

# Blijvend verzekerd van goede zorg

Werken aan een toekomstbestendige zorg



In het voorjaar van 2020 hebben de zorgverzekeraars hun gezamenlijke visie op een toekomstbestendige zorg vastgesteld. Precies op dat moment kreeg Nederland te maken met de corona-pandemie met alle verstrekende gevolgen voor de gezondheidszorg, de economie en onze samenleving als geheel. Met de agenda **Blijvend verzekerd van goede zorg** nemen zorgverzekeraars hun ervaringen van de afgelopen maanden mee in hun adviezen aan een nieuw kabinet.

## 1. Zorgverzekeraars werken aan vernieuwing van de zorg

- *Zorgverzekeraars staan voor hun zorggarantie*
- *Innovatie vraagt om ruimte voor verscheidenheid en experiment*
- *Zorgverzekeraars investeren in een goede ICT-infrastructuur*

## 2. De juiste prikkels en randvoorwaarden

- *Maak écht werk van sturen op doelmatige zorg*
- *Denk na over de (neven)effecten van financiële prikkels*

## 3. Nederland gezond

- *Zorgverzekeraars investeren in de gezondheid van huidige en toekomstige generaties*
- *Neem bewezen effectieve interventies op in de basisverzekering*

## 4. Ouderenzorg: systeemgrenzen mogen goede en passende zorg niet in de weg staan

- *Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten werken intensief samen*
- *Zorgverzekeraars pleiten ervoor om verkeerde prikkels weg te nemen*
- *Maak meerjarige agenda ouderenzorg*

## 5. Zorgverzekeraars bepleiten nieuwe aanpak ggz

- *Zorgverzekeraars gaan in contracteerbeleid anders sturen*
- *De overheid kan helpen door heldere keuzes en de juiste prikkels*

## 6. Effectieve inzet van zorgverleners

- *Zorgverzekeraars en zorgkantoren willen samen met zorgaanbieders werk maken van effectieve inzet zorgverleners*



## De zorg voor onze verzekerden staat voorop

De corona-uitbraak stelt de gezondheidszorg in de hele wereld op de proef. Ook voor onze Nederlandse zorg is de uitbraak een unieke situatie. De gezondheidszorg heeft een enorme krachtsinspanning geleverd om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden. Zorgverzekeraars hebben grote waardering voor de inzet, de flexibiliteit en het improvisatievermogen van alle zorgverleners tijdens de corona-uitbraak.

De corona-pandemie stelde ook zorgverzekeraars voor een ongekende uitdaging. Vanuit onze zorgplicht hebben wij direct aan het begin van de corona-uitbraak samen met zorgaanbieders hard en zorgvuldig gewerkt om de zorg toegankelijk te houden. Bijvoorbeeld door het beiden van alternatieve zorgvormen (digitale zorg). In ROAZ-verband hebben wij onze kennis en expertise ingezet om de acute zorg overeind te houden. En er zijn stevige continuïteitsbijdrageregelingen in het leven geroepen voor alle zorgsectoren.

### Unieke steunpakketten houden zorg in stand

De steunpakketten van zorgverzekeraars zijn in hun aard en omvang uniek. Nooit eerder heeft er iets gelijks plaatsgevonden in de geschiedenis van de collectief gefinancierde zorg. Met de zorgpremies van onze verzekerden kunnen wij de zorg uit de Zorgverzekeringswet (gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg uit de basis- en aanvullende zorgverzekeringen) en de Wet langdurige zorg in stand houden. Daarbij zijn ook afspraken gemaakt over het inhalen en opstarten van de zorg. In totaal zullen zorgverzekeraars naar verwachting vele miljarden aan steun leveren.

### Zorgstelsel robuust in crisistijd

Onze gezondheidszorg heeft laten zien dat ook in uitzonderlijke situaties zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid gezamenlijk en snel hun verantwoordelijkheid nemen. Het samenspel tussen verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de kern van ons zorgstelsel, waarbij de overheid aan zet is om de juiste randvoorwaarden te creëren.

Dit samenspel is de reden dat onze zorg al decennia lang van zeer hoge kwaliteit is, veel ruimte biedt voor innovatie en breed toegankelijk is voor alle Nederlanders ongeacht hun gezondheid of inkomen. Dit zien we onder meer terug in de goede posities van ons land in internationale vergelijkingen. Het is de verdienste van alle partijen die samenwerken in de zorg, binnen het stelsel dat in 2006 is ingevoerd. Nederland is sindsdien volgens de OECD gedaald van de 8<sup>e</sup> naar de 12<sup>e</sup> plek van duurste landen op het gebied van zorg<sup>1</sup>. En door de prikkels gericht op doelmatige en gepaste zorg

<sup>1</sup> OECD, [Health at a glance 2019](#)

hebben we groei van de curatieve zorgkosten de laatste jaren kunnen afremmen, terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit onverminderd hoog blijven.

