

Vergaderjaar 2020–2021

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 326**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2020

In de afgelopen jaren is de aandacht voor gepast gebruik gegroeid. Zowel in de zorg als in uw Kamer. In de zorg zijn er veel verschillende programma's en trajecten op het gebied van gepast gebruik. Uw Kamer heeft hierover in verschillende overleggen aandacht gevraagd en mij via meerdere moties<sup>1</sup> verzocht om gepast gebruik verder te brengen. Dit heb ik ook toegezegd.<sup>2</sup>

Ik onderschrijf het belang van gepast gebruik. Gepast gebruik draagt bij aan betere uitkomsten voor patiënten en aan betaalbaarheid. In de verschillende programma's en initiatieven worden stappen gezet om gepast gebruik verder te brengen. We beschikken over steeds meer informatie en het is tijd om het geleerde nog beter in de praktijk te brengen en te verduurzamen. Het gaat om implementatie van kennis over gepast gebruik in kwaliteitsstandaarden, implementatie van gepast

<sup>1</sup> Moties: Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 90; Kamerstuk 29 689, nr. 1064; Kamerstuk 29 689, nr. 1060; Kamerstuk 35 570 XIV, nr. 111

<sup>2</sup> Toezeggingen gedaan in verschillende overleggen (Notaoverleg Cure d.d. 2 juli jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 513), Algemeen Overleg pakketbeheer d.d. 17 juni jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 1073)) en de aanbiedingsbrieven bij het advies van de NZa over het stimuleren van passende zorg en digitale zorg (Kamerstukken 31 765 en 27 529, nr. 514) en bij het advies van het Zorginstituut en de NZa over samenwerken aan passende zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 536)

gebruik in de praktijk en implementatie in het stelsel van randvoorwaarden.<sup>3</sup>

Ik schets in deze brief de stand van zaken op het onderwerp gepast gebruik en laat de ontwikkelingen zien. Verder licht ik toe waarover ik met het veld in gesprek wil gaan. De brief volgt de volgende opbouw:

- Wat is gepast gebruik?
- We werken langs meerdere lijnen aan resultaat; het veld staat niet stil.
- Welke vragen staan nog open:
  - Wat kan er al, maar kan beter
  - Wat kan er nog niet, maar moet wel gebeuren
- Hoe werken we hieraan samen verder?

### **Wat is gepast gebruik?**

In de (digitale) spreekkamer<sup>4</sup> worden keuzes gemaakt over welke zorg nodig en wenselijk is voor een patiënt. Dat gebeurt in een gesprek tussen zorgverlener en patiënt, door samen te beslissen. De keuze wordt gemaakt uit behandelingen die zijn beschreven in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen en (veelal) in het basispakket opgenomen zijn.

Gepast gebruik vind ik belangrijk. In eerdere brieven heb ik gepast gebruik gedefinieerd als het verlenen van zorg waarvan we weten dat deze meerwaarde heeft, en het niet langer verlenen van zorg zonder meerwaarde. Meerwaarde heeft betrekking op zowel de effectiviteit van de verleende zorg als op de bijdrage die het levert aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Het is van belang om door middel van onderzoek vast te stellen of zorg effectief is en vanuit dat perspectief dus meerwaarde heeft. Op dit moment is van circa 50% van de medisch specialistische zorg in het basispakket nog onvoldoende duidelijk of deze zorg effectief is.<sup>5</sup> Ook is voor een groot deel van de zorg nog geen inzicht in de uitkomsten die van belang zijn voor de patiënt. Dit inzicht is nodig om tot een goed en onderbouwd gesprek tussen patiënt en zorgverlener te komen in de spreekkamer. Het is dus belangrijk dat er op deze punten stappen worden gezet. Dit zijn grote opgaven, waarop in programma's zoals Uitkomstgerichte Zorg (UZ) en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) al stappen zijn gezet. Verderop in deze brief en in de bijlage<sup>6</sup> ga ik hier nader op in.

De term gepast gebruik is al een lange tijd in gebruik en wordt meestal gebruikt in de context van het pakket van verzekerde zorg. Gepast gebruik wordt daarmee geassocieerd met betaalbaarheid. Maar minstens zo belangrijk is de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorg verlenen die geen meerwaarde heeft, kost niet alleen geld, maar vormt ook een risico voor de patiënt. Het is vanuit het oogpunt van kwaliteit niet wenselijk dat die zorg wordt aangeboden en verleend.

