



# Contractering gepast gebruik

Gepast gebruik in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars

2017  
januari

# Inhoud



Samenvatting



Achtergrond



Aanpak onderzoek



Gepast gebruik



Bevindingen



Conclusies en aanbevelingen





## Samenvatting

1

Gepast gebruik van zorg gaat over de vraag of de geleverde zorg effectief en medisch noodzakelijk is. Gepast gebruik van zorg is belangrijk voor de burger: krijgt hij de effectieve zorg waar hij recht op heeft, niet te veel en niet te weinig? Aandacht voor gepast gebruik kan ook de kwaliteit van de zorg zelf verbeteren, omdat alleen die zorg verleend mag worden die medisch gezien noodzakelijk en effectief is. Meer zorg is niet altijd beter.

2

3

4

5

De NZa voerde in 2016 onderzoek uit naar de vraag of zorgverzekeraars in hun contracten met zorgaanbieders en in hun inkoopdocumenten afspraken maken over gepast gebruik van medisch-specialistische zorg (msz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daarbij is gekeken of zorgverzekeraars in hun contracten voor 2016:

- De standpunten van het Zorginstituut voor de medisch-specialistische zorg, het advies geneeskundige ggz en het landelijke concentratiebeleid voor hoogcomplexere zorg verwerken;
- Bepalingen vastleggen over de medische noodzaak van medisch-specialistische zorg;
- De kwaliteitsindicatoren die zijn ontwikkeld door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliëntorganisaties gebruiken bij hun zorginkoop;
- Bepalingen opnemen over de controles op gepast gebruik en eventuele vervolgacties.

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van bureauonderzoek (informatie van zorgverzekeraars) en interviews met zorgverzekeraars.







1

### Conclusie

Het beeld is dat alle zorgverzekeraars aandacht besteden aan gepast gebruik bij de zorginkoop van msz en ggz. Sommige zorgverzekeraars leggen meer afspraken vast met zorgaanbieders over gepast gebruik dan andere.

2

3

### Zorgverzekeraars doen het goed op de volgende punten:

- De zorgverzekeraars hebben de bepalingen over 'redelijkerwijs aangewezen' zorg duidelijk in hun contracten opgenomen.
- De zorgverzekeraars hebben de controles op gepast gebruik (globaal), contractueel vastgelegd. Ook verwerken zij bevindingen uit deze controles in een volgend inkoopbeleid.
- De zorgverzekeraars houden zich aan het landelijk concentratiebeleid voor hoogcomplexere zorg van de beroepsverenigingen.
- De zorgverzekeraars hebben de standpunten uit het advies Geneeskundige ggz over interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz horen vastgelegd in hun contracten. De NZa beschouwt DSW op dit onderdeel als best practice.



4

5

### Wat kan er beter?

- De standpunten van het Zorginstituut over de stand van wetenschap en praktijk (swp) worden contractueel door de meeste zorgverzekeraars nog onvoldoende vastgelegd en beperkt betrokken bij de zorginkoop.
- De positieve uitzondering hierop is CZ: op dit onderdeel beschouwt de NZa deze zorgverzekeraar best practice.
- Het gebruik van de gezamenlijk ontwikkelde kwaliteitsindicatoren komt nog niet goed van de grond. Ook kunnen de zorgverzekeraars transparanter zijn of en in hoeverre zij deze kwaliteitsindicatoren hanteren. Hierbij merken we wel op dat deze kwaliteitsindicatoren nog maar recent zijn ontwikkeld.



De NZa vindt een geïntegreerde aanpak van maatregelen van belang voor het gepast gebruik van zorg. Het gaat dan om maatregelen achteraf via de uitvoering van controles en maatregelen vooraf, zoals afspraken via de zorginkoop machtigingen en horizontaal toezicht. Deze beide maatregelen kunnen elkaar versterken.





1

De NZa adviseert zorgverzekeraars om hun contracten en inkoopvoorwaarden te blijven gebruiken om zo goed mogelijk *vooraf* invulling te geven aan gepast gebruik. En om daarnaast kritisch te kijken op welke manier zij afspraken maken met zorgaanbieders over de stand van de wetenschap en praktijk (de standpunten van het Zorginstituut) en het gebruik van de kwaliteitsindicatoren.

2

De uitkomst van dit onderzoek zien wij als een nulmeting.

3

De NZa zal vervolg geven aan dit onderzoek door:

4

- met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over de uitkomsten vóór de bekendmaking van het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop die uiterlijk 1 april 2017 plaats moet vinden;
- een vervolgonderzoek te doen in 2018.