De coronacrisis heeft ons des te meer laten zien dat onze gezondheidszorg zich voortdurend dient aan te passen aan veranderende omstandigheden en antwoorden dient te vinden op nieuwe vragen. Het aanpassingsvermogen van onze gezondheidszorg staat of valt bij voldoende innovatie- en experimenteeruimte en de ruimte om van elkaar te leren. Zo hebben we in diverse delen van het land belangrijke lessen geleerd over hoe in Noord-Brabant werd omgegaan met de eerste grote toestroom aan COVID-19 patiënten. En hoe we digitale zorg zo snel mogelijk veilig en betrouwbaar konden opschalen. Het op verschillende plekken kunnen experimenteren en van elkaar leren, is een basisonderdeel van ons stelsel. Het vormt de sleutel om de zorg ook voor toekomstige generaties toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden.

### **Nu doorpakken met vernieuwing en innovatie**

Als we er niet met elkaar in slagen de stijging van de zorgkosten blijvend te beheersen, zullen de zorgkosten andere collectieve en individuele uitgaven verdringen.<sup>2</sup> En stijging van zorgkosten kan uiteindelijk ook het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit ondermijnen.

Zorgverzekeraars onderstrepen dat een snelle vernieuwing van de zorg (met de ervaringen uit de coronacrisis) slaagt als de verantwoordelijkheid bij de spelers blijft die dicht op de praktijk zitten; in plaats van een centrale sturing op landelijk niveau. Als zorgverzekeraars zien wij een nationale, regionale of lokale invalshoek in de eerste plaats als een kwestie van relevante schaalgrootte voor het oplossen van bepaalde vraagstukken. De ROAZ'en zijn uitermate geschikt gebleken voor de afstemming van de acute zorg bij de corona-uitbraak, maar voor andere uitdagingen zijn weer andere besluit- en afstemmingsvormen nodig. Hoog-specialistische zorg zal vooral nationaal bepaald moeten worden, andere vraagstukken spelen op regionaal of zelfs lokaal niveau. De coronacrisis heeft laten zien dat de landelijke, regionale en lokale afstemming niet goed af te bakenen is. Bestuurlijke regionalisering van de zorg leidt tot het risico van extra geografische schotten in de zorg. De focus moet liggen op het goede afstemming op het juiste schaalniveau, niet op het inrichten van nieuwe bestuurlijke lagen.

### **Wel meer regionale samenhang, geen regionaal bestuur in de zorg**

Kenmerk van ons stelsel is dat de goede oplossingen – op welk relevant niveau dan ook – het resultaat zijn van de inzet van de betrokken partijen en niet van een directief of een regionaal bestuur dat in feite inbreuk pleegt op de huidige ruimte voor maatwerk. Wij begrijpen het ongeduld over het soms uitblijven van veranderingen in de organisatie van de zorg. De roep om 'doorzettingsmacht' is dan snel geboren en lijkt op

<sup>2</sup> [Vier aanbevelingen van de Studiegroep Begrotingsruimte](#), 10 juli 2020

het eerste gezicht een quick-fix te kunnen bieden. Op de langere termijn leidt naar onze overtuiging centraalgestuurde regionale besluitvorming tot verstarring en consolidatie van posities en kan het de rechtsgelijkheid tussen verzekerden aantasten.

Wél van belang is een regionaal samenhangend zorgaanbod, omdat verzekerden geen last zouden moeten hebben op het snijvlak van voorzieningen of systemen. Deze samenhang is voor zorgverzekeraars dan ook een belangrijk thema en daarin willen we ook zelf een actieve rol spelen. Kortom: wel meer regionale samenhang, geen regionaal bestuur in de zorg.

Voor zorgverzekeraars geldt dat zij (ook in tijden van een grote gezondheids crisis) aanspreekbaar zijn op de zorgplicht voor hun verzekerden. Wij bewaken daarbij de balans tussen enerzijds voldoende keuzemogelijkheden en anderzijds de doelmatige inrichting van het zorglandschap. Onze ambitie is om houdbare zorg te creëren die de persoon centraal stelt, met compassie geleverd wordt op een effectieve manier in netwerken rondom de patiënt en die zinnig, zuinig en eerlijk omgaat met het premiegeld om solidariteit te behouden. Vanuit die ambitie geven zorgverzekeraars in deze agenda *Blijvend verzekerd van goede zorg* hun adviezen aan een nieuw kabinet.