---

<sup>3</sup> Zie ook de volgende adviezen:

- Zorg voor de toekomst van de Sociaaleconomische Raad <https://www.ser.nl/nl/adviezen/zorg-voor-de-toekomst>
- De Brede Maatschappelijke Heroverwegingen <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/22/rapporten-brede-maatschappelijke-heroverwegingen>
- Zorgkeuzes in Kaart <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>
- Verzekerd van Zinnige Zorg van de Algemene Rekenkamer <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg>

<sup>4</sup> Spreekkamer als metafoor voor alle patiënt/ zorgverlener contacten

<sup>5</sup> Adviesrapport Zorgevaluatie: van project naar proces, Federatie Medisch Specialisten. 28 oktober 2016

<sup>6</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Via het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft iedere verzekerde toegang tot bewezen effectieve zorg als dat nodig is. Dat is een groot goed. Het basispakket is voor 90% «open» vormgegeven.<sup>7</sup> Een voordeel hiervan is dat nieuwe behandelingen, intramurale geneesmiddelen en technologieën kunnen instromen als ze bewezen effectief zijn. Niet effectieve zorg kan uitstromen, zonder tussenkomst van de overheid. Een dergelijke open in- en uitstroom vraagt inzet en verantwoordelijkheid van alle partijen. Zo dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op dagelijkse basis de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te waarborgen. Ook patiënten hebben hierin een rol door in de spreekkamer het gesprek aan te gaan met hun zorgverlener, bijvoorbeeld aan de hand van de «drie goede vragen».<sup>8</sup> Het is aan overheidspartijen om de randvoorwaarden te creëren om dit mogelijk te maken. Dit kan bijvoorbeeld via de bekostiging, maar ook door vraagstukken rondom effectiviteit en kwaliteit van de verleende zorg te identificeren, bespreekbaar te maken en de ruimte te bieden om onderzoek te doen.

Zoals gezegd is er een verantwoordelijkheid voor alle relevante zorgpartijen (overheid en veld). Maar het gaat er uiteindelijk om dat in de spreekkamer de keuze voor de best passende zorg kan worden gemaakt tussen patiënt en zorgverlener. Om samen te kunnen beslissen wat de juiste keuze is in de specifieke omstandigheden is kennis nodig over de baten en kosten van verschillende behandelopties. Cruciaal daarbij is het inzicht in de uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat er niet één type uitkomst de beste of goede uitkomst is. Patiënten moeten juist de afweging kunnen maken die voor hen van belang is: dat kan zijn op het gebied van kwaliteit van leven, op overleving of op de mate van bijwerkingen.

### **We werken langs meerdere lijnen aan resultaat; het veld staat niet stil**

Zoals gezegd, gepast gebruik is geen nieuw thema. Al vele jaren wordt gewerkt aan het verder brengen van gepast gebruik en kwaliteit. Dat gebeurt in vele verschillende programma's en initiatieven, zowel in het veld als mede door VWS geïnitieerd. In de bijlage bij deze brief geef ik een overzicht van programma's rondom het thema gepast gebruik<sup>9</sup>. In deze programma's wordt voornamelijk samengewerkt door veld- en overheidspartijen. Meest duidelijke voorbeeld hiervan is dat er in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-MSZ) afspraken gemaakt zijn om te werken aan gepast gebruik, uitkomstindicatoren en op het gebied van geneesmiddelen.

Aan gepast gebruik en kwaliteit wordt gewerkt in cyclische processen. Het gaat daarbij om leren en verbeteren. Programma's die hieraan bijdragen werken dan ook langs de assen «leren» en «verbeteren». Daarnaast zijn er ook programma's die zich richten op de «randvoorwaarden».

Bij «leren» gaat het om kennisontwikkeling en het doen van onderzoek (wat is kwaliteit/effectiviteit?). Een voorbeeld van programma's die zich voornamelijk hiermee bezighouden zijn de ZonMw<sup>10</sup> onderzoeksprogramma's DoelmatigheidsOnderzoek, Goed Gebruik Hulpmiddelen en Goed Gebruik Geneesmiddelen. Maar ook UZ past in deze categorie. Hier wordt gewerkt aan het vaststellen van indicatorensets die bijdragen aan

<sup>7</sup> Enkel de extramurale geneesmiddelen worden via het «gesloten» gedeelte van het basispakket (het Geneesmiddelenvergoedingssysteem) vergoed.

<sup>8</sup> Voor verdere informatie, zie: [www.3goedevragen.nl](http://www.3goedevragen.nl)

<sup>9</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>10</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

kennisontwikkeling om inzicht te krijgen op de impact van een behandeling op de kwaliteit van leven.