5





1

## 1. Achtergrond

De NZa verricht onderzoek naar de ‘Beheersing declaratiestromen Zvw’ door zorgverzekeraars. Dit onderzoek is onderverdeeld in een aantal thema’s. Eén van deze thema’s is de contractering van gepast gebruik.

Hierbij gaat het om de wijze waarop zorgverzekeraars ‘gepast gebruik van zorg’ borgen in hun contracteerbeleid. De NZa heeft dit onderzocht in een eerste inventarisatie (nulmeting) van de wijze waarop zorgverzekeraars afspraken over gepast gebruik hebben vastgelegd in hun contracten met zorgaanbieders en in hun zorginkoop-documenten. Dit rapport gaat hierover. In een later stadium rapporteren wij in een samenvattend rapport over de resterende thema’s (onder andere over geprogrammeerde controles, toepassing data-analyse en tijdigheid uitvoering controles).

De afgelopen jaren lag de focus van ons onderzoek naar de controletaken van de zorgverzekeraars op de controles die zorgverzekeraars *achteraf* uitvoeren op de declaraties van zorgaanbieders. Die achterafcontroles blijven van belang om onverklaarbare declaratiepatronen te detecteren en te analyseren en de rechtmatigheid van de kosten te borgen. De mogelijkheden van deze controles worden in omvang en werking echter beperkt door de per definitie beperkte controlecapaciteit van de zorgverzekeraar en ook bijvoorbeeld door de bepalingen in de regeling zorgverzekering rondom de privacy. Daarom hebben we in dit onderzoek ook de afspraken betrokken die zorgverzekeraars *vooraf* maken om op die wijze de declaratiestromen beter te beheersen. Door afspraken *vooraf* laat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder zien dat hij alert is op bepaalde onderwerpen en kan hij sturing geven aan elementen van gepast gebruik.





1

### Scope onderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op de contractering van gepast gebruik in de medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg voor het jaar 2016.

Patiëntenstops en andere issues op het gebied van de zorgplicht zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven. Het onderzoek beperkt zich tot gecontracteerde zorg.

Het bewaken van gepast gebruik van zorg geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders is uiteraard ook van belang. Dit onderwerp zal de NZa betrekken bij haar vervolgonderzoek naar gepast gebruik in 2018. Andere issues waarnaar wij in dat vervolgonderzoek zullen kijken zijn onder andere de opname van standpunten swp in de contracten, het Kwaliteitsstatuut ggz en het gebruik van de tripartiet ontwikkelde kwaliteitssets.

2

3

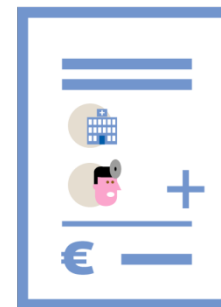
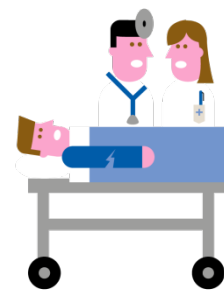
4

5

### Belang van de burger

Gepast gebruik van zorg is in het belang van de burger: het betekent dat hem medisch noodzakelijke en effectieve zorg wordt geboden.

Het voorkomt onnodige stijging van de zorgverzekeringspremie en is ook van belang voor de kwaliteit van de zorg die de burger ontvangt. Niet effectieve zorg kan namelijk schadelijk zijn. Ook zorg die medisch gezien niet noodzakelijk is, is niet altijd goed voor de patiënt. Meer is niet altijd beter.







## 2. Aanpak onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van bureauonderzoek, aangevuld met interviews met zorgverzekeraars. De deskresearch vormde het startpunt. Hiervoor is informatie van de websites van zorgverzekeraars geraadpleegd, onder meer de inkoopdocumenten en overeenkomsten (peildatum maart 2016).

Vervolgens zijn in de periode april – juni 2016 gesprekken gevoerd met zes zorgverzekeraars: de vier grootste concerns van zorgverzekeraars (Zilveren Kruis, CZ, VGZ en Menzis) en twee regionale zorgverzekeraars (Zorg & Zekerheid en DSW). Daarnaast is aanvullende informatie opgevraagd bij deze zorgverzekeraars. De bevindingen uit het onderzoek zijn voorgelegd aan de zorgverzekeraars en hun reacties hierop zijn verwerkt in dit rapport.

Dit geeft een vrijwel landelijke dekking. Zilveren Kruis verzorgt de zorginkoop medisch-specialistische zorg 2016 voor het gehele Achmea concern, inclusief De Friesland. Multizorg koopt namens de zorgverzekeraars ONVZ, ASR, ZenZ en ENO de zorg in.