## 1. Zorgverzekeraars werken aan vernieuwing

Elke verzekerde moet ervan op aan kunnen, dat hij of zij bij een zorgverlener terecht kan als dat nodig is. Belangrijkste verworvenheid van ons zorgstelsel is misschien wel dat we dat nu goed geregeld hebben in de curatieve zorg. Zorgverzekeraars staan voor hun zorgplicht, wat voor elke verzekerde een *zorggarantie* betekent (en hetzelfde geldt voor zorgkantoren in de Wet langdurige zorg).

Om te waarborgen dat ook in de toekomst goede zorg overal in ons land voor iedereen beschikbaar en betaalbaar blijft, moeten we het nodige veranderen in de manier waarop de zorg wordt aangeboden. Samen met zorgverleners zetten we daarom in op de noodzakelijke transitie van de zorg, soms regionaal, soms landelijk. Voor zorgverzekeraars is dit ook een belangrijk aandachtspunt bij de herstart van zorg na het afschalen tijdens de coronacrisis. Technologische vernieuwingen in de zorg geven daarbij ruimte voor meer maatwerk zodat zorg bij de behoefte van verzekerden aansluit. Digitalisering zal leiden tot minder tijd- en plaatsgebonden zorg.

Als zorgverzekeraars nemen wij het initiatief om te komen tot transitie, in de regio, maar ook landelijk wanneer het onderwerp daarom vraagt. En we doen dat binnen de uitgangspunten van ons zorgstelsel: in competitie met elkaar, gezamenlijk waar het gaat om het in stand houden van een basisinfrastructuur en waar dat bijdraagt aan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, gelet op de te maken keuzes noodzakelijk is en uit oogpunt van mededinging is toegestaan. Een voorbeeld van een landelijke transitie waaraan de zorgverzekeraars in samenwerking een belangrijke bijdrage hebben geleverd, is de totstandkoming van één landelijk centrum voor de oncologische zorg voor kinderen.

### *Zorgverzekeraars staan voor hun zorggarantie*

- Van elke regio is een regiobeeld gemaakt, waarin de feitelijke situatie wordt beschreven en de drie grootste knelpunten zijn benoemd. Samen met betrokken partijen werken zorgverzekeraars vanuit dit beeld aan de transitie-opgave.
- Voor elke regio heeft de zorgverzekeraar die marktleider is een centrale rol bij het borgen van de zorggarantie voor de basisinfrastructuur. De zorgverzekeraars monitoren kritisch de continuïteit van zorgfuncties om te borgen dat de basis op orde blijft.
- Zodra in een regio de basisinfrastructuur van de zorg in acuut gevaar komt, neemt de marktleider, in afstemming met de tweede en eventueel derde zorgverzekeraar, initiatief om te borgen dat er voldoende zorg beschikbaar blijft. De andere zorgverzekeraars sluiten zich daarbij aan (bij structurele aanpassingen van het zorgaanbod zullen andere zorgverzekeraars wel kritisch meekijken naar de gekozen oplossingen, maar het tempo en de voortgang in de regio niet belemmeren).

### *Innovatie vraagt om ruimte voor verscheidenheid en experiment*

- Zorgverzekeraars werken ieder vanuit hun eigen visie en beleid aan doelmatige en gepaste zorg en aan verandering van het zorglandschap. Verschillen tussen zorgverzekeraars zullen implementatie van succesvolle vernieuwing niet in de weg staan. Integendeel: omdat goede voorbeelden vaak ook leiden tot lagere kosten, zullen andere zorgverzekeraars deze graag overnemen om de besparing te kunnen teruggeven aan de premiebetaler. Om het 'van elkaar leren' extra te stimuleren zullen wij meer onderzoek initiëren naar succesvolle innovaties en daarover actief communiceren. Daarin verwachten wij ook een actieve houding van zorgaanbieders.
- Ons stelsel bevat uitstekende prikkels om te komen tot variatie, innovaties, een snelle leercurve en tot opschaling van goede initiatieven die tot betere kwaliteit en lagere kosten leiden. Wij hechten daarom aan competitie die dit uitlokt. Bij innovaties ligt het accent op de inzet en initiatieven van de afzonderlijke zorgverzekeraars. Innovatie en de opschaalbaarheid daarvan vraagt om ruimte voor verscheidenheid en experiment en daarin ligt de kracht van ons stelsel.
- Zorgverzekeraars zetten zich in voor een goede balans tussen enerzijds voldoende keuzemogelijkheden (dus geen monopolies) en anderzijds een doelmatige inrichting van het zorglandschap (dus niet te veel versnipperd aanbod).