De as van «verbeteren» gaat het over de implementatie van kennis in de praktijk en het monitoren of dat echt gebeurt (hoe implementeren we de keuze voor kwalitatieve en effectieve zorg op het juiste moment?). Het programma ZE&GG zet hier stevig op in en ook de middelen uit de Kwaliteitsgelden worden onder andere ingezet voor betere implementatie.

Ten slotte gaat het bij de as van «randvoorwaarden» om programma's die als hoofddoel hebben het creëren van de randvoorwaarden voor kwaliteit en gepast gebruik. Duidelijke voorbeelden hiervan zijn het project Regie op Registers Dure Geneesmiddelen en Governance Kwaliteitsregistraties.

In de praktijk zie ik mooie voorbeelden van patiënten en zorgverleners die samen beslissen in de praktijk brengen en daarbij gebruik maken van relevante uitkomsten om de best passende zorg te kunnen kiezen. Ik stuurde u daarvan in de voortgangsrapportages Uitkomstgerichte zorg al meerdere voorbeelden<sup>11</sup>. Ook de implementatieagenda van het programma ZE&GG is een goed praktijkvoorbeeld van onderwerpen die geïmplementeerd kunnen worden. Dat gebeurt ook: Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben op basis van deze agenda afspraken gemaakt over wat er in 2021 geïmplementeerd wordt. Verder zijn er binnen de beweging juiste zorg op de juiste plek ook talloze voorbeelden van gepast gebruik in de praktijk gebracht.<sup>12</sup>

### **Wat hebben we nog nodig?**

Er gebeurt dus al veel. Maar we zijn er nog niet. Ik noemde al het belang van implementatie. Dit wordt in verschillende adviezen en rapporten onderschreven.<sup>13</sup> Al deze rapporten wijzen op het belang van een stelsel van randvoorwaarden om dit mogelijk te maken en dat alle partijen hiernaar handelen. Dat kan gaan om randvoorwaarden in de bekostiging, hoe kwaliteit tot stand komt, het toezicht hierop en hoe de overheid als pakketbeheerder de mogelijkheid heeft uitspraken te doen. Ik ben het daarmee eens. We moeten de slag maken van bedenken naar gebruiken. De rol die ik voor de overheid zie is om deze randvoorwaarden zo in te richten dat overheids- en veldpartijen effectief samenwerken aan gepast gebruik.

Mede vanuit die gedachte heb ik afgelopen zomer het Zorginstituut en de NZa gevraagd om mij te adviseren over de randvoorwaarden voor gepast gebruik. Het programma ZE&GG heb ik daarnaast gevraagd te adviseren over de geleerde lessen uit de coronacrisis. Deze adviezen heb ik ontvangen. Het advies van het Zorginstituut en de NZa heb ik u recent toegestuurd.<sup>14</sup>

Ik ga hierna eerst in op de adviezen die ik heb mogen ontvangen. Daarna geef ik aan de hand van beide adviezen aan welke randvoorwaarden van belang zijn en welke stappen daarbij genomen moeten worden.

<sup>11</sup> Kamerstuk 31 476, nr. 28; Kamerstuk 31 476, nr. 31

<sup>12</sup> Voor verdere voorbeelden verwijst ik u naar de websites [www.uitkomstgerichtezorg.nl](http://www.uitkomstgerichtezorg.nl), [www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl](http://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl) en [www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl)

<sup>13</sup> Zie de onder voetnoot nummer 3 genoemde adviezen.

<sup>14</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 536

Ik heb het programma ZE&GG als programma van alle partijen van het HLA-MSZ gevraagd te adviseren over de geleerde lessen ten aanzien van gepast gebruik tijdens de coronacrisis. Het advies voeg ik als bijlage bij deze brief<sup>15</sup>. In het advies benoemt het programma een aantal zaken die bijgedragen hebben aan het gepast gebruik tijdens de coronacrisis. Zo is door alle partijen samengewerkt om op basis van wetenschappelijke kennis keuzes te maken over de te verlenen zorg. Daarbij is door partijen gebruikgemaakt van de implementatieagenda van het programma ZE&GG. Door deze samenwerking zijn onderzoeken naar (corona gerelateerde) zorg versneld opgezet, is wetenschappelijke kennis versneld in richtlijnen terechtgekomen en is samengewerkt om implementatie in de praktijk te bewerkstelligen. Bestaande samenwerkingsverbanden zoals ZE&GG, maar ook via de Federatie Medisch Specialististen (FMS) en ZonMw hebben bijgedragen aan deze versnelling. Dit benadrukt voor mij het belang van de publiek-private samenwerking om te komen tot gepast gebruik.

