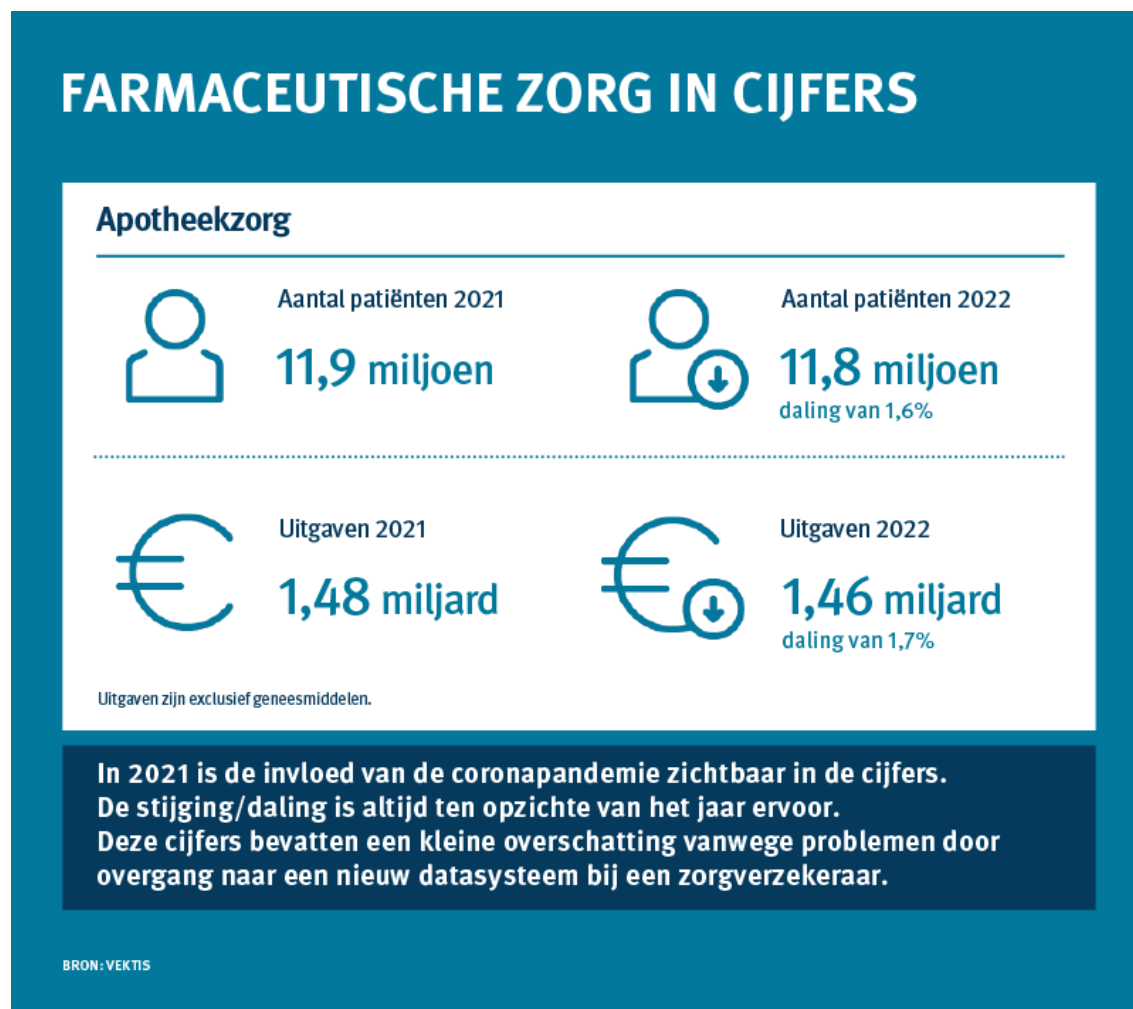
3.2.4 Farmaceutische zorg

De farmaceutische zorg blijft in beweging. Daarom werken we samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, verzekeraars, apothekers, voorschrijvers en patiënten aan een toekomstvisie en bijbehorende werkagenda voor de extramurale farmaceutische zorg.

In het kort

- We hebben een wijziging in de bekostiging van de geïndividualiseerde distributievorm doorgevoerd. Deze wijziging biedt de apotheker meer ruimte om in te zetten op minderen en stoppen met medicatie, hetgeen belangrijk voor de beweging naar passende farmaceutische zorg.
- Er is een toekomstvisie voor extramurale farmaceutische zorg nodig.
- De tekorten in de geneesmiddelen blijven toenemen.
- In 2022 zijn het aantal patiënten en de uitgaven met 1,6% respectievelijk 1,7% afgenomen ten opzichte van 2021.

Figuur 5 Farmaceutische zorg in cijfers



Verkeerde prikkels

Het huidige systeem kent een complexe koppeling tussen distributie en zorg. Deze koppeling kan passende zorg belemmeren. De apotheker is momenteel (financieel) afhankelijk van het verstrekken van geneesmiddelen. Dat kan hen remmen in het inzetten op gepast medicatiegebruik. Het minderen en stoppen met medicatie is hier een belangrijk onderdeel van. Het afgelopen jaar hebben we de bekostiging van de geïndividualiseerde distributievorm (GDV) gewijzigd. De aanpassing biedt de apotheker meer ruimte om in te zetten op gepast medicatiegebruik: niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk. Maar om écht een systeem in te richten dat passende farmaceutische zorg faciliteert, is meer nodig. Een toekomstvisie met een concrete werkagenda moet daaraan bijdragen.

Een toekomstvisie met een concrete werkagenda moet bijdragen aan passende farmaceutische zorg.

Toekomstvisie extramurale farmaceutische zorg

Daarom werken we samen met onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), apothekers, andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties aan een toekomstvisie voor de extramurale farmaceutische zorg. Het is hierbij van belang inzichtelijk te maken wat passende farmaceutische zorg concreet inhoudt en welke uitkomsten dit de patiënt oplevert. Daarnaast is het noodzakelijk te onderzoeken of de huidige organisatie en in het bijzonder de koppeling tussen farmaceutische zorg en distributie van geneesmiddelen passend en toekomstbestendig is. Met inzicht in en concretisering van inhoud en een passende organisatie van farmaceutische zorg moeten bijbehorende randvoorwaarden (waaronder de bekostiging) worden onderzocht en waar nodig worden aangepast.

Geneesmiddelentekorten

De geneesmiddelentekorten blijven toenemen. Dit kan tot gevolg hebben dat de patiënt suboptimale zorg ontvangt of benodigde zorg zelfs helemaal niet ontvangt. Dat kan leiden tot gezondheidsschade. In veel gevallen wordt een oplossing gevonden zoals een ander medicijn met dezelfde werkzame stof. Maar de impact op patiënten en hun zorgverleners, waaronder de apotheker en voorschrijver, is groot. De oorzaken van geneesmiddelentekorten zijn multifactorieel, bijvoorbeeld door productieproblemen en een toegenomen vraag. Mogelijk speelt ook het huidige inkoopbeleid, waaronder het preferentiebeleid, een rol in de tekorten die in Nederland ontstaan. In de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt werken zorgverzekeraars, leveranciers, apothekers en groothandels aan voorstellen gericht op het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Hierbij is ook aandacht voor het verbeteren van het preferentiebeleid. De oplossing voor geneesmiddelentekorten is sterk afhankelijk van de afweging tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. De discussie over hoeveel euro's we in Nederland over hebben voor een bepaalde mate van leveringszekerheid van een geneesmiddel hoort in de politiek thuis. Wij blijven monitoren of de farmaceutische zorg toegankelijk is voor de burger en of partijen zich hier afdoende voor inspannen.

Impact geneesmiddelen

We zien dat geneesmiddelentekorten grote impact hebben op patiënten, de apotheker en de voorschrijver:

- De patiënt moet wisselen van geneesmiddel. Bij sommige geneesmiddelen luistert het instellen op de geneesmiddelen heel nauw. Daarnaast kan het wisselen van geneesmiddel leiden tot verlies van vertrouwen in de behandeling met geneesmiddelen. Hierdoor ontstaat mogelijk minder therapietrouw, waardoor de zorg niet of minder gewenst resultaat heeft.
- De apotheker moet patiënten aan de balie confronteren met het feit dat het vertrouwde geneesmiddel niet op voorraad is. Dit leidt regelmatig tot moeilijkheden en soms zelfs tot agressie aan de balie. Als gevolg van de geneesmiddelentekorten moet de apotheker zoeken naar een passend alternatief en de patiënt hierover informeren. Dit kost veel tijd en administratieve lasten.
- De voorschrijver krijgt te maken met extra administratieve lasten doordat er meer afstemming nodig is met de apotheker en het voorschrift waar nodig moet worden aangepast.