1

2

3

4

5

### 3. Gepast gebruik

Het onderwerp ‘gepast gebruik’ is onderzocht door te kijken naar de relevante bepalingen die zorgverzekeraars in hun zorginkoop-documenten en in hun contracten met zorgaanbieders hebben opgenomen.

Afspraken ter borging van gepast gebruik van zorg hebben tot doel dat:

- De zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectief is).
- De zorg voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zvw.
- De verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak).

Het gaat dus om afspraken over effectieve zorg, over de hantering van de indicatievoorwaarden en het verlenen van uitsluitend medisch noodzakelijke zorg.

De NZa heeft onderzocht of zorgverzekeraars bepalingen over gepast gebruik hebben vastgelegd in hun contracten met zorgaanbieders en in hun zorginkoop-documenten.

Daarbij is gekeken naar:

- Bepalingen over de stand van de wetenschap en praktijk (swp).
- Bepalingen over redelijkerwijs aangewezen.
- Het gebruik van tripartiet (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliëntorganisaties) ontwikkelde kwaliteitsindicatoren bij de zorginkoop.
- Bepalingen over controles op de contractuele voorwaarden voor gepast gebruik en de follow up die aan de controle uitkomsten wordt gegeven in later inkoopbeleid.





1

2

3

4

5

## 4. Bevindingen

### Bevindingen stand van de wetenschap en praktijk (swp)

#### Wettelijk kader

Artikel 2.1. lid 2 van het besluit Zorgverzekering geeft aan: “De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”.

De stand van wetenschap en praktijk is onderzocht langs de volgende lijnen:

- De vastlegging van standpunten van het Zorginstituut voor de msz in het contracteerbeleid 2016;
- De vastlegging van het advies ‘Geneeskundige ggz’ van het Zorginstituut in het contracteerbeleid 2016;
- De vastlegging van het landelijk concentratiebeleid voor hoogcomplex zorg in het contracteerbeleid 2016.

Dit levert het volgende beeld op.

### Standpunten van het Zorginstituut met betrekking tot msz in het contracteerbeleid 2016

Bij de ‘stand van wetenschap en praktijk’ zijn de standpunten van het Zorginstituut voor het bereiken van ‘zinnige en zuinige zorg’ van belang. Het “[Overzicht financiële effecten rapporten Zorginstituut](#)” van 2 maart 2016 bevat de belangrijkste standpunten van het Zorginstituut van de laatste jaren. Het doel van deze standpunten is het behalen van maatschappelijke financiële besparingen en/of een betere uitvoering van zorg. Voor het onderzoek heeft de NZa hieruit vijf standpunten geselecteerd voor de msz die naar schatting van het Zorginstituut de grootste financiële besparing opleveren als veldpartijen deze opvolgen.





Het gaat om de volgende standpunten:

**Tabel 1: Standpunten Zorginstituut voor de msz**

Standpunt zorginstituut msz	Doel standpunt
1. Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken (radio-frequente denervatie) bij chronische aspecifieke lage rugklachten	Beperken van de verstrekking msz
2. Klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas	Voorkomen van de uitbreiding van de verstrekking msz
3. Radiotherapie bij de ziekte van Dupuytren	
4. Pakketadvies Nivolumab bij longkanker	
5. Zinnige Zorg Verbetersignaleмент voor zorg bij knie- en heupartrose	Betere uitvoering van de verstrekking msz

Gekeken is of zorgverzekeraars deze vijf standpunten hebben vastgelegd in hun contracten en/of zorginkoopdocumenten.

Hieruit blijkt het volgende:

- Eén zorgverzekeraar heeft de standpunten 1 tot en met 3 en 5 expliciet vastgelegd in de contracten en in het zorginkoopbeleid. De overige vijf in het onderzoek betrokken zorgverzekeraars hebben deze standpunten niet of ten dele vastgelegd.
- Zorgverzekeraars, één uitgezonderd, hebben standpunt 4 nog niet vastgelegd in hun contracten omdat de brief van de Minister over de voorwaardelijke toepassing van Nivolumab eind januari 2016 is verzonden. Alle zorgverzekeraars geven tijdens de interviews aan dat zij conform de brief van de Minister uitsluitend de door de beroepsgroepen geselecteerde behandelcentra contracteren.

De reden voor de beperkte vastlegging van de standpunten volgt uit de interviews. Drie verzekeraars denken dat een uitputtende opsomming van standpunten in het contract ongewenst gedrag van zorgaanbieders kan uitlokken: “wat er niet bij staat, mag kennelijk”. Bovendien laat de dynamiek zich op die manier niet vastleggen; er komen steeds nieuwe standpunten bij.