Het advies geeft verder aan dat het nog niet goed mogelijk is om op basis van spiegelinformatie een inschatting te maken van de (gezondheids-)effecten van de coronacrisis en wat dit zegt over gepast gebruik van zorg. Dat komt enerzijds omdat dergelijke effecten pas op de langere termijn duidelijk worden en anderzijds omdat de benodigde (spiegel)informatie nog niet beschikbaar is. Hier wordt aan gewerkt en de verwachting is dat in de tweede helft van 2021 wel de eerste inzichten beschikbaar zijn op basis van deze spiegelinformatie. Daarnaast heeft ook het RIVM onderzoek gedaan naar de gezondheidseffecten van COVID-19 als gevolg van het wegvallen van een deel van de reguliere zorg tijdens de eerste golf COVID-19 besmettingen. De resultaten van dit onderzoek zijn op 15 december jl. gepubliceerd en door mij aan uw Kamer aangeboden.

#### Advies «Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú»

Zoals ik in mijn aanbiedingsbrief bij het advies aangaf, hebben het Zorginstituut en de NZa een rijk advies opgeleverd. Het Zorginstituut en de NZa benadrukken het belang van gepast gebruik. Zij stellen dat het nu de tijd is om stappen te zetten. In het advies pakken het Zorginstituut en de NZa het vraagstuk van de randvoorwaarden voor gepast gebruik breder op. Daarom introduceren zij het begrip passende zorg. Passende zorg is de combinatie van gepast gebruik en passende organisatie van zorg.

Het rapport is opgebouwd uit twee delen: een eerste deel waarin de principes voor passende zorg en de uitgangspunten voor de randvoorwaarden worden toegelicht en een tweede deel waarin het Zorginstituut en de NZa een werkagenda introduceren om te komen tot passende zorg. Het Zorginstituut en de NZa definiëren de principes voor passende zorg als waarde gedreven, samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, de juiste zorg op de juiste plek en gezondheid in plaats van ziekte. Als randvoorwaarden noemen ze congruentie van alle partijen en maatregelen, een lerend systeem dat continu evolueert en decentrale toepassing van de maatregelen.

Ook het Zorginstituut en de NZa onderstrepen in hun advies dat er nog veel stappen te zetten zijn. Ik wil twee vragen de komende tijd samen met

---

<sup>15</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

ZIN en de NZa verder uitwerken: «Wat kan al, maar kan beter?» en «wat kan nog niet, maar moet wel gebeuren?»

*Wat kan al...*

In het advies van het Zorginstituut en de NZa staat een aantal zaken die ik uit wil lichten, omdat deze voor mij een stap in de goede richting zijn en waar ook al op ingezet wordt:

1. Kwaliteit kan meer leidend zijn bij beslissingen over het verzekerde pakket: Steeds vaker wordt in adviezen van het Zorginstituut aangegeven dat het voor de kwaliteit en nadere duiding van het pakket noodzakelijk is dat kwaliteitsstandaarden worden gemaakt. Een recent voorbeeld is de vereiste voor een beschrijving van kwaliteitsindicatoren om de aanspraak op diabeteshulpmiddelen te vereenvoudigen. Daarnaast wordt in het programma ZE&GG gewerkt aan het verbeteren van het pakket door te focussen op (onderzoek naar) kwaliteit. Recent hebben alle partijen in ZE&GG een top 10 van kennisvragen vastgesteld waarvan iedereen het over eens is dat er onderzoek naar moet gebeuren. Dat kan gaan over onderzoek naar het personaliseren van de nazorg en -controle bij kanker, maar ook onderzoek naar wat de beste behandeling is voor slikproblemen bij kwetsbare ouderen.
2. De huidige bekostigingsruimte: in sommige gevallen is al sprake van netwerkbekostiging (ketenzorg voor COPD) en bundelbekostiging (momenteel experiment bekostiging integrale geboortezorg, voornemen per 2022 op te nemen in de reguliere bekostiging<sup>16</sup>). Ook de doelgroepenbenadering, waarbij de zorgvraag en de specifieke situatie van de patiënt centraal staan, zien we bijvoorbeeld bij de mammapoli. Voor wat betreft de contractering en organisatie van zorg werk ik in het programma Uitkomstgerichte zorg bovendien al samen met het veld aan het in beeld brengen van de goede voorbeelden. We maken het mogelijk om te gaan experimenteren met en onderzoeken van nieuwe organisatie- en contractvormen. ZonMw doet hiervoor een call uit die ruimte biedt aan initiatieven in het veld. Bij de voortgangsrapportage Uitkomstgerichte Zorg stuurde ik daarvan al een eerste inventarisatie.<sup>17</sup> Het idee is dat de organisatie van de zorg optimaal aansluit op de zorgvraag en bijdraagt aan de beste uitkomst en hierin ondersteund door zowel de contractering als de bekostiging.
3. De invloed van partijen op de inzet van digitale zorg – binnen bestaande regelgeving – is vaak groter dan gedacht. Beroepsgroepen kunnen de inzet beschrijven in standaarden en richtlijnen. Zorgaanbieders kunnen digitale zorgoplossingen al aanbieden en hun zorgprocessen erop aanpassen. En zorgverzekeraars kunnen deze al inkopen en afspraken maken over de investeringen die nodig zijn voor implementatie. Het Zorginstituut beoordeelt daarnaast waar nodig digitaal ondersteunde interventies.