3.2.5 Acute zorg

De toegankelijkheid van de acute zorg keten blijft onder druk staan en zal naar verwachting verder toenemen door de arbeidsmarktkrapte van gespecialiseerde zorgprofessionals, de stijgende vraag naar zorg en een toename van complexiteit van zorg. Daarnaast zien we dat de (acute) zorgvraag niet altijd op de juiste plek terecht komt. Er is een integrale oplossing nodig om de acute zorg keten toegankelijk te houden.

In het kort

- De toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk. Er is een integrale oplossing nodig om de acute zorg toegankelijk te houden.
- Het is van groot belang dat er in de regio (actueel) inzicht is in de beschikbaarheid van acute zorg, die alleen ontstaat als de gegevensuitwisseling (inclusief transparantie over beschikbaarheid) verbetert.
- Bij de vormgeving van zorgcoördinatie zet de minister van VWS in op de landelijke inrichting van zorgcoördinatiecentra (zcc's) per ROAZ-regio, zoals toegelicht in zijn [Kamerbrief van 12 mei jl.](#)

Ordering van de acute zorgketen

Om te zorgen dat de acute zorg toegankelijk blijft, is de ordering van de acute zorgketen al enkele jaren een punt van aandacht. Het gaat dan onder andere over de concentratie en spreiding van spoedeisende hulp (SEH)-locaties en/of het samengaan van meldkamers in de ambulancezorg. Een integrale oplossing is nodig om de acute zorg keten toegankelijk te houden, maar het zoeken naar een oplossing wordt bemoeilijkt door de aanwezigheid van verouderde normen die niet meer aansluiten bij de veranderde acute zorgvraag en -aanbod.

De discussie over de ordering van acute zorg wordt momenteel gedomineerd door de vraag hoe om te gaan met de moeilijkheden voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om bepaalde SEH's open te houden. Enerzijds door de toenemende personeelstekorten in de acute zorgketen en anderzijds door de vraag hoe om te gaan met lage gebruikersaantallen van een aantal SEH's gedurende avond, nacht- en weekenduren (anw-uren) in combinatie met kwaliteitscriteria. Tegelijkertijd is er op landelijk niveau spanning tussen enerzijds maatregelen die gericht zijn op concentratie van zorg en efficiënte inzet van middelen en anderzijds de leefbaarheid in regio's met acute zorg zo dicht mogelijk bij huis. Dit leidt zowel politiek als maatschappelijk tot een gebrek aan consensus waardoor het oplossingen blokkeert.

Op landelijk niveau is er spanning tussen maatregelen die gericht zijn op concentratie van zorg en efficiënte inzet van middelen enerzijds en 'acute zorg zo dicht mogelijk bij huis' anderzijds.

Als de toegankelijkheid van de acute zorg onvoldoende geborgd kan worden, bijvoorbeeld door de toename van de niet-acute zorg die op de SEH terecht komt, kunnen mensen die een acute zorgvraag hebben niet op tijd terecht bij een zorgaanbieder waar de juiste kennis en kunde aanwezig is.

Figuur 6 Acute zorg in cijfers



Inzicht in de (acute) zorgvraag per regio

Een belangrijke ontwikkeling in de acute zorg is de vorming van zorgcoördinatiecentra (zcc's). Het uitgangspunt hierbij is dat de doorstroming in de acute zorgketen wordt verbeterd met behulp van een actueel inzicht in de beschikbaarheid van de acute zorgcapaciteit in de regio, waardoor de juiste zorg op de juiste plek kan plaatsvinden. Bij de vormgeving van zorgcoördinatie zet de minister van VWS in op de landelijke inrichting van zcc's per ROAZ-regio.

Sturen op samenwerkingen en transparantie in de acute zorgketen is een oplossing die bijdraagt aan het toegankelijk houden van de acute zorg. Verschillende regio's zijn al in staat om op basis van inzicht in de acute zorgvraag en het bestaande zorgaanbod onderling afspraken te maken over tijdige acute zorg toegepast op de specifieke zorgvraag. Specialistische hoog-urgente zorg meer geconcentreerd, andere zorgvragen meer gedeconcentreerd met oog voor nieuwe zorgvormen zoals spoedpleinen en vernieuwde zorgfuncties op de ambulance.

Onvoldoende inzicht in de zorgcapaciteit kan leiden tot negatieve effecten op de uitkomsten van zorg. Een voorbeeld hiervan is een SEH die een kortdurende opnamestop heeft en dit niet communiceert met het ambulancevervoer. Dit betekent dat de patiënt alsnog naar een andere locatie gebracht moet worden. In potentie kan dit gezondheidsschade opleveren. Actueel inzicht in de beschikbaarheid van acute zorg per regio ontstaat alleen als de gegevensuitwisseling (inclusief transparantie over beschikbaarheid) verbetert.

3.2.6 Geestelijke gezondheidszorg

Door de (stijgende) wachtlijsten komt de toegang tot ggz steeds meer in gevaar. De gemiddelde wachttijd voor een behandeling is inmiddels gestegen tot 15 weken. Wij zien dat de oplossing deels ligt in betere samenwerking met het sociaal domein. Ook moet de nieuwe bekostiging, het Zorgprestatie-model, bijdragen aan het verminderen van de wachtlijsten. Tevens is het belangrijk om het gesprek te blijven voeren met zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten om samen te werken aan passende zorg.

In het kort

- Door stijgende wachtlijsten komt de ggz in het gedrang.
- Oplossing hiervoor ligt deels in betere samenwerking met het sociaal domein en deels in het Zorgprestatie-model als nieuwe bekostiging voor de ggz.
- Breder maatschappelijk wantrouwen naar de overheid omtrent privacy helpt niet om meer inzicht te krijgen in wat er nodig is voor passende zorg in de ggz.

Samenwerking met sociaal domein

In en rond de ggz spelen op dit moment verschillende issues en ontwikkelingen. Wij zien dat de (stijgende) wachtlijsten op dit moment de grootste maatschappelijke onrust veroorzaken omdat die de toegang tot de ggz direct onder druk zetten. Het personeelstekort, het ziekteverzuim en een hoge instroom van patiënten zijn hier belangrijke onderdelen van. Wordt er geen actie ondernomen? Dan krijgen mensen straks niet of te laat de juiste zorg. Dit kan resulteren in een verdere escalatie van de problematiek en ontwrichting van het eigen leven en de maatschappij als geheel.

Om de wachtlijsten te verkorten, is ons advies om de samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein te versterken. Er komen op dit moment nog vaak mensen in de ggz terecht waarvan de hulpvraag ook, of soms zelfs beter, behandeld kan worden buiten de ggz. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerking met een gemeente om iemands schulden of eenzaamheid te verminderen. Want als iemand met een hulpvraag in het sociaal domein in plaats van in de ggz geholpen kan worden, biedt dat weer ruimte aan andere mensen met een ggz-hulpvraag. Een belangrijke stap die ook bijdraagt aan integrale en domeinoverstijgende zorg is het advies consultatiefunctie sociaal domein.

Figuur 7 Geestelijke gezondheidszorg in cijfers

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN CIJFERS

Aantal patiënten



Uitgaven



Vervolg Figuur 7 Geestelijke gezondheidszorg in cijfers



Meer lezen?

- [Uitvoeringstoets consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein.](#)

Zorgplicht zorgverzekeraars

Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars in situaties van krapte alle beschikbare kwalitatieve zorg inkopen en proactief handelen voor al hun verzekerden zodat zij voldoen aan hun zorgplicht. Ook voor de verzekerden die de weg naar zorgbemiddeling minder goed weten te vinden. Samen met het ministerie van VWS en de IGJ geven wij invulling aan het prioriteitsbeleid. Zo houden we zorgcapaciteit beschikbaar voor de mensen die dat het hardst nodig hebben in situaties van acute krapte. Zodat als er op korte termijn een niet-oplosbare krapte heerst de zorgverleners in hun beroepsuitoefening gesteund zijn bij het maken van onvermijdelijke prioriteringskeuzes. En de zorgverzekeraar een acceptabele invulling heeft kunnen geven aan zijn zorgplicht.

Meer lezen?