1

Verder zien verzekeraars afhankelijk van het standpunt soms alternatieven voor een expliciete vastlegging van de standpunten zoals:

- een zorgvuldige machtigingsprocedure voor de betreffende zorg;
- dialoog met de beroepsvereniging over toepassing van het standpunt;
- dialoog met de zorgaanbieder over toepassing van het standpunt;
- controles achteraf, ook bij niet gecontracteerde zorgaanbieders;
- benchmarking en spiegelinformatie.

2

3

4

5

Eén zorgverzekeraar gaat dieper in op het belang van benchmarking en spiegelinformatie. Dit is overigens vooral van belang als het Zorginstituut geen standpunt heeft ingenomen over een bepaalde interventie. Dan is het primair aan de zorgverzekeraar om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt. Dat betekent dat de verzekeraar in eerste instantie zelf nagaat of voldaan is aan het vereiste in de polis, waaronder de vraag of de zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

### Conclusie

Zorgverzekeraars leggen de standpunten van het Zorginstituut voor de 'stand van wetenschap en praktijk' (swp) voor de msz over het algemeen niet expliciet in hun contracten vast. Zij gebruiken hiervoor bijvoorbeeld machtigingsprocedures. Om gepast gebruik van zorg te bevorderen, adviseert de NZa dat zorgverzekeraars ook in hun inkoopdocumenten duidelijk aangeven:

- dat zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk volgens het Zorginstituut, niet in aanmerking komt voor vergoeding. Die zorg valt dus niet onder het contract.
- verwijzing naar de standpunten en adviezen op de website van het Zorginstituut.
- verwijzing naar de aanspraken (overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zwv) op de website van het Zorginstituut.
- dat overzichten niet uitputtend zijn: ook nieuwe behandelingen moeten voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.





1

2

3

4

5

### *Best practice*

De NZa beschouwt CZ als best practice op het onderdeel 'stand van wetenschap en praktijk'. CZ heeft nagenoeg alle standpunten van het Zorginstituut helder en expliciet vastgelegd in het inkoopbeleid. Daarnaast heeft CZ in het interview met de NZa een goede toelichting gegeven op alle vijf onderzochte standpunten. CZ had de standpunten paraat, de moeilijkheden die CZ bij de uitvoering daarvan tegenkomt en hoe CZ die oplost of tracht op te lossen. Zie [inkoopdocument msz 2016 op de website van CZ](#) waarin CZ de standpunten, de werkzaamheid van het Zorginstituut en de consequenties van niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk helder tot uitdrukking brengt.

### **Vastlegging van het advies geneeskundige ggz van het Zorginstituut in het contracteerbeleid 2016**

Het Zorginstituut heeft een advies uitgebracht over de geneeskundige ggz met als doel een betere uitvoering van de ggz. Dit advies bevat onder andere standpunten van het Zorginstituut over welke interventies wel en welke niet tot de stand van wetenschap en praktijk behoren, en een aantal 'aanbevelingen gepast gebruik', onder andere over de inzet van hoofdbehandelaars en over de verwijzing.

In het onderzoek is gekeken of zorgverzekeraars dit advies hebben gevolgd in hun contracten en/of inkoopdocumenten geneeskundige ggz 2016. Hieruit blijkt het volgende:

- Op één na hebben alle zorgverzekeraars de standpunten over de interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz behoren vastgelegd in hun contracten met zorgaanbieders;
- Alle zorgverzekeraars volgen de 'aanbevelingen gepast gebruik' voor de inzet van hoofdbehandelaars. Een deel van de verzekeraars volgt de 'aanbevelingen gepast gebruik' voor de huisarts als exclusief verwijzer naar de specialistische ggz en de verwijzing (benoeming van de vermoede DSM IV stoornis)

De NZa constateert dat de standpunten uit het advies over interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz behoren voor de zorgverzekeraars richtinggevend zijn. De 'aanbevelingen gepast gebruik' over de verwijzing en de verwijzer worden daarentegen door een deel van de zorgverzekeraars niet gevolgd. De declaratieregels van de NZa en de landelijke afspraken over de verantwoordingen ggz naar aanleiding van de NBA audit alert, maken dit ook niet langer noodzakelijk





1

2

3

4

5

De aanbevelingen over het hoofdbehandelaarschap, de verwijzing en de verwijzer zijn vanaf 1 januari 2017 overschreven door het [Model-Kwaliteitsstatuut ggz](#) van het Zorginstituut Nederland. Dit model beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz te mogen verlenen. Het bepaalt onder andere wie in verschillende onderdelen van de ggz als regiebehandelaar mogen optreden. Ook gaat het model nader in op de verwijzing. Het Model-Kwaliteitsstatuut ggz is opgesteld door zorgaanbieders, cliëntorganisaties, beroepsgroepen in de ggz en ZN.