Om te zorgen dat professionals meer tijd aan goede zorg en minder aan administratie besteden, is informatie-uitwisseling tussen verschillende partijen in de zorgketen, waaronder ook nadrukkelijk de patiënt, essentieel. Dit vereist onderhoud en uitbouw van infrastructuur en investeren in (internationale) standaarden. Dit is om drie redenen belangrijk. Ten eerste heeft de crisis ons laten zien, dat het van belang is dat zorgaanbieders kunnen beschikken over alle relevante medische informatie over de patiënt die zij behandelen, waarbij de patiënt de regie houdt over het delen van zijn of haar medische gegevens. Dit vraagt om landelijke uitwisseling, ook tussen sectoren, over aan elkaar gekoppelde infrastructuren. Ook noodzakelijk is het gebruik van, deels nog te ontwikkelen, generieke voorzieningen zoals bijv. één landelijk zorgadresboek. Daarnaast kunnen de mogelijkheden voor veilige en toegankelijk digitale zorg een enorme bijdrage leveren aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tot slot is ook uit de coronacrisis gebleken hoe belangrijk het is om duidelijk inzicht te hebben in de bezetting en capaciteit van zorgaanbieders om onnodige wachtlijsten te voorkomen. Het is de afgelopen jaren en zeker de afgelopen maanden gebleken dat zorgaanbieders (en hun koepels) zelf niet over de expertise beschikken om hier de noodzakelijke stappen in te zetten.

### *Zorgverzekeraars investeren in een goede ICT-infrastructuur*

- Door op nationaal niveau samen te werken aan zowel infrastructuur als standaarden voor uitwisseling tussen professionals, patiënten en sectoren, dragen zorgverzekeraars bij aan een landelijk opererend netwerk van informatiedeling tussen diverse partijen in het zorgveld. Wij investeren al jaren fors in de zorgcommunicatie en zullen onze investeringen verder intensiveren. Zo zorgen we voor een kwalitatief betere en efficiëntere communicatie tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en patiënten, voor vermindering van administratieve lasten en voor landelijk beschikbare kwaliteitsinformatie.
- Als zorgverzekeraars stimuleren wij gezamenlijk Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (MedMij PGO's); daarmee kunnen we de informatievoorziening van onze verzekerden (en patiënt/cliënt) beter vormgeven. Zo wordt de informatie-asymmetrie in de spreekkamer kleiner en kan de verzekerde meer regie voeren over zijn of haar eigen zorgproces.
- Zorgverzekeraars vragen van de overheid om samen met ons te borgen dat er samenhang en efficiëntie in zorginfrastructuren voor de digitale gegevensuitwisseling komt. De coronacrisis heeft aangetoond dat betrouwbare gegevensuitwisseling tussen zorgverleners voor de patiënt van levensbelang kan zijn. We moeten voorkomen dat er versplinterd en ongericht door zorgverleners wordt geïnvesteerd, waardoor onnodig veel zorggeld wordt uitgegeven aan softwareleveranciers die profiteren van het gebrek aan duidelijke, verplichte standaarden. Ook vragen we van de overheid om zorgaanbieders op te roepen bestaande infrastructuur op het gebied van informatie-uitwisseling en kwaliteitsvergelijking te gebruiken en niet steeds opnieuw het wiel uit te vinden.

## 2. De juiste prikkels en randvoorwaarden

Veel discussies over ons zorgstelsel gaan over marktwerking en de effecten daarvan. Voor zorgverzekeraars leidt deze discussie niet tot het juiste gesprek. Overal in de zorg zijn prikkels en randvoorwaarden die keuzes en gedrag van partijen beïnvloeden. En dergelijke prikkels zijn niet alleen een vorm van marktwerking: ook publieke systemen en wet- en regelgeving bevatten elementen die – bedoelde en onbedoelde – effecten hebben op het gedrag van mensen en organisaties.