[Position paper – De rol van de NZa bij het terugdringen van de wachttijden in de ggz.](#)

Zorgprestatie model

Sinds vorig jaar is er een nieuwe manier van bekostigen binnen de ggz. Dit Zorgprestatie model en de daaraan gekoppelde zorgvraagtypering dragen bij aan het verminderen van de wachttijden. Deze nieuwe manier van bekostigen zet namelijk beter in op gepast gebruik van de zorg. De behandeling van bijvoorbeeld patiënten met complexe problemen wordt met dit systeem gestimuleerd waardoor hun wachttijd korter wordt.

Inzicht in de mate van urgentie van zorg is nodig om wachttijden te verminderen.

Meer inzicht in de mate van urgentie van zorg kan een belangrijke rol spelen in het verminderen van wachttijden en wachtlijsten. Daarom hebben wij als NZa samen met veldpartijen de zorgvraagtypering geïntroduceerd, dat we gezamenlijk verbeteren. Hier zien wij echter wel dat het bredere maatschappelijke wantrouwen naar overheidsinstanties ook bij ons een uitwerking heeft. Met name het privacyvraagstuk is een belangrijk thema en onderwerp van discussie. Terwijl het juist belangrijk is dat

wij in gesprek blijven met zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten (via brancheverenigingen) om samen te werken aan passende zorg voor de mensen die de zorg ook echt nodig hebben. Denk aan mensen met complexe problematiek. Veranderingen binnen de ggz zijn nodig om deze mensen altijd snel te kunnen helpen. De toegankelijkheid van de ggz wordt bovendien vergroot door bijvoorbeeld het aantal consulten in de laagcomplexe ggz duidelijker af te bakenen of door meer in te zetten op een beroepenmix. Om dit soort veranderingen te realiseren, is het belangrijk om het bekostigingsmodel van de ggz te kunnen aanpassen. De discussie over privacy in de zorg is zeker belangrijk maar mag de toegankelijkheid van de ggz niet in de weg staan.

Meer lezen?

- [Informatiekaart informatiestromen in het zorgprestatie-model en privacy.](#)

3.2.7 Forensische zorg

Als maatschappij proberen we veiligheidsrisico's zo veel mogelijk tegen te gaan. De druk op de forensische zorg neemt toe. Daar spelen de vergrijzing en een groeiend tekort aan arbeidskrachten ook een belangrijke rol in. Het is daarom cruciaal om te blijven inzetten op een goede doorstroom van tbs-patiënten binnen de forensische zorg. Zo blijven er enerzijds niet onnodig plekken bezet in de gevangenis en anderzijds worden er geen dure plekken bezet gehouden in de forensische zorg. Als NZa zijn we trots op twee ontwikkelingen die deze doorstroom gaan versnellen. Een wetswijziging is nodig om samen verder stappen te kunnen zetten naar toekomstbestendige zorg.

In het kort

- Het succesvolle experiment 'Volledig pakket thuis' maakt het vanaf 2024 mogelijk om tbs-patiënten ook thuis te begeleiden. Dit versnelt de doorstroom van tbs-patiënten.
- Wij hebben samen met de Dienst Justitiële Inrichtingen een manier gevonden om het beschikbare geld vanuit het Kwaliteitskader Forensische Zorg sneller bij de zorgaanbieders te krijgen. Dit verhoogt de kwaliteit van de zorg.
- Wij ontvangen steeds vaker signalen over risicovolle situaties binnen forensische zorg. Deze informatie mogen wij nu niet delen met de Dienst Justitiële Inrichtingen. Dit is echter wel nodig om onze rol als toezichthouder goed te kunnen uitoefenen.

Snellere doorstroom tbs-patiënten

Met een aantal partijen hebben wij het experiment 'Volledig pakket thuis' (vpt-prestatie) succesvol afgerond. Vanaf 2024 kunnen zorgaanbieders patiënten ook in een thuissetting forensische zorg bieden. Denk bijvoorbeeld aan een speciaal appartement vanuit de zorgaanbieder, waar de patiënten aan het eind van hun traject naartoe kunnen verhuizen voordat ze echt naar huis gaan. Het voordeel is dat de zorgprofessionals een tbs-patiënt vanuit de kliniek vaak al goed kennen en via deze regeling ook in een thuissituatie gepaste zorg kunnen verlenen. Dit maakt de overstap van de kliniek naar de maatschappij kleiner. Zo kunnen de patiënten soms eerder de kliniek verlaten dan voorheen, wat de doorstroom van patiënten versnelt. Dit sluit bovendien aan bij de wens vanuit de zorgaanbieders om de terugkeer naar de maatschappij soepeler te laten verlopen. Deze nieuwe vorm van forensische zorg en de daarbij behorende bekostiging draagt bij aan passende en toekomstbestendige zorg.

Meer lezen?

In de [informatiekaart Volledig pakket thuis](#) worden de belangrijkste wijzigingen in de regels voor forensische zorg voor 2024 toegelicht.

Kwaliteitskader Forensische Zorg

Samen met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) hebben wij een manier gevonden om de gelden van het Kwaliteitskader Forensische Zorg (KKFZ) sneller bij de zorgaanbieders te krijgen. Dit kwaliteitskader is eind vorig jaar ontwikkeld in samenwerking door verschillende partijen en omschrijft wat goede forensische zorg is.

Het geld voor opleiding en intervisie komt door vernieuwende manieren van uitkeren sneller bij de zorgaanbieders terecht.

Met de KKFZ-gelden kunnen zorgaanbieders kosten betalen die geen directe link hebben met een behandeling, ook wanneer ze die kosten nog niet specifiek gemaakt hebben. Denk bijvoorbeeld aan geld voor opleiding en intervisie, maar ook aan geld om het contact met de buurt rondom een kliniek te onderhouden.

Gegevensuitwisseling nodig

Het is op dit moment niet mogelijk om informatie en data die wij als NZa binnen krijgen, te delen met DJI. Ook kunnen wij geen data en informatie rechtstreeks ontvangen vanuit DJI. Om onze rol als toezichthouder goed te kunnen uitvoeren, is dit echter wel noodzakelijk. Wij ontvangen namelijk steeds vaker signalen over risicovolle situaties binnen de forensische zorg. Helaas zijn wij op dit moment niet bevoegd om deze signalen door te geven aan DJI, zodat de veiligheidsrisico's verkleind kunnen worden. Dit traject is gestart, maar kost veel tijd.

3.2.8 Huisartsenzorg

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg staat onder druk door een stijgende zorgvraag in combinatie met krapte op de arbeidsmarkt. Impactvolle ontwikkelingen zijn de vergrijzing van de bevolking, de huidige en verwachte personeelstekorten, wachtlijsten in andere sectoren, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Om de huisartsenzorg nu en in de toekomst toegankelijk te houden is het cruciaal om de huisartsenzorg regionaal passend te organiseren.

In het kort

- Huisartsenzorg staat onder druk door onder andere (regionale) tekorten aan huisartsen en ondersteunend personeel en toename van wachtlijsten in andere sectoren.
- In het IZA zijn afspraken gemaakt over het versterken van de organisatiegraad in de eerste lijn met als doel efficiënt om te gaan met de capaciteit van zorgverleners in de eerstelijnszorg en daarmee de toegankelijkheid beter te borgen.
- Goed functionerende regionale samenwerkingsverbanden zijn hierbij cruciaal. Hierin worden regionaal duidelijke afspraken gemaakt over de organisatie van zorg.

Ontwikkelingen in de huisartsenzorg

In oktober 2022 vroegen de NZa en de IGJ in een signaleringsbrief gezamenlijk aandacht voor arbeidskrapte en de hiermee gepaard gaande problemen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Minder huisartsen willen praktijkhouder worden vanwege de hoge werkdruk en administratieve lasten die erbij komen kijken, maar ook omdat er minder bereidheid is bij een deel van de huisartsen om bij de start van een praktijk een grote financiële verplichting aan te gaan. Hierdoor zijn praktijkhouders in sommige regio's niet in staat zijn om hun praktijk over te dragen als zij bijvoorbeeld met pensioen gaan. Tegelijkertijd zien we in 2022 een stijging van het aantal consulten en het aantal ingeschreven verzekerden.

Figuur 8 Huisartsenzorg in cijfers



In het IZA zijn afspraken gemaakt over onder andere Meer tijd voor de patiënt (MTVP), een betere organisatie van de huisartsenzorg in de avond- nacht en weekend (anw)-uren door huisartsenposten, het aantrekkelijker maken van het praktijkhouderschap, het aanpakken van knelpunten in de huisvesting en het verminderen van de administratieve lasten. Voor MTVP is afgesproken dat dit structureel bekostigd wordt. Het advies MTVP is conform IZA-afspraken voor 1 juli 2023 aan de minister verzonden. Komende tijd werken we samen met partijen en experts verder aan de uitwerking van dit advies. Naast de uitwerking van het MTVP-advies zijn we bezig met het herijken van de maximumtarieven voor de huisartsenzorg. Hiervoor doen we momenteel kostenonderzoek. Per 1 januari 2025 zullen de nieuwe tarieven van kracht zijn.