*...maar kan beter*

Tegelijkertijd geven het Zorginstituut en de NZa aan dat het nu zaak is dat we versneld stappen moeten zetten.

1. Pakketbeheer en kwaliteit kunnen nog beter aan elkaar verbonden worden. Zoals het Zorginstituut en de NZa aangeven voeren zij verschillende trajecten uit om het pakketbeheer en kwaliteitsbeleid dichterbij elkaar te brengen. Dat doen zij onder andere door vanuit een kwaliteitscyclus te kijken welke onderwerpen geagendeerd moeten worden voor verder onderzoek, hoe dit geïmplementeerd wordt in de praktijk en aan de hand van de uitkomsten te bepalen of er pakketuit-

<sup>16</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 206

<sup>17</sup> Kamerstuk 31 476, nr. 31

spraken gedaan moeten worden om niet effectieve zorg uit te sluiten. Hierbij willen zij ook kritisch kijken naar de rol die zij vervullen en wat zij aandragen bij bijvoorbeeld ZonMw en ZE&GG als het gaat om vraagstukken die onderzocht moet worden. Ik ben in gesprek met het Zorginstituut wat dat betekent voor de wettelijke kwaliteitstaken. Daarnaast vind ik het belangrijk dat dit in aansluiting met het veld gebeurt.

2. Voor wat betreft de bekostiging noemt het advies onder meer een doelgroepenbenadering en een gedifferentieerd bekostigingsmodel. Binnen dit model is het voorstel dat de acute zorg via beschikbaarheid wordt bekostigd, een bundelbekostiging voor electieve zorg en tot slot netwerkbekostiging voor chronische zorg. Over de uitwerking van deze voorstellen spreek ik graag verder met het veld in de nog te organiseren dialoogsessies.
3. Digitale zorg speelt een belangrijke rol in het toegankelijk houden van de zorg (de coronacrisis heeft dit goed laten zien), in het bevorderen van zelfmanagement en in het doeltreffender en doelmatiger organiseren van de zorg. Met bepaalde vormen van telemonitoring worden ziekenhuisopnames voorkomen, zijn minder consulten nodig en heeft de patiënt een hogere kwaliteit van leven. In 2021 zet ik via een versnellingsimpuls samen met voorlopers, zorgverzekeraars, andere veldpartijen, NZa en Zorginstituut in op versnelde implementatie van telemonitoring en andere vormen van digitale zorg.
4. Over het bevorderen van gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en medisch specialisten heb ik uw Kamer recent een brief gestuurd<sup>18</sup>. Er zijn goede voorbeelden van ziekenhuizen die zich gelijkgerichter organiseren, maar verdere stappen zijn nodig. Ik vind het daarvoor belangrijk dat er naar de gedeelde lessen van succesvolle voorbeelden van gelijkgerichtheid wordt gekeken, zodat gelijkgerichtheid ook beter en sneller vorm kan krijgen in andere ziekenhuizen. Samen met veldpartijen wordt hierop ingezet. Overigens stellen de NZa en Zorginstituut in hun advies terecht dat het om een gelijkgerichtheid van alle partijen moet gaan. Afspraken moeten op alle relevante niveaus met elkaar in lijn liggen. Wat met de verzekeraar is afgesproken, moet doorvertaald worden naar de spreekkamer.