#### *Conclusie*

Zorgverzekeraars blijken de standpunten uit het advies Geneeskundige ggz over interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz behoren in hun contracten 2016 vast te leggen. De 'aanbevelingen gepast gebruik', met name over de verwijzing en verwijzer, zijn slechts beperkt in het contracteerbeleid vastgelegd. De 'aanbevelingen gepast gebruik' zijn per 1 januari 2017 met instemming van de betrokken partijen overschreven door het Model-Kwaliteitsstatuut ggz van het Zorginstituut Nederland.

De NZa vindt dat dit nieuwe model verzekeraars goede handvatten biedt voor hun inkoopdocumenten en contracten ggz. De zorgverzekeraar kan hier in zijn inkoopdocumenten op aansluiten en compliance bevorderen. Volgens de Wkkgz moet de zorgaanbieder het model daadwerkelijk hanteren en zijn Kwaliteitsstatuut voldoende uitwerken. De NZa heeft een transparantieplichting opgesteld voor het openbaar maken van het model. De NZa zal de ontwikkelingen volgen.

#### *Best practice*

De NZa benoemt DSW als best practice op het onderdeel geneeskundige ggz. DSW heeft alle onderzochte aanbevelingen gepast gebruik van het Zorginstituut expliciet vastgelegd in de contracten en in het inkoopbeleid. In het gesprek met de NZa heeft DSW alle onderzochte onderdelen van het advies goed toegelicht. Ook gaf DSW duidelijk aan welke moeilijkheden zij bij de uitvoering ervaart en hoe zij deze oplost dan wel probeert op te lossen.







1

2

3

4

5

### **Concentratiebeleid voor hoogcomplexere zorg**

Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en beroepsverenigingen hebben afspraken gemaakt over de concentratie van hoogcomplexere zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen (landelijk concentratiebeleid). De website <https://www.minimumkwaliteitsnormen.nl/Normen.htm> biedt overzicht van welke ziekenhuizen welke complexe behandelingen uitvoeren. In ZN-verband hebben zorgverzekeraars afgesproken dat zij complexe zorg uitsluitend inkopen bij de ziekenhuizen die op deze lijst staan.

In het onderzoek is gekeken of de zorgverzekeraar het landelijk concentratiebeleid heeft vastgelegd in zijn contracten en zorginkoopdocumenten. Hieruit blijkt het volgende.

Landelijk concentratiebeleid van hoogcomplexere zorg. Zorgverzekeraars hanteren:

- in de contracten de minimumkwaliteitsnormen van de beroepsgroepen (één zorgverzekeraar verwijst daar niet duidelijk naar). Uit de contracten blijkt vaak niet duidelijk dat zorgverzekeraars nog aanvullende eisen stellen naast het overzicht van welke ziekenhuizen welke complexe behandelingen uitvoeren;
- in zorginkoopdocumenten en/of contracten minimumkwaliteitsnormen ook voor andere dan de landelijk gedefinieerde aandoeningen.

### *Conclusie*

De NZa vindt het positief dat alle zorgverzekeraars het landelijk concentratiebeleid voor hoogcomplexere zorg volgen en in hun contracten ten minste de minimum kwaliteitsnormen van de beroepsgroepen hanteren. Of de zorgverzekeraars naast de minimum kwaliteitsnormen nog aanvullende contracteiseisen stellen, blijkt vaak niet duidelijk uit de modelovereenkomst en/of het inkoopdocument. Verzekeraars zouden dit in hun inkoopdocument of overeenkomst voor de zorgaanbieders meer transparant kunnen maken.





1

2

3

4

5

### Aandachtspunten uit interviews

Tijdens de interviews geven zorgverzekeraars aan dat zij vinden dat:

- de standpunten van het Zorginstituut beter moeten worden afgestemd op de dbc-systematiek. Uit een dbc-declaratie is niet altijd herkenbaar of de zorg onder het standpunt valt of niet. Hierdoor is het voor verzekeraars moeilijk om achteraf te controleren;
- het standpunt “Klinische opname voor kinderen” met ernstige obesitas lastig hanteerbaar is, omdat de kinderarts ‘bij medische noodzaak’ toch tot opname kan besluiten;
- het Zinnige Zorg Verbetersignalement voor zorg bij knie- en heupartrose lastig hanteerbaar is omdat terughoudendheid bij diagnostiek en protheseplaatsing niet altijd leidt tot een goed behandelresultaat.

De NZa gaat ervan uit dat zorgverzekeraars handelen naar de standpunten van het Zorginstituut. Er is wel enige ruimte voor nuance; de standpunten zijn immers momentopnames. De standpunten zijn niet limitatief, maar wel richtinggevend. Afwijken hiervan kan slechts met een goede motivatie en/of goed alternatief.