De opgelopen druk leidt tot vernieuwing en verandering om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Deze veranderingen betreffen bijvoorbeeld meer gebruik van digitalisering, maar we zien ook nieuwe organisatievormen zoals ketens ontstaan. Door de tekorten in de huisartsenzorg is het een logische ontwikkeling dat er nieuwe initiatieven ontstaan. In een veranderend zorglandschap kan met behulp van ketens een bijdrage worden geleverd aan toegankelijkheid van huisartsenzorg. Ketens kenmerken zich vaak door een bedrijfsmodel dat overhead- en administratieve lasten wil verkleinen voor de huisartsen

door onder andere schaalgrootte, het (meer) inzetten van digitale zorg en een centrale aansturing. Jonge huisartsen kiezen er steeds vaker voor om langer als waarnemer te werken of voor een (tijdelijk) dienstverband in loondienst te kiezen. Hierin kunnen ketens een uitkomst bieden. Tegelijkertijd ontvangen de IGJ en de NZa negatieve signalen over een aantal ketens. Daarom onderzoeken we in samenwerking met de IGJ de problemen en kansen van de opkomst van ketens in de huisartsenzorg. In december volgt dit rapport.

Ook als de zorg onder druk staat, vindt de NZa het belangrijk dat verzekerden de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Het is belangrijk dat mensen zich melden bij hun zorgverzekeraar als dit niet zo is. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk om de verzekerde te bemiddelen naar zorg die nodig is. De zorgverzekeraars houden wachtlijsten bij van verzekerden die zich niet kunnen inschrijven bij een huisartsenpraktijk omdat alle praktijken in de wijk vol zitten. Op het moment dat iemand niet ingeschreven staat bij een huisarts, kan de zorgverzekeraar aangeven waar de verzekerde in de tussentijd terecht kan op het moment dat zij een zorgvraag hebben voor een huisarts (bijvoorbeeld als passant bij een huisartsenpraktijk in de regio, digitaal bij een huisartsenorganisatie buiten de regio of bij de huisartsenpost in de anw-uren).

Het is een gezamenlijke opgave van verschillende partijen in de regio om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Goed functionerende regionale samenwerkingsverbanden zijn hierbij cruciaal.

Toekomstbestendige huisartsenzorg en eerste lijn

Als we niet in actie komen kan de huisartsenzorg niet meer op de manier geleverd worden zoals we nu gewend zijn en zoals de huisarts dat graag wil. Het komt nu al af en toe voor dat mensen zich in bepaalde regio's niet bij een huisarts kunnen inschrijven. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars zich maximaal inspinnen om de huisartsenzorg regionaal passend te organiseren. Maar om de huisartsenzorg toegankelijk te houden en wachtlijsten te verminderen zijn meerdere partijen nodig. De uitdaging ligt in het regionaal duidelijke afspraken maken tussen onder andere huisartsen, andere zorgaanbieders, regio-organisaties, gemeenten en zorgverzekeraars over de organisatie van de huisartsenzorg. Het is hiermee een gezamenlijke opgave van verschillende partijen in de regio om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Door het passend organiseren van de huisartsenzorg kunnen we de zorgcapaciteit optimaal benutten en kan de huisarts ook in de toekomst aan de zorgvraag voldoen. Omdat de huisarts vanuit de praktijk het meeste inzicht heeft in hoe deze passende organisatie van de huisartsenzorg eruit moet zien, heeft deze hierbij een belangrijke rol.

In het IZA zijn afspraken gemaakt over het versterken van de organisatiegraad in de eerste lijn met als doel efficiënt om te gaan met de capaciteit van zorgverleners in de eerstelijnszorg en daarmee de toegankelijkheid beter te borgen. Het is belangrijk dat partijen in de hele zorgsector samenwerken aan een toekomstbestendige eerste lijn. Er wordt gewerkt aan een visie op het toekomstig zorglandschap in 2030 en een plan van aanpak gemaakt hoe daar te komen. Hiervoor leveren wij input.

Samenwerkingsverbanden

Goed functionerende samenwerkingsverbanden zijn cruciaal om duidelijke afspraken te maken over de organisatie van zorg. Bijvoorbeeld afspraken over welke zorgaanbieder welke verantwoordelijkheid heeft, welke zaken zorgaanbieders individueel organiseren en welke zaken op wijk of op regionaal niveau georganiseerd moeten worden. Het is belangrijk dat de samenwerkingsverbanden de nodige

keuzes maken in het geval de zorgvraag de zorgcapaciteit overschrijdt. Dit zijn moeilijke, maar noodzakelijke keuzes. Wij dragen hieraan bij door te zorgen voor een passende bekostiging en erop toe te zien dat de partijen hun afspraken in de passende organisatie nakomen.

3.2.9 Wijkverpleging

De wijkverpleging zien wij als sleutel voor de transitie naar passende zorg. De wijkverpleging maakt het mogelijk om zo veel mogelijk mensen in de eerste lijn te behandelen en thuis te verplegen en verzorgen. Inzetten op het voorkomen van zorg (preventie) en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid zijn essentieel om te voorkomen dat de wijkverpleging vastloopt. Het nieuwe bekostigingsmodel van de NZa op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast (DKDL) model moet hieraan bijdragen.

In het kort

- Een groot personeelstekort en tegelijkertijd de stijgende zorgvraag leiden tot nijpende situaties in de wijkverpleging.
- Het gesprek over of inzet van professionele wijkverpleging nodig is, moet nog scherper gevoerd gaan worden.
- De zelfredzaamheid van cliënten en inzet van mantelzorgers worden steeds belangrijker.
- Het nieuwe bekostigingsmodel vanuit de NZa draagt bij passende zorg binnen wijkverpleging en het vergroten van professionele autonomie voor wijkverpleegkundigen.

Stimulering zelfredzaamheid

De wijkverpleging loopt vast. Dit komt niet alleen door de vergrijzing en het personeelstekort, maar ook doordat we er als maatschappij op inzetten dat mensen steeds langer thuis blijven wonen en sneller naar huis gaan na ziekenhuisopname. De complexiteit en intensiteit van de verpleging en verzorging in de wijk nemen daardoor toe. De rol van de wijkverpleegkundige wordt zo steeds uitdagender. Om toch zoveel mogelijk mensen in de eerste lijn te behandelen en thuis te verplegen en verzorgen, is de inzet op zelfredzaamheid van cliënten cruciaal. Dit is ook nodig om de beweging naar passende zorg te kunnen realiseren. Alleen als er geen andere mogelijkheden zijn, kan professionele wijkverpleging worden ingezet. Dit gesprek moet in de toekomst nog scherper gevoerd gaan worden. Op individueel niveau door de wijkverpleegkundige met de cliënt en diens naasten, maar zeker ook breder in de maatschappij. Het is geen vanzelfsprekendheid dat iedereen wijkverpleging kan ontvangen; in elke situatie professionele wijkverpleging inzetten is niet meer haalbaar. Daarbij is de mantelzorger onmisbaar als het gaat om het ondersteunen van de cliënten in het zelfredzaam worden en blijven. Ondersteuning van de mantelzorger is daarom van groot belang, zodat deze goed inzetbaar blijft.

Figuur 9 Wijkverpleging in cijfers



Nieuw bekostigingsmodel

De NZa heeft samen met wijkverpleegkundigen een nieuwe bekostiging voor de sector ontwikkeld. De nieuwe bekostiging zet in op passende zorg. In plaats van taakgerichte financiering wordt het bijvoorbeeld mogelijk om dag, week, maand of kwartaaltarieven te rekenen. Het nieuwe bekostigingsmodel werkt op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast (DKDL) model. Deze cliëntprofielen geven inzicht in de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënten. De informatie vergemakkelijkt vervolgens het gesprek tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de inhoud van de zorg voor bepaalde cliëntgroepen. Het gesprek draait zo minder over de uren van de zorg en meer over de zorg zelf. Deze nieuwe manier van bekostigen draagt bij aan het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid.

De nieuwe bekostiging geeft meer ruimte en vrijheid aan professionele autonomie.