*Wat kan nog niet, maar moet wel gebeuren?*

Tenslotte zie ik in het advies verschillende aanknopingspunten voor onderwerpen die nu nog niet goed kunnen, maar waarvan ik vind dat ze opgepakt moeten worden. Ik noem er een aantal:

1. Op het terrein van pakketbeheer en kwaliteit wil ik verder onderzoeken hoe we ook in de regelgeving de koppeling tussen pakketbeheer en kwaliteit kunnen verstevigen. Het gaat er daarbij wat mij betreft om dat we goede zorg leidend laten zijn voor het pakket. Dat draagt bij aan de duidelijkheid over wat wel en niet verzekerd is. Ik ga onderzoeken wat er in de regelgeving aangepast kan worden om deze samenloop te versterken.
2. Op het terrein van de bekostiging wil ik verkennen of uitkomsten een rol kunnen spelen in de bekostiging. Daarbij wil ik de mogelijkheden die populatiebekostiging biedt nader onderzoeken, nog meer inzetten op JZOJP en onderzoeken hoe de bekostiging daaraan kan bijdragen. Voor de zorginkoop, wil ik samen met het veld nog meer kijken hoe meerjarencontracten kunnen bijdragen aan meer samenwerking waardoor zorgverleners samen kunnen werken aan de beste uitkomsten voor patiënten. Contractering kan bovendien de productieprikkel mitigeren en ruimte bieden voor verbeterprogramma's in de zorginstellingen.

<sup>18</sup> Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 325



3. Via diverse acties werken we aan het opschalen van digitale zorg.<sup>19</sup> Er kan ook al veel maar het is voor het zorgveld een zoektocht en vraagt transformatie van zorgprocessen en -paden. Daarbij kunnen extra handreikingen behulpzaam zijn. Ook zet ik in op de initiatieven die NZa en Zorginstituut hebben genoemd in het advies zoals de genoemde Sandbox methode en gaat het Zorginstituut in begrijpelijke taal zorgaanbieders en zorgverzekeraars op weg helpen bij het beoordelen wat wel/geen verzekerde zorg is. En welke ruimte is er al om digitale zorg te vergoeden (voortbouwend op de al bestaande wegwijzer bekostiging digitale zorg), en/of in welke gevallen een duiding door het Zorginstituut nodig is. Ook wordt een generieke module digitale zorg geschreven door het Zorginstituut en maakt de NZa per 2021 meer ruimte in bekostiging om digitale zorg te declareren.

### **Hoe werken we hieraan samen verder?**

Zoals ik heb aangekondigd<sup>20</sup> wil ik 2021 starten met het voeren van gesprekken met veld- en overheidspartijen om gepast gebruik in de dagelijkse praktijk van de spreekkamer nader uit te werken en vooral om het van de tekentafel te laten komen. Ik wil daarbij in gesprek met relevante veldpartijen, waaronder de HLA-MSZ-partijen, maar ook andere partijen in de curatieve zorg.

Uiteindelijk worden keuzes over de in te zetten zorg in de spreekkamer gemaakt. Het is dus belangrijk dat beleid en de praktijk congruent zijn. Op de agenda staat wat ik samen met de andere overheidspartijen kan doen en wat er in de praktijk moet gebeuren. Ik trek in de gesprekken samen op met het Zorginstituut en de NZa, ieder vanuit onze eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid. Daarnaast betrek ik ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Het advies van het Zorginstituut en de NZa speelt hierin een belangrijke rol. Verder betrek ik ook het rapport van de ARK over het Zinnige Zorgprogramma en de voortgangsrapportages en ervaringen uit de verschillende HLA-programma's. Daarnaast wil ik Zorgkeuzes in Kaart, de Brede Maatschappelijke Heroverweging en het rapport van de SER hierin meenemen.

Onvermijdelijk zal het daarbij ook gaan over kwaliteit als sleutel tot pakket, bekostiging met de patiënt centraal, toezicht ingericht op kwaliteit en een data-infrastructuur die bijdraagt aan gepast gebruik.

### **Tot slot**

Gepast gebruik is een onderwerp van de lange adem. Het vergt tijd, capaciteit, geld en inzet van alle partijen om geleerde (praktijk)lessen breed te verspreiden en te implementeren. Maar wat snel kan, moet snel. Mijn doel is daarom om zo snel mogelijk tot merkbare impact in de spreekkamer en het leven van mensen te komen.

Hoogachtend,

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

---

<sup>19</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 218; Kamerstuk 27 529, nr. 227

<sup>20</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 536