De NZa heeft van de standpunten slechts de vastlegging onderzocht. Zij heeft de indruk dat zorgverzekeraars ook echt werk maken van de standpunten, ook van die welke zij minder gemakkelijk kunnen hanteren. Zij benoemen hiervoor, naast contractuele vastlegging, in paragraaf 2.2.1 alternatieven.

### Conclusie

Er is niet altijd direct aansluiting tussen de standpunten van het Zorginstituut (continue cyclus) en de dbc-systematiek (jaarlijkse cyclus). Behandelingen en (globale) diagnoses laten zich vaak niet eenduidig vertalen in specifieke zorgproductcodes en omgekeerd. Soms moet de productstructuur als gevolg van duidingen worden aangepast. Hoewel dit tot tijdelijke knelpunten kan leiden, gaat het hier doorgaans om uitzonderingssituaties van beperkte omvang.

Om meer inzicht te verschaffen over de wijze waarop beide cycli werken, wordt door de NZa en ZIN een gezamenlijke handreiking opgesteld, waarmee meer helderheid kan worden verschaft over het moment waarop sprake is van het al dan niet (on)rechtmatig declareren van behandelingen die door het ZIN geduid zijn en de wijze waarop de NZa hierop toezicht houdt.





1

2

3

4

5

## Bevindingen ‘redelijkerwijs aangewezen’

### *Wettelijk kader*

Artikel 2.1 lid 3 van het Besluit Zorgverzekering geeft aan dat de verzekerde recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang ‘redelijkerwijs is aangewezen’.

Redelijkerwijs aangewezen bepaalt wanneer de zorg voor de individuele verzekerde onder de verzekerde prestatie valt. Het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering geven belangrijke beperkende voorwaarden voor deelverstrekkingen voor msz, fysiotherapie en farmacie.

In het onderzoek is gekeken of zorgverzekeraars in hun contracten voor msz bepalingen hebben vastgelegd over de vaststelling van de medische noodzaak bij msz (limitatieve lijst oranje dbc’s), fysiotherapie (lijst Borst) en farmacie (verklaring voorschrijver voor bijlage 2 geneesmiddelen).

### *Conclusie*

Alle zorgverzekeraars hebben in hun contracten duidelijke bepalingen opgenomen over redelijkerwijs aangewezen. De NZa vindt dit positief. Hiermee wordt gepast gebruik van zorg ondersteund.

## Bevindingen gebruik kwaliteitsindicatoren

### *Kader*

Cliëntorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (ZN) hebben gezamenlijk – tripartiet - kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Een aantal indicatoren is reeds beschikbaar voor het inkoopbeleid 2016. Het betreft aandoeningen msz zoals rughernia, obesitas, totale heup, totale knie, borstkanker, darmkanker, longkanker, maag – slokdarmkanker, melanoom, ovariumkanker, aorta aneurysma, hoofdslagaderchirurgie, CVA en Parkinson.

Het Zorginstituut gaat er van uit dat zorgverzekeraars bij hun zorginkoop 2016 de kwaliteit van medische behandelingen waarvoor indicatorensets beschikbaar zijn uitsluitend beoordelen op basis van deze indicatoren. Het Zorginstituut geeft aan dat zorgverzekeraars hierop overigens wel hun eigen maatstaven kunnen toepassen voor hun oordeel over het presteren van de zorgaanbieder.







1

Voor de spoedeisende hulp (seh) is de kwaliteitsstandaard nog in ontwikkeling. Omdat het Zorginstituut met partijen heeft afgesproken dat het grootste deel van deze data pas medio 2017 voor het eerst wordt aangeleverd zal deze kwaliteitsmeting vermoedelijk pas in de zorginkoop van 2018 haar beslag krijgen.

2

3

4

In het onderzoek is gekeken:

- of zorgverzekeraars de reeds beschikbare data uit de tripartiet ontwikkelde kwaliteitsindicatoren gebruiken bij hun zorginkoop 2016;
- wat de zienswijze van zorgverzekeraars is op de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsstandaard voor spoedeisende hulp (seh). Betrekken zij deze bij hun zorginkoop 2017/2018?

5

Dit levert het volgende beeld op.