Het nieuwe bekostigingsmodel geeft wijkverpleegkundigen ook meer ruimte en vrijheid om vanuit professionele autonomie de zorg zo goed mogelijk te organiseren. De verandering van taakgericht naar zorggericht werken vermindert bovendien de administratielast met tijdsparing als resultaat. De extra ruimte om te handelen naar eigen professioneel inzicht moet tenslotte het werkplezier verhogen.

Meer lezen?

- In het Jaarverslag over 2022 van de NZa gaan we uitgebreid in op de nieuwe bekostiging in de wijkverpleging.

Niet-gecontracteerde zorg

Tot slot: het is ook belangrijk dat er aandacht uitgaat naar de niet-gecontracteerde wijkverpleging. Ook deze zorg is belangrijk, bijvoorbeeld omdat het regelmatig zorg opvangt die niet door alle gecontracteerde aanbieders geleverd kan worden (zoals palliatief terminale zorg). We zien al jaren dat de inzet van deze zorg en daarmee ook de kosten in de niet-gecontracteerde wijkverpleging - onverklaard - hoger liggen dan bij de gecontracteerde wijkverpleging. Daarmee lijkt het erop dat het kritische gesprek tussen wijkverpleegkundige en cliënt over wat wel en niet mogelijk is daar nog onvoldoende gevoerd wordt. Het is belangrijk dat ook de niet-gecontracteerde wijkverpleging de stap naar passende zorg nadrukkelijker gaat zetten. Om deze stap te ondersteunen en de prikkel weg te nemen om meer zorg te verlenen, kan het een goede suggestie zijn om de indicatie te laten stellen door een onafhankelijke gecontracteerde wijkverpleegkundige.

3.2.10 Paramedische zorg

Paramedische zorg is van groot belang voor de beweging richting passende zorg. Paramedische zorg is ten opzichte van medische zorg namelijk relatief goedkoop en goed toegankelijk. Momenteel is de aanspraak op paramedische zorg echter nog beperkt. Dat betekent dat deze zorg beperkt wordt vergoed uit het basispakket. Dit heeft tot gevolg dat patiënten in sommige situaties kiezen voor duurdere zorg (die vaak wel wordt vergoed), zorg uitstellen of zelfs zorg vermijden. Bovendien belemmert de beperkte aanspraak de beweging om organisatie en bekostiging van integrale zorg over sectoren heen vorm te geven. Daarom wordt er momenteel gewerkt aan een advies hoe de aanspraak op fysio- en oefentherapie in de toekomst vorm moet krijgen.

In het kort

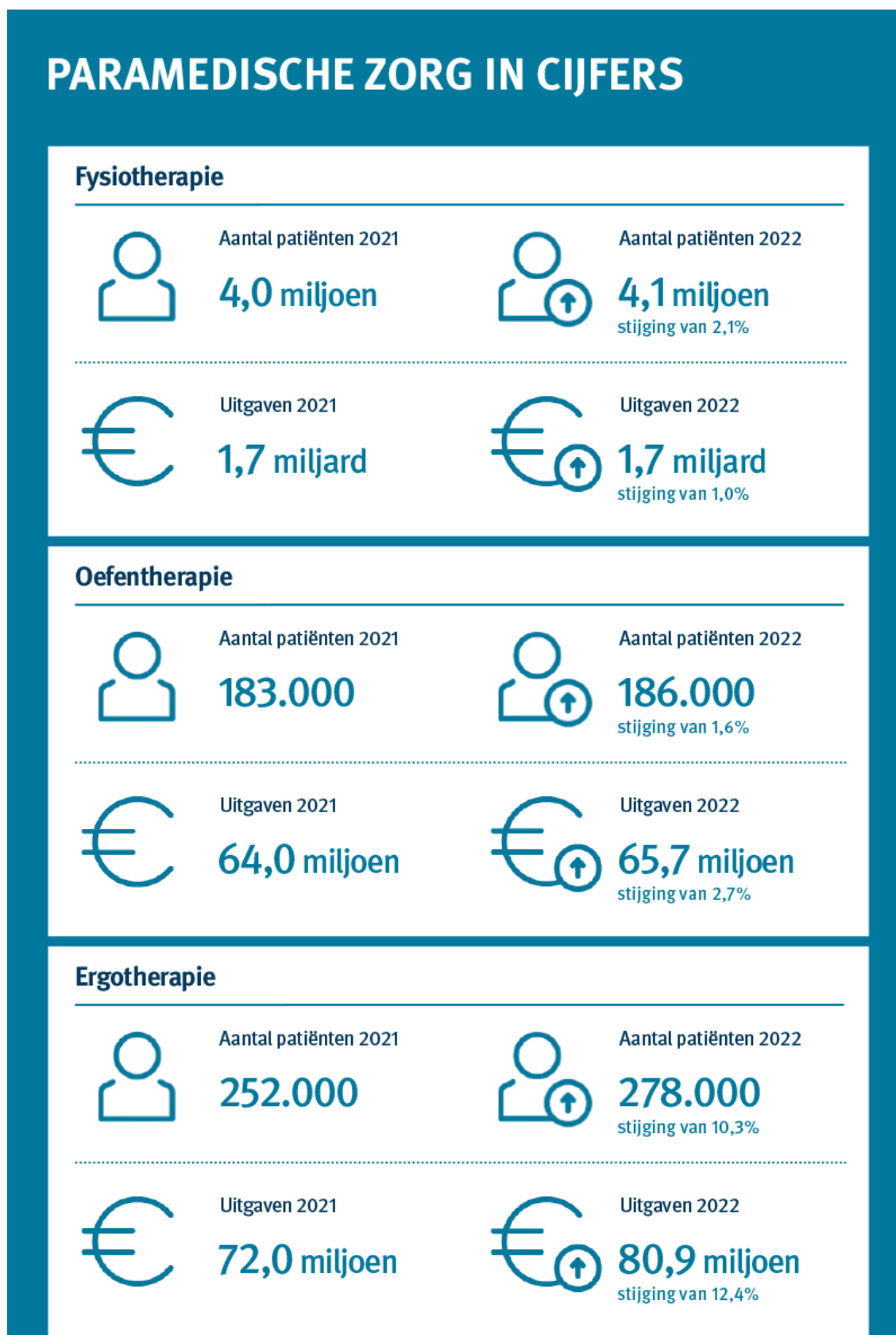
- Paramedici kunnen een belangrijke rol spelen in het opvangen van de sterk groeiende zorgvraag in de eerste lijn.
- Er wordt momenteel gewerkt aan een meer passende, toekomstbestendige aanspraak op paramedische zorg.
- Wij werken aan een advies over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.
- Partijen werken aan een Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. Transparantie over de kwaliteit kan bijdragen aan meer inzicht over kosten effectiviteit en uitkomsteninformatie.
- Vanaf 2024 wordt valpreventieve bewegingsinterventies bij mensen met een hoog valrisico vergoed vanuit het basispakket. Dit voorkomt duurdere zorg en draagt bij aan zorg dicht bij huis.

Paramedische zorg is van groot belang in het opvangen van de groeiende zorgvraag in de eerste lijn