Veranderingen in deze prikkels kunnen leiden tot een verbetering, maar net zo makkelijk tot ongewenste effecten. Het regionaliseren van de financiering en aansturing kan gemakkelijk leiden tot ongewenste marktmacht bij zorgaanbieders. Ongebreidelde toegang tot zorg leidt tot versnippering, overconsumptie en ondoelmatigheid. Dat noopt tot grote zorgvuldigheid bij aanpassingen. Wel zien wij belangrijke kansen om via nieuwe vormen van bekostiging de gewenste verandering van de organisatie van de zorg te stimuleren. In plaats van nieuwe (regionale) bestuursvormen en nieuwe schotten in de regio in het leven te roepen, is er veel te realiseren door gepast gebruik en meer tijd voor de patiënt te bevorderen. Nieuwe vormen van bekostiging moeten ook ondersteund worden door goede regels voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders, vergoedingen voor verzekerde zorg en kwaliteitseisen.

### *Maak écht werk van sturen op doelmatige zorg*

- De uitkomsten van het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) kunnen de contractering van gepaste zorg ondersteunen, zeker als informatie over praktijkvariatie, de adoptie van nieuwe richtlijnen en inzichten publiek gemaakt wordt. Landelijk afdwingen van zinnige zorg zal al snel averechts werken, omdat zorgaanbieders nu eenmaal verschillen en er maatwerk nodig is. Elk ziekenhuis is anders: daarbij past het maatwerk van de individuele contractering. Een generieke maatregel maakt geen variatie mogelijk, gaat voorbij aan de samenhang tussen gepast gebruik en kostenafbouw (want ook dat vergt maatwerk) en zet innovaties van meet af aan in de sleutel van beleid van bovenaf.
- Wij bepleiten dat het Zorginstituut actief pakketbeheer gaat voeren (gericht op in- en uitstroom).
- Voor het gebruik van (dure) geneesmiddelen dienen er altijd heldere start- en stopcriteria te zijn.

### *Denk na over de (neven)effecten van financiële prikkels*

- Bekostiging is natuurlijk al lang voorwerp van discussie en studie. De ideale oplossing zal niet voorhanden zijn, maar we moeten blijven streven naar een vorm van bekostiging die past bij betere zorg tegen lagere kosten. Soms

verdient de zorg een prikkel op productie, soms juist een prikkel op de-  
implementatie of op kwaliteit.

- Het persoonsgebonden budget (pgb) maakt het mogelijk om in zeer specifieke situaties op de patiënt toegesneden zorg te bieden. In de praktijk lijkt het gebruik van pgb steeds meer uit te drijven, waarbij vraagtekens kunnen worden gezet bij de doelmatigheid en zelfs rechtmatigheid van geleverde zorg. Wij denken dat het noodzakelijk is, juist in het belang van mensen die écht op een pgb zijn aangewezen, het niet strikt noodzakelijke gebruik van pgb te ontmoedigen of tegen te gaan.
- Het systeem van risicoverevening tussen verzekerden met voorspelbaar hoge en voorspelbaar lage zorgkosten is het cruciale fundament voor de solidariteit in ons zorgstelsel. Het moet zorgen voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars die in competitie met elkaar werken aan de toekomst van onze gezondheidszorg. Omdat het huidige systeem nog steeds verstrekken imperfecties kent blijft het van belang dat hiervoor oplossingen worden gecreëerd en ernaar gestreefd blijft worden het systeem verder te verbeteren. Wij pleiten daarom voor een onafhankelijke derde, naast de zorgverzekeraars en VWS, die het risicovereveningsmodel gestructureerd en doorlopend toetst op adequate werking.

### 3. Nederland gezond

Het is van belang dat de overheid een centrale visie op gezondheidsbevordering ontwikkelt. Een goede gezondheid is een van de belangrijkste zaken in een mensenleven. Het voorkomen van ziekte en zorg verhoogt de kwaliteit van leven en kan onnodige zorgkosten voorkomen. Ook draagt gezondheidsbevordering bij aan de arbeidsproductiviteit, die we bij afname van de beroepsbevolking volop nodig hebben. De belangrijkste winst op dit terrein is te vinden buiten het domein van de zorg: onderwijs, werk, voeding, luchtkwaliteit enzovoort. In al het beleid van een nieuw kabinet zou gezondheid een belangrijk aandachtspunt moeten zijn onder het motto 'Nederland gezond'. Maar ook binnen de zorg is winst te behalen.