### Gebruik kwaliteitsindicatoren

- Alle zorgverzekeraars vinden dat de tripartiet ontwikkelde indicatoren meer gericht zijn op structuur en proces dan op outcome, waardoor de zeggingskracht ervan naar hun mening beperkt is. Op dit moment loopt er een traject om de indicatoren tripartiet door te ontwikkelen naar meer outcomegerichtheid;
- Zorgverzekeraars zijn vooral georiënteerd op de zorginhoudelijke indicatoren die door de beroepsgroepen ontwikkeld zijn. De toepassing van uitkomsten van cliëntervaringen, voor zover überhaupt beschikbaar in de tripartiet ontwikkelde datasets, lijkt nog aan het begin te staan;
- Enkele verzekeraars experimenteren met een beperkt aantal ziekenhuizen met value based healthcare waarbij wordt gestreefd naar het maximaliseren van de waarde voor de patiënt en het tegelijk reduceren van de zorgkosten;
- De meeste zorgverzekeraars leggen daarnaast de nadruk op de monitoring van praktijkvariatie. Zij gebruiken daarbij hun eigen spiegelinformatie voor de zorginkoop.





1

2

3

4

5

Alle zorgverzekeraars zeggen de zorginhoudelijke indicatoren van beroepsgroepen te gebruiken bij de zorginkoop. Deze indicatoren kunnen interventies betreffen waarvoor het landelijk concentratiebeleid van toepassing is en/of behandelingen waarvoor zij onderdeel zijn van de tripartiet ontwikkelde gegevenssets. Zij kunnen ook andere behandelingen en aandoeningen betreffen. Het inkoopdocument geeft niet expliciet aan of de gebruikte indicatoren deel uitmaken van een tripartiet ontwikkelde indicatoren-set. In hoeverre de tripartiet ontwikkelde indicatorensets door de zorgverzekeraar al worden toegepast, is dan ook niet uit het zorginkoopdocument af te leiden.

#### *Conclusie*

Zorgverzekeraars geven aan dat zij de tripartiet ontwikkelde indicatoren niet of nauwelijks gebruiken bij hun zorginkoop, omdat zij deze onvoldoende outcome gericht vinden. Zij zeggen vooral de zorginhoudelijke indicatoren te gebruiken die door de beroepsgroepen ontwikkeld zijn. De NZa tekent hierbij aan, dat daar waar indicatorensets tripartiet ontwikkeld zijn, de indicatoren van de beroepsgroep hiervan deel uitmaken.

Bovendien meten volgens extern onderzoek ook de indicatoren van de beroepsgroepen slechts zelden 'echte' uitkomsten.

De NZa constateert dat meer outcome gerichtheid van de indicatoren het gebruik ervan kan stimuleren. Maar zij vindt het omgekeerde ook waar.

Als alle zorgverzekeraars de tripartiet ontwikkelde indicatoren gebruiken bij de contractering, hebben alle partijen, ook de zorgaanbieders en cliënten, er belang bij om de indicatoren verder te verbeteren.

De zorgverzekeraar zou in zijn inkoopdocument expliciet kunnen aangeven welke uitkomsten van de tripartiet ontwikkelde indicatoren-sets hij al geheel of gedeeltelijk toepast. Ook kan hij aangeven welke consequenties hij aan die uitkomsten verbindt. Het hoeft hier niet alleen te gaan om selectieve zorginkoop, extra modules of pluscontracten. Het is evengoed zinvol als hij de uitkomsten ervan inzet voor overleg tussen hem en de zorgaanbieder over kwaliteit en noodzaak van bepaalde zorg. 'Echte' (casemix gecorrigeerde) uitkomsten zijn voor een dergelijk gesprek ook niet strikt noodzakelijk.





1

2

3

4

5

### De kwaliteitsstandaarden voor seh in ontwikkeling

- Vier zorgverzekeraars voorzien niet dat zij de uitkomsten van de kwaliteitsstandaarden voor seh snel in hun inkoopbeleid gaan toepassen. Een van hen bekijkt zelf per ziekenhuis wat hij reëel vindt: wel of geen spoedzorg en voor welke disciplines. Een ander vindt dat de indicatoren onvoldoende rekening houden met de overige ziekenhuisorganisatie, die mede van de seh afhankelijk is. Een derde verzekeraar denkt de standaarden pas bij de zorginkoop 2019 te kunnen toepassen, als alle data beschikbaar zijn.
- Drie zorgverzekeraars verwachten niet dat de uitkomsten van de kwaliteitsstandaarden de organisatie van de seh baanbrekend zullen veranderen. De voornaamste reden hiervoor is dat deze kwaliteitsstandaarden nog sterk gebonden zijn aan de bestaande infrastructuur en minimumnormen betreffen. Een verzekeraar geeft aan dat er een landelijk traject met het Zorginstituut loopt voor verdere doorontwikkeling.
- Drie zorgverzekeraars geven aan dat zij de praktische toepassing van de standaarden goed met het veld willen afstemmen. Twee van hen zeggen dit samen met de andere regionale marktleaders te willen doen.