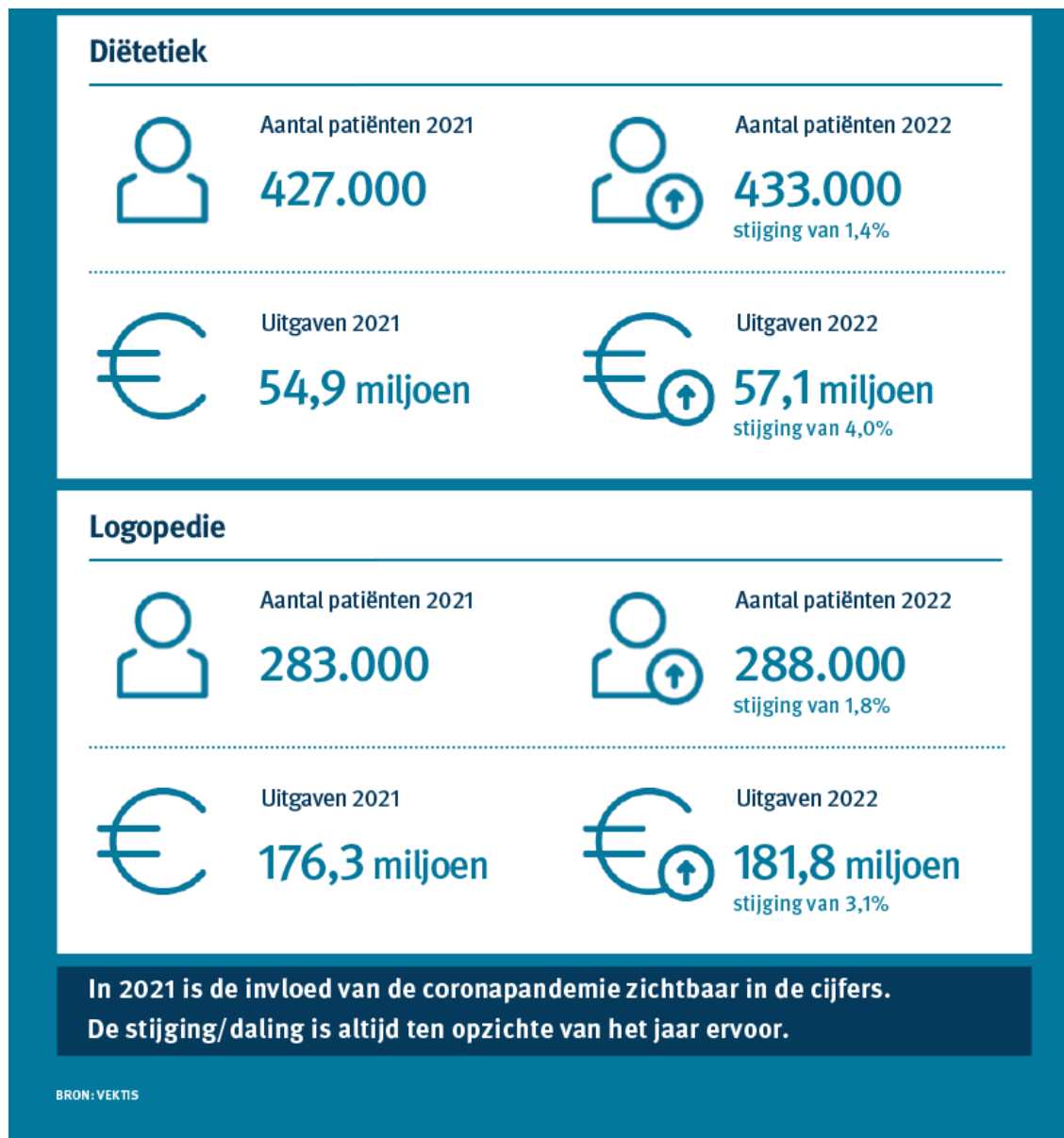
Paramedici kunnen een belangrijke rol spelen in het opvangen van de sterk groeiende zorgvraag in de eerste lijn. Paramedische zorg kan in sommige gevallen ook (vaak) duurdere (tweedelijns)zorg voorkomen. De beperkte vergoeding van paramedische zorg vanuit de basisverzekering kan de beweging naar passende zorg echter belemmeren. Zo kan de beperkte aanspraak leiden tot het uitwijken naar duurdere zorg (die wel wordt vergoed), het uitstellen of vermijden van zorg. Bovendien belemmert de beperkte aanspraak de beweging om organisatie en bekostiging van integrale zorg over sectoren heen vorm te geven.

We zien ook in de paramedische zorg een stijging van de uitgaven. In 2022 zijn de uitgaven met 1,7% gestegen ten opzichte van het jaar ervoor, naar €2.121,6 miljoen. Deze stijging is deels te verklaren vanwege de substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Fysiotherapie is de sector waar de meeste uitgaven in omgaan: het beslaat ruim 80% van de totale kosten binnen de paramedische zorg. De afgelopen vijf jaar laat voor alle disciplines een stijging zien van de kosten (sectorbreed een stijging van 15% tussen 2018 en 2022), maar met name voor ergotherapie (+66% tussen 2018 en 2022) en diëtetiek (+29% tussen 2018 en 2022) is een relatief hogere stijging van de kosten zichtbaar. Het aantal patiënten groeit in diezelfde periode ook voor alle disciplines (sectorbreed een stijging van 7%), maar met name binnen de ergotherapie (+51%) en diëtetiek (+17%).

Figuur 10 Paramedische zorg in cijfers



Vervolg Figuur 10 Paramedische zorg in cijfers



Beweging richting passende aanspraak

Het afgelopen jaar zijn er stappen gezet in de beweging richting een passende aanspraak voor de fysio- en oefentherapie. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland (ZINL) begin 2023 het advies Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie uitgebracht. Hierin schetst ZINL hoe en onder welke randvoorwaarden een toekomstige aanspraak voor de eerstelijns fysio- en oefentherapie in de basisverzekering vormgegeven kan worden. ZINL gaf aan dat er drie randvoorwaarden zijn voordat zij een definitief advies kan geven. Eén van deze randwaarden is dat de NZa een advies moet opstellen over een passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Momenteel werken wij aan dit advies. Wanneer alle randvoorwaarden die ZINL heeft gesteld uit zijn gewerkt, zal zij de minister adviseren over de inrichting van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg.

Transparantie over kwaliteit

Een andere randvoorwaarde uit het advies van ZINL is dat een Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie wordt uitgewerkt, waarin verschillende partijen (KNGF, SKF, VvOCM, Patiëntenfederatie Nederland, ZN) gezamenlijk kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen dat aansluit op het Kader Passende zorg. Transparantie over kwaliteit is noodzakelijk. Dit betreft bijvoorbeeld inzicht in (kosten)effectiviteit en uitkomsteninformatie. Dit is van belang voor patiënten en zorgverleners, maar stelt zorgverzekeraars ook in staat om passende zorg beter te belonen dan niet of minder passende zorg.

Transparantie over kwaliteit is noodzakelijk om passende zorg beter te belonen.

Meer lezen?

[Rapport Zorginstituut Nederland - Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie.](#)

Voorkomen van duurdere zorg

Paramedische zorg draagt ook bij aan het voorkomen van duurdere zorg. Een voorbeeld hiervan is de valpreventie beweginginterventie. Valongevallen zijn de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen. Van alle ouderen van 65 jaar en ouder valt ongeveer 34% minimaal één keer per jaar. Valongevallen hebben een grote maatschappelijke impact want ongeveer 71% van de ouderen die vallen zoekt medische hulp na een valongeval. De directe medische kosten voor behandeling van letsel ten gevolge van het vallen waren in 2018 voor ouderen van 65 jaar en ouder 955 miljoen euro. De prognose tot 2050 op basis van demografie is dat het aantal SEH-bezoeken voor letsel na een valongeval bij ouderen van 65 jaar en ouder met 47% zal toenemen naar 160.000 bezoeken.

Om deze reden is het een mooie ontwikkeling dat valpreventieve beweginginterventie vanaf 2024 vergoed wordt vanuit het basispakket. Naast het voorkomen van duurdere zorg draagt valpreventie ook bij aan dat mensen veilig en langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Dit draagt vervolgens weer bij aan het functioneren en kwaliteit van leven.

Valpreventieve beweginginterventie draagt bij aan het voorkomen van duurdere zorg.

3.2.11 Geboortezorg

In de geboortezorg komt de toegankelijkheid steeds meer onder druk te staan. Er is sprake van een toenemend tekort aan kraamverzorgenden. Verzekeraars en kraamzorgorganisaties hebben eerder dit jaar een convenant getekend om dit aan te pakken en samen de sector toekomstbesteding te maken. Ook zien we lokaal regio's waar ziekenhuizen moeite hebben met de bemensing tijdens de jaarlijkse piek van bevallingen in de zomer.

Gezien de zorgbrede ontwikkelingen met een toenemende zorgvraag en een kleiner wordend personeelsbestand, zullen deze problemen blijven zich voortzetten. Het is daarom zaak om de geboortezorg anders te organiseren door binnen de regio nauwer samen te werken en zorg waar mogelijk in de eerste lijn te houden.