#### *Investeren in de gezondheid van huidige en toekomstige generaties*

- Wij zien dat bij veel mensen het krijgen van een chronische ziekte is verbonden met hun leefstijl. Wij vinden het belangrijk in te zetten op bevordering van de gezondheid van onze verzekerden om de groei van het aantal mensen met chronische aandoeningen te beperken. Dit vraagt om een kabinetsbrede inzet met investeringen in het onderwijs, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, een schone leefomgeving en de toegang tot gezond voedsel.
- Gezondheidsbevordering begint met voorkomen dat gezonde mensen problemen met hun gezondheid krijgen. Daarom werken zorgverzekeraars op dit terrein ook intensief samen met gemeenten; lokaal maatwerk is daarbij het uitgangspunt. ZN en VNG werken gezamenlijk aan een infrastructuur voor investeringen op dit gebied.
- Zorgverzekeraars bevorderen groepsgerichte gezondheidsbevordering door middel van collectieve zorgpolissen (werkgevers, verenigingen, doelgroepen). Langs deze weg kan een bijdrage geleverd worden aan een gezonde en vitale leefstijl.

#### *Neem bewezen effectieve interventies op in de basisverzekering*

- In de basisverzekering zijn slechts beperkte vergoedingsmogelijkheden voor interventies gericht op behoud van gezondheid. Neem meer bewezen effectieve interventies op in de basisverzekering, zoals:
  - Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen vanaf 10 jaar.
  - Leefstijlinterventies bij diabetes (zowel voor patiënten als risicogroepen).
  - Valpreventie voor ouderen.
- Geef preventie en sociale benaderingen een stevige plek in het Deltaplan Dementie.

## 4. Ouderenzorg: systeemgrenzen mogen goede en passende zorg niet in de weg staan

Bij alle aandacht voor de gezondheidszorg in ons land is er één onderwerp dat er met kop en schouders boven uitsteekt: de ouderenzorg. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten werken vanuit verschillende wettelijke kaders: de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Zolang de behoefte aan zorg van burgers enkelvoudig is, werkt dat prima en is er weinig behoefte aan aanpassing. Maar met name als de problematiek complexer is en er op de grensvlakken van deze wettelijke domeinen problemen kunnen ontstaan, moeten we met elkaar naar oplossingen zoeken en kan hulp van het kabinet gewenst zijn. Uitgangspunt moet immers zijn dat verzekerden en inwoners zo min mogelijk hinder ondervinden van de 'schotten' tussen zorgwetten.

### *Samenwerking zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten*

- Zorgverzekeraars en zorgkantoren werken op steeds meer plaatsen intensief samen met gemeenten. Ook hierbij neemt de marktleider waar nodig het initiatief om knelpunten in kaart te brengen en naar oplossingen te zoeken. De Rijksoverheid kan daarbij helpen door domeinoverstijgende financiering mogelijk te maken, bijvoorbeeld in de vorm van een lumpsumvariant. Er zijn financieringsarrangementen nodig die gemeenten en vooral ook zorgkantoren uitnodigen 'in elkaar te investeren', zodat preventie voor beiden gaat lonen.
- Zorgkantoren en gemeenten zorgen voor cliëntondersteuning. Wij bepleiten dat cliënten, al voordat zij een Wlz-indicatie hebben, gebruik kunnen maken van cliëntondersteuning vanuit de Wlz. Het is gewenst dat in de toekomst iedereen over de domeinen heen vanuit één loket ondersteuning kan krijgen wanneer dit op het niveau van de zorgkantorregio's integraal wordt geregeld.
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren werken hard aan de doorontwikkeling van de regionale coördinatiefunctie tijdelijk verblijf.

### *Neem verkeerde prikkels weg*

- Verschillen tussen eigen betalingen in de Zvw en de Wlz kunnen leiden tot verkeerde prikkels en soms tot keuzes die niet aansluiten bij de feitelijke zorgvraag. Wij pleiten ervoor de eigen betalingen voor zorg domeinoverstijgend tegen het licht te houden.
- Financiers moeten geen prikkels hebben om zorgkosten af te wentelen op een ander domein. Zo moet voorkomen worden dat Wmo-zorg onterecht onderdeel wordt van de Zvw-gefinancierde wijkverpleging. Maar ook dat bij zware thuiszorg, terwijl dat nog niet echt noodzakelijk is, toch al een Wlz-

indicatie wordt aangevraagd en verzilverd. Zorgverzekeraars geven daarom in overweging te onderzoeken welke (financiële) prikkels ervoor kunnen zorgen dat deze afwenteling niet plaatsvindt.

- Om versnippering in het aanbod van met name de wijkverpleging tegen te gaan is effectieve regelgeving van de overheid onontbeerlijk (zie paragraaf 5). Ook in de wijkverpleging moet niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijker worden en dienen er kwalitatieve toelatingsdrempels te komen. Hierbij helpt het als zorgverzekeraars niet-gecontracteerde, ondoelmatige zorg minder mogen belonen.