In het kort

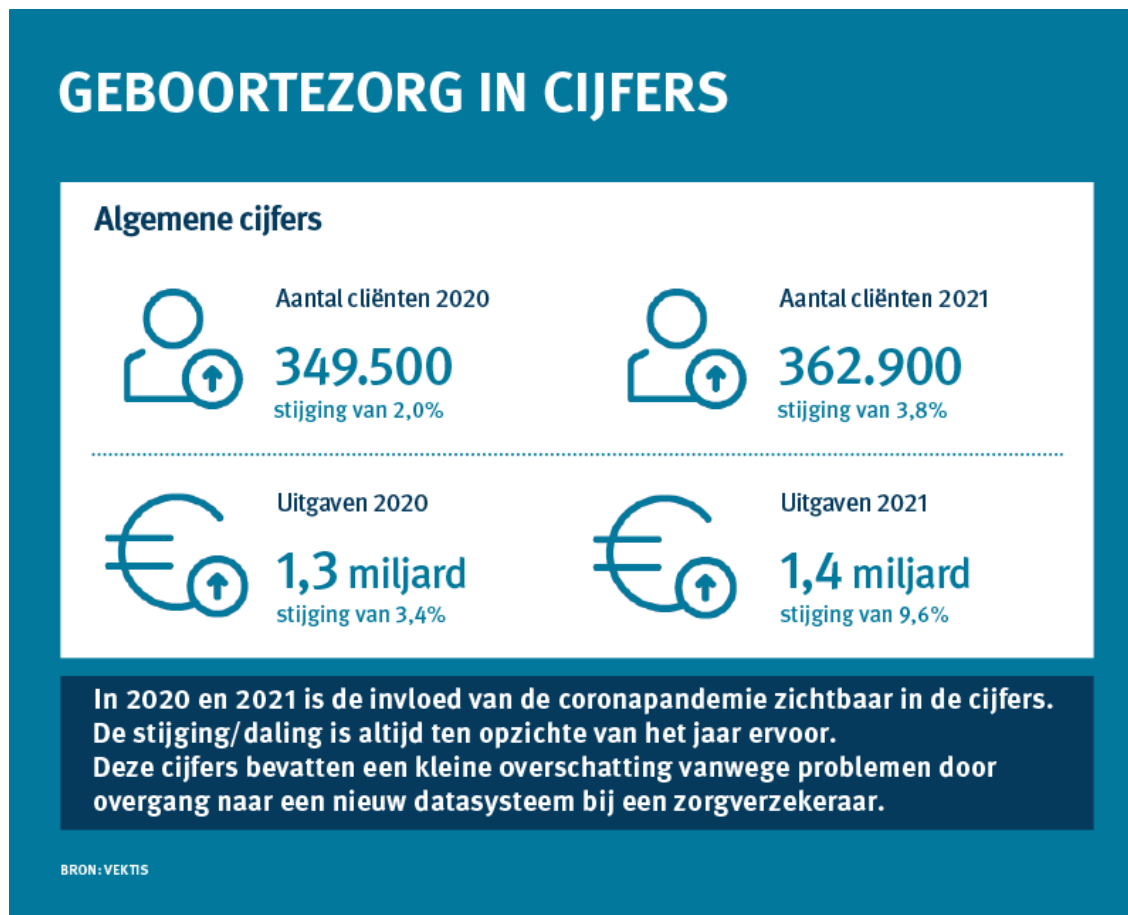
- De geboortezorg komt steeds meer onder druk te staan, onder andere door personeelstekorten.
- Het is daarom belangrijk dat de geboortezorg anders wordt georganiseerd; meer samenwerking in de regio en de zorg – waar mogelijk – in de eerste lijn te houden.
- Daarnaast moet worden ingezet op preventie, om zorg en hogere zorgkosten op de langere termijn te voorkomen.

Om de geboortezorg toegankelijk te houden in de toekomst is het noodzakelijk om deze anders te organiseren: door binnen de regio nauwer samen te werken en zorg waar mogelijk in de eerste lijn te houden.

Anders organiseren van geboortezorg

Het anders organiseren van zorg vraagt om maatwerk. Soms is dit regionale samenwerking door zorgaanbieders en soms is nauwere samenwerking tussen zorgaanbieders en verzekeraars of een gezamenlijke aanpak door zorgverzekeraars nodig. Eerder dit jaar heeft de sector een kwaliteitskader vastgesteld voor de samenwerking binnen een verloskundig samenwerkingsverband. De NZa onderzoekt op het ogenblik hoe de regionale verloskundige samenwerkingsverbanden structureel kunnen worden bekostigd voor hun aanbiederoverstijgende taken. Een goed voorbeeld van een andere organisatie van zorg is de verloskundigenpost die dit jaar is gestart in Schiedam. Deze anderhalvelijnszorg is vergelijkbaar met een huisartsenpost en zorgt ervoor dat vrouwen zoveel mogelijk dicht bij huis kunnen blijven voor zorg in de eerste lijn. Een ander voorbeeld is de gemeenschappelijke aanpak door zorgverzekeraars van de wachtlijsten kraamzorg deze zomer, waardoor de zorg toegankelijk bleef.

Figuur 11 Geboortezorg in cijfers



Duurzame toegankelijkheid kraamzorg

De tekorten in de kraamzorg dit jaar laten het belang van anders organiseren zien. Schaarste in de kraamzorg leidt tot extra werk voor verloskundigen, beperktere mogelijkheden voor thuisbevallingen en druk op de bevallingscapaciteit in het ziekenhuis. Om de kraamzorg goed en toegankelijk te houden hebben Bo Geboortezorg en ZN een convenant getekend. Als onderdeel van het kraamzorgconvenant tussen aanbieders en verzekeraars is afgesproken om de kraamzorg te vernieuwen en toekomstbestendig te maken. Wij hebben daarop de extra toeslagprestatie 'integrale geboortezorg' geïntroduceerd. Deze prestatie bestond al voor de verloskundige zorg en maken we nu beschikbaar voor de kraamzorg. Wij blijven samen met de partijen betrokken bij de verdere uitwerking van de langetermijnacties in het convenant. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om naast de max-max 10% extra tarief af te spreken met kraamzorgaanbieders. Ook introduceren we per 2024 een tijdelijke toeslagprestatie voor interactieve prenatale groepszorg, waarmee we aansluiten bij het programma Kansrijke start.

Preventie in de geboortezorg

Naast het anders organiseren van de zorg is het zaak om in te zetten op preventie. De NZa heeft dit jaar een eerste stap gemaakt in het actief stimuleren van preventie in de geboortezorg door een toeslag mogelijk te maken voor aanbieders die prenatale zorg in groepsverband aanbieden. Dit is een bewezen effectieve vorm van geboortezorg die op langere termijn hogere zorgkosten kan voorkomen.

Meer lezen?

- [Convenant Bo geboortezorg en ZN](#)
- [Integrale bekostiging geboortezorg](#)

3.2.12 Mondzorg

De financiële toegankelijkheid van de mondzorg staat onder druk. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat steeds meer mensen moeite hebben om het hoofd financieel boven water te houden. We krijgen signalen dat mensen een bezoek aan de tandarts steeds vaker uitstellen. En dat geldt ook voor hun kinderen, terwijl mondzorg voor mensen onder de 18 jaar wel degelijk vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Maar dit weten sommige ouders niet. Dit kan op de langere termijn leiden tot verslechtering van de (mond)gezondheid. Dit brengt de politieke discussie op gang over de vraag of een (deel van) mondzorg voor volwassenen in de basisverzekering moet.

In het kort

- De financiële toegankelijkheid van de mondzorg staat onder druk; we ontvangen signalen dat mensen een bezoek aan de tandarts steeds vaker uitstellen (zorgmijding).
- Dit kan op de langere termijn leiden tot verslechtering van de (mond)gezondheid.
- Het Ministerie van VWS volgde het advies van de NZa op over het invoeren van vrije tarieven voor een deel van de cosmetische mondzorg in een experiment. Mondzorgprofessionals die deelnemen aan het experiment kunnen nu een veilig en kwalitatief hoogwaardig alternatief bieden voor het afnemen van cosmetische mondzorg in het buitenland.

Zorgmijding

Mondzorg voor volwassenen wordt (vrijwel) niet vergoed vanuit de basisverzekering. We krijgen signalen uit het veld dat mensen een bezoek aan de tandarts steeds vaker uitstellen. Goed om te weten is dat wij de tarieven voor mondzorg baseren op basis van periodiek kostenonderzoek. De tarieven indexen we vervolgens elk jaar. De tarieven van de mondzorg blijven dus relatief gezien gelijk. Wij denken dat het uitstelgedrag daarom veroorzaakt wordt een andere factor. Een logische verklaring zou kunnen zijn dat de armoede in de samenleving groeit en steeds meer mensen moeite hebben om het hoofd financieel boven water te houden. Mondzorg voor volwassenen wordt (vrijwel) niet vergoed vanuit de basisverzekering. Sommige ouders denken dat mondzorg voor hun kinderen ook niet wordt vergoed, terwijl de meeste mondzorg onder de 18 jaar wel degelijk vergoed wordt vanuit de basisverzekering. De zorgmijding die nu ontstaat kan - zonder acties - op de langere termijn leiden tot een verslechtering van de (mond)gezondheid. Deze ontwikkeling brengt de politieke discussie op gang of een (deel van) mondzorg voor volwassenen in de basisverzekering moet. Zeker om te voorkomen dat zorgmijding door ouders ook leidt tot zorgmijding voor hun kinderen. Een goede ontwikkeling is dat de sector hier meer aandacht voor krijgt. Zo is een mondzorgcoach bij het consultatiebureau geïntroduceerd om ouders van kinderen te wijzen op het belang van goede mondverzorging. De coach kan het gezin ook begeleiden naar een mondzorgaanbieder voor preventieve zorg. De NZa volgt deze ontwikkelingen nauwlettend en doet aanpassingen aan de bekostiging wanneer dit nodig en helpend is.

Figuur 12 Mondzorg in cijfers



Vrije tarieven cosmetische mondzorg

We ontvangen signalen dat mensen een cosmetische mondzorgbehandeling in het buitenland laten doen, zoals het bleken van tanden. Op dit moment zijn de maximumtarieven voor cosmetische mondzorg in ons land gebaseerd op de gemiddelde kosten voor alle mondzorg (regulier én cosmetisch). Omdat de esthetische wensen van sommige patiënten zeer hoog zijn en er binnen de cosmetische mondzorg veel mogelijkheden zijn, passen deze behandelingen nu niet binnen de gereguleerde maximumtarieven. Het gevolg is dat tandartsen deze zorg binnen de huidige tarieven niet kostendekkend kunnen leveren en patiënten de cosmetische mondzorg in het buitenland afnemen.

Mensen laten cosmetische mondzorgbehandelingen in het buitenland doen.

Dit vinden wij geen goede ontwikkeling, omdat de kwaliteit van de zorg in het buitenland niet altijd aan de Nederlandse standaarden voldoet. Dat kan weer leiden tot een stijgende zorgvraag in Nederland omdat complicaties die in het buitenland ontstaan door slecht uitgevoerde behandelingen door Nederlandse tandartsen weer opgelost moeten worden. Daarom heeft de NZa als experiment voor vijf jaar de tarieven voor een aantal cosmetische mondzorg prestaties vrijgegeven. Het gaat daarbij om de tarieven voor het plaatsen van facings en het uitwendig bleken van tanden en kiezen. Ongeveer 25 praktijken in Nederland hebben zich aangemeld als deelnemers aan dit experiment.

Meer lezen?

In het [Advies cosmetische mondzorg](#) geeft de NZa advies over de wenselijkheid en mogelijkheid van het invoeren van vrije tarieven voor een deel van de cosmetische mondzorg.

3.2.13 Zorgverzekeringen

De afgelopen overstapperperiode was omgeven door veel onzekerheid op de polismarkt. Deze onzekerheid had verschillende oorzaken. Zo was er sprake van forse inflatie en werd de collectiviteitskorting afgeschaft. Wij maken ons zorgen over de solidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. De toename aan goedkopere polissen met beperkte voorwaarden (budgetpolissen) kan duiden op een tweedeling tussen polissen voor jonge en gezonde verzekerden en polissen voor mensen die meer zorg nodig hebben. Hierdoor komt de risicosolidariteit onder druk te staan.

In het kort

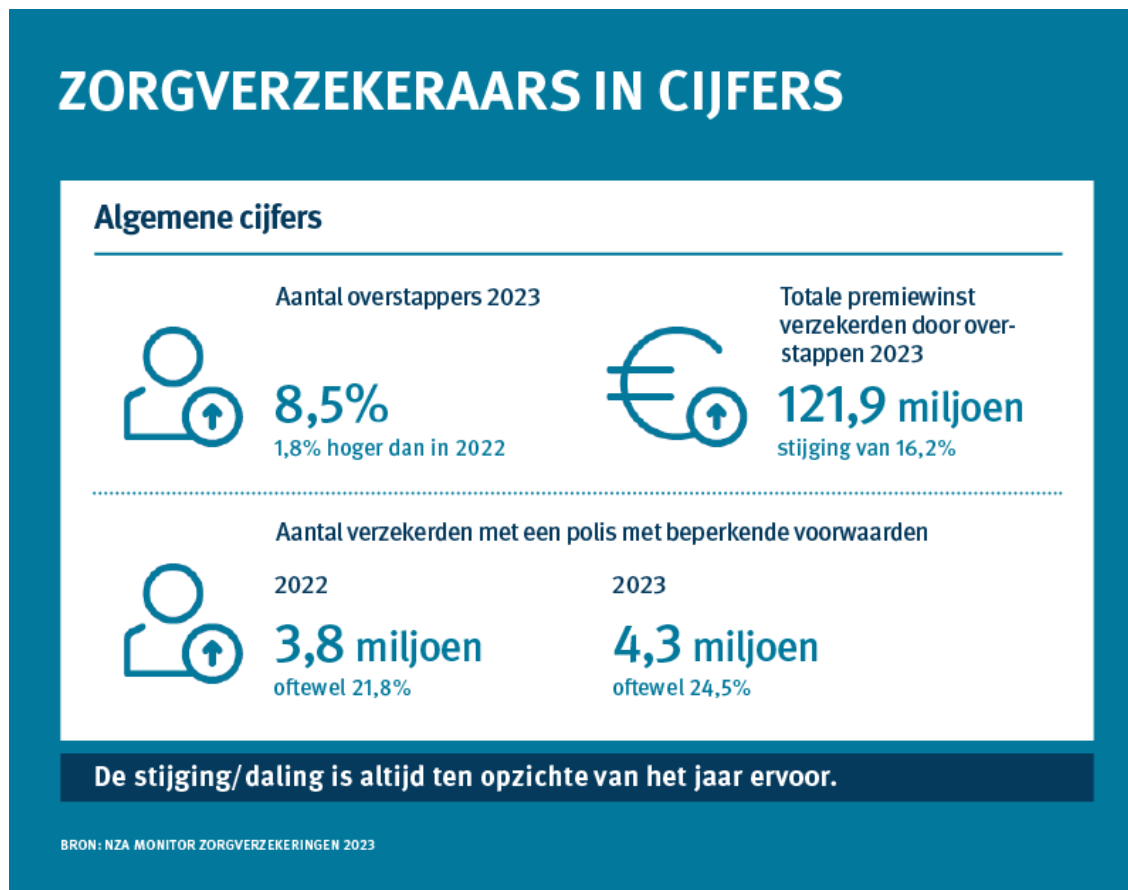
- Onzekerheid over de polismarkt leidt tot tijdelijke bandbreedteregeling.
- Overstapperperiode 2022-2023: historisch hoog percentage overstappers.
- Forse groep van het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden.
- Historisch hoge overstapwinst.

Terugblik overstapseizoen 2022-2023

Uiteindelijk was het percentage overstappers in het seizoen 2022-2023 met 8,5% historisch hoog, maar minder extreem dan oorspronkelijk verwacht. Ook de premiespreiding is afgenomen van 536 naar 403 euro. Wel zien we in 2023 een forse premiestijging van 1360 euro naar 1650 euro. Ook in 2024 verwachten we een forse premiestijging. Deze wordt veroorzaakt door hogere uitgaven door inflatie, stijgende salarissen in de zorg en een toenemende zorgvraag.

Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is in 2023 op 21 gestabiliseerd. De bandbreedteregeling lijkt hiermee effect te hebben gesorteerd. Tegelijkertijd zagen we nog steeds een forse groei van het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden van 3,8 naar 4,3 miljoen en was de overstapwinst met 120 miljoen euro historisch hoog. Naar verwachting is de tweedeling van de polismarkt hierdoor wel verder toegenomen.

Figuur 13 Zorgverzekeraars in cijfers



Beperken winsten zeer winstgevende polissen

VWS heeft per 2023 een tijdelijke bandbreedteregeling ingevoerd naar aanleiding van een advies van ons en de ACM. Op deze manier worden winsten op zeer winstgevende polissen beperkt en wordt de risicoverevening ter compensatie van chronisch zieke verzekerden verbeterd. Door het afschaffen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering zagen wij namelijk het risico dat zorgverzekeraars een ongewenste focus zouden krijgen op het aantrekken van gezonde verzekerden.

Aanpassing in de risicoverevening

Vanaf 2024 wordt de bandbreedteregeling vervangen door een aanpassing in de risicoverevening genaamd constrained regression. Hiermee kan de overcompensatie van jonge en gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken beter worden aangepakt. We zullen de komende tijd kritisch kijken of de concurrentie op de polismarkt hiermee meer verschuift naar een goede zorginkoop van passende zorg.

Constrained regression leidt tot een goede zorginkoop van passende zorg.