### **Maak een meerjarige agenda ouderenzorg**

- Een meerjarige agenda moet duidelijkheid geven over de verpleeghuiszorg voor de toekomst, maar ook over de zorg voor thuiswonende ouderen. En dan niet alleen vanuit het perspectief van de zorg, maar juist in samenhang met andere domeinen, met name wonen. Wat is de koers, het overheidsbeleid hierbij over een langere periode? Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn voorstander van een breed maatschappelijk debat over de keuzes die horen bij de organisatie van de ouderenzorg van de toekomst, waarbij de verwachtingen en de inhoud van het collectief verzekerde pakket aan zorg en ondersteuning een belangrijk gesprekspunt vormen. In dat debat over de toekomst van de ouderenzorg moet het ook gaan over de omschakeling van het traditionele denken over personeelsinzet naar het organiseren van goede verpleeghuiszorg met behulp van technische en sociale innovaties. Daarbij is het belangrijk dat zorgaanbieders de ruimte voelen om te investeren in vernieuwingen die nodig zijn om zo met de beschikbare middelen zoveel mogelijk mensen van zorg te kunnen voorzien.
- Zorgverzekeraars vinden dat extramurale verpleeghuiszorg mogelijk moet blijven binnen de Wet langdurige zorg.
- Een aandachtspunt hierbij is ook dat het beroep op mantelzorgers en vrijwilligers de komende jaren zal toenemen. Ook dit vraagt om maatschappelijke keuzes en een maatschappelijk debat. Nemen wij genoeg met andere manieren van zorgverlening, zijn wij bereid het sociale netwerk aan te spreken om ondersteuning te organiseren, willen we minder uren werken om vrijwilligerswerk of mantelzorg te verlenen?

## 5. Nieuwe aanpak ggz

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in ons land staat onder grote druk. De zorgvraag is groot en wordt soms complexer. Een van de oorzaken daarvan is dat de ggz het vangnet is voor veel sociale problemen. De vraag naar zorg groeit sneller dan de sector aankan. Wij denken dat de tijd rijp is voor een discussie over wat de samenleving mag verwachten van de ggz. Maken we niet van levensproblemen (die overigens wel reëel leed veroorzaken) een medisch vraagstuk? Zouden we de samenleving niet mentaal weerbaarder moeten maken en meer moeten investeren in het gemeentelijk sociaal domein?

Maar ook bij het zorgaanbod en het functioneren van de curatieve ggz kunnen veel kanttekeningen worden geplaatst. Het aanbod is enerzijds versnipperd, anderzijds te veel regionaal geconsolideerd. Ook zijn de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen moeilijk vast te stellen. En evenals andere sectoren kampt ook de ggz met forse personele problemen: krapte op de arbeidsmarkt, een hoog verloop en een hoog verzuim. Een andere opvallende trend is dat ondanks het feit dat de uitgaven aan ggz in ons land blijven stijgen, veel grote ggz-instellingen met flinke financiële problemen kampen.

Gezien deze problematiek vinden we het tijd om samen met de ggz-sector tot een nieuwe aanpak en werkwijze te komen. Het vergroten van het oplossend en weerbaarheidsvermogen van de samenleving als geheel moet daarbij het uitgangspunt. Wat ons betreft ligt de sleutel van succes voor veel mensen met psychische kwetsbaarheid in het verleggen van het paradigma: van behandelen en genezen naar maatschappelijk herstel. Zorgverzekeraars sluiten hiermee aan bij een groeiende trend in de ggz-sector, namelijk de overtuiging van zowel patiënten als behandelaren dat een grote groep mensen met psychische kwetsbaarheid gebaat is met een bredere focus op herstel. [In dit paper staat de toekomstvisie van ZN op de ggz.](#)

### *Zorgverzekeraars gaan in contracteerbeleid anders sturen*

- Zorgverzekeraars willen de trend van onderbehandeling van zware klachten en overbehandeling van lichte klachten keren. Dat vereist aanpassing van de richting van de tariefstructuren, omdat er nu binnen instellingen kruissubsidie van lichte naar zware problematiek plaatsvindt. Om die onevenwichtigheid te kantelen moet ook de trend van versnippering (extramuraal) en vergaande consolidatie (instellingen) van het zorgaanbod worden gekeerd.
- Van product-denken (dbc's/diagnoses) naar praktijk-denken (bewezen manieren van omgaan met psychische problematiek). Samen met het ggz-veld worden goede, bewezen praktijken ontwikkeld, opgeschaald en via de nieuwe bekostigingssystematiek per 2022 gefinancierd. De focus zal daarbij

minder liggen op de (wetenschappelijke) maakbaarheidsgedachte van evidence based zorgstandaarden en uitkomstmaten per diagnose.

- Zorgverzekeraars zetten in op het verbeteren van de samenwerking tussen de huisartsenzorg en de ggz-sector en het versterken van het sociaal domein en de eerste lijn als buffers voor de gespecialiseerde ggz, die op dit moment overbelast wordt met te lichte klachten.

### *De overheid kan helpen door heldere keuzes en de juiste prikkels*

- Zorgverzekeraars vragen de Rijksoverheid om de gemeentelijke overheden via het Gemeentefonds voldoende en stabiel te financieren om hun taken waar te kunnen maken, zodat de instroom in de Zorgverzekeringswet beperkt wordt en de doorstroom van uitbehandelde patiënten naar beschermde woonvormen mogelijk wordt. Het verdient daarbij aanbeveling dat de gemeenten ook kwaliteitsnormen voor het sociaal domein toepassen in hun contracten met ggz-aanbieders, die aansluiten bij de zorgstandaarden uit de Zorgverzekeringswet
- De Rijksoverheid moet een heldere uitspraak doen over de afbakening van de aanspraak geneeskundige ggz in de Zorgverzekeringswet en biedt daarbij een heldere en praktische oplossing voor het kunstmatige onderscheid tussen behandeling en begeleiding in de ggz.
- Ook in de ggz moet niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijker worden, dienen er kwalitatieve toetredingsdrempels voor zorgaanbieders en behandelaren komen en dienen psychiaters verplicht mee te doen aan ANW-diensten en crisisdiensten. Hierbij helpt het als zorgverzekeraars niet-gecontracteerde, ondoelmatige zorg minder mogen belonen.
- Compenseer zorgverzekeraars beter via het stelsel van risicoverevening voor zware ggz-problematiek, om daarmee de contractering van deze zorg beter te ondersteunen.

## 6. Effectieve inzet van zorgverleners

Hoewel de economische gevolgen van de coronacrisis een rem kunnen zetten op de financiële groeirimte voor de zorg, vormt de beschikbaarheid van voldoende zorgverleners hét grote probleem voor onze gezondheidszorg de komende jaren. De problemen waarmee we vandaag de dag geconfronteerd worden als het gaat om personeelstekorten zijn nog maar een begin. De stijgende vraag naar personeel in de zorg zullen we nooit kunnen bijbenen. Tegelijkertijd daalt het aantal beschikbare mantelzorgers. Wie gaat straks voor ons en onze kinderen zorgen?

Optimale zorg rond de patiënt vereist een goed georganiseerd netwerk van zorgprofessionals die allen hun bijdrage leveren. Bij nieuwe arbeidsrelaties (zzp) kunnen zorgverleners en zorginstellingen zich aan hun verantwoordelijkheid onttrekken door bijvoorbeeld alleen overdag zorg aan te bieden aan mensen met een relatief eenvoudig te beantwoorden zorgvraag.

Dit leidt tot maatschappelijk ongewenste ontwikkelingen: wachtlijsten voor bepaalde behandelingen, problemen bij bemensing van beschikbaarheidsdiensten in avond en weekend. Maar ook zorgpersoneel in loondienst verlaat steeds vaker een instelling, om zich vervolgens als zelfstandige te laten inhuren (voor doorgaans een hoger tarief) voor alleen dagdiensten. En de werkdruk voor het overige personeel loopt verder op, met als gevolg een hoog verzuim en verloop. Zonder een goede regulering en ordening ontstaat een te ongebreideld aanbod. Wij dringen daarom aan op spoedige en effectieve regelgeving waarmee versnippering van het zorgaanbod en ondoelmatige zorg kunnen worden tegengegaan.

### *Zorgverzekeraars en zorgkantoren willen samen met zorgaanbieders werk maken van effectieve inzet zorgverleners*

- Waarborg dat alle zorgaanbieders aan kwaliteitseisen voldoen. Dat kan door het verkrijgen van een AGB-code om te kunnen declareren voorwaardelijk en tijdelijk te maken. Verplicht ook dat nieuwe zorgaanbieders een juridische toets ondergaan en gescreend kunnen worden.
- Zorg – op basis van een aangepaste BIG-registratie – dat alle relevante zorgtaken van personeel in loondienst ook kunnen worden verwacht van zelfstandigen.
- Regel bij wet dat zorgverleners zonder contract een deel van de kosten in rekening moeten brengen bij de verzekerde (zo ontstaat er een reële keuze tussen bijbetalen of kiezen voor gecontracteerde zorg en blijft de solidariteit in stand).