*Heroriëntatie op de huidige organisatie van de seh naast de introductie van een nieuw normenkader voor de seh*

Vrijwel alle zorgverzekeraars vinden een heroriëntatie op de huidige organisatie van de seh noodzakelijk. Zij wijzen daarbij op een of meer van de volgende aspecten:

- Al naar gelang de regionale situatie kan een gecombineerde inzet van ambulances, hap, thuiszorg, en/of telezorg efficiënter zijn dan een seh;
- in regio's waarin meerdere verzekeraars een substantieel aandeel hebben is het ondoelmatig dat elke verzekeraar zelfstandig per ziekenhuis bekijkt of een seh reëel is en voor welke disciplines. Aandachtspunt hierbij is dat verzekeraars niet concurrentiebelemmerend mogen samenwerken;
- basis seh-voorzieningen moeten in elke regio beschikbaar blijven. Tegelijkertijd ligt een concentratie van de gespecialiseerde seh voor de hand. Beroepsgroepen zouden dit zelf goed kunnen regelen volgens de zorgverzekeraars.







1

### Conclusie

Zorgverzekeraars tonen over het algemeen weinig enthousiasme voor de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsstandaarden voor seh en verwachten niet dat zij deze snel in hun inkoopbeleid zullen toepassen (vermoedelijk pas bij de zorginkoop 2019). De NZa merkt hierbij op dat de meeste data ook nog niet bekend zijn in de contractjaren 2016 en 2017.

2

3

4

Alle zorgverzekeraars vinden een heroriëntatie op de seh noodzakelijk. Zij menen dat dit bij voorkeur regionaal georganiseerd zou moeten worden. Idealiter zouden de kwaliteitsindicatoren die voor de seh in ontwikkeling zijn hierop moeten aansluiten. Aangezien deze in ontwikkeling zijnde indicatoren nog sterk geënt zijn op de huidige infrastructuur en minimumnormen betreffen, voorzien verzekeraars dat deze slechts een beperkte rol kunnen vervullen bij de heroriëntatie op de seh.

5

### Bevindingen 'bepalingen controles gepast gebruik'

De Nadere Regel '[Controle en administratie zorgverzekeraars](#)' van de NZa bevat het normenkader voor de controletaken. Vanuit het oogpunt van interne beheersing is het van belang dat de uitkomsten van controles worden verwerkt in het toekomstig contracteerbeleid.

In het onderzoek is gekeken of zorgverzekeraars in hun contracten bepalingen hebben opgenomen over controles op gepast gebruik, de wijze waarop deze controles worden uitgevoerd, en over eventuele maatregelen naar aanleiding van de uitkomsten van controles. Ook is gekeken of aan de uitkomsten van controles follow up wordt gegeven in het inkoopbeleid voor het volgende jaar of later.





1

2

3

4

5

### **Vastlegging bepalingen controle op gepast gebruik**

Alle zorgverzekeraars hebben in hun contracten voor de msz 2016 bepalingen opgenomen over controles in algemene zin. Controles op gepast gebruik maken hiervan deel uit en worden niet nader geëxpliciteerd. Ook hebben op een na alle zorgverzekeraars bepalingen opgenomen over eventuele maatregelen die zij treffen als de controle uitkomsten daartoe aanleiding geven. Hierbij gaat het meestal om de terugvordering van zorgdeclaraties en ontbinding van de overeenkomst.

### **Follow up controle uitkomsten in later inkoopbeleid**

Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij de uitkomsten van de controles op gepast gebruik verwerken in het contracteerbeleid voor het volgende jaar of later. Zij noemen daarvan als concrete voorbeelden de aanscherping van het contracteerbeleid voor medisch specialistische revalidatie, ggz (kortdurende klinische opnamen), behandeling van hernia, geriatrische revalidatie van jonge cliënten en heup- en knieaandoeningen. Eén zorgverzekeraar benoemt daarnaast een andere preventieve maatregel: het informeren van zorgaanbieders over uitkomsten van controles, en niet slechts de gecontroleerde groep.

Enkele zorgverzekeraars wijzen er op dat controles vooral van belang zijn bij zorgaanbieders die (bewust) geen contract met hen afsluiten omdat juist daar aanzienlijke risico's zijn. Dat geldt niet alleen voor de controle op de zorgverlening maar bijvoorbeeld ook voor de controle op machtigingen. Daarnaast merken enkele zorgverzekeraars op dat de privacywetgeving controles vóór zorgverlening bemoeilijkt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om indicaties voor de ggz en wijkverpleging.

### *Conclusie*

Alle zorgverzekeraars hebben in hun contracten bepalingen opgenomen over controles en eventuele maatregelen naar aanleiding van de uitkomsten hiervan. Ook verwerken zij de uitkomsten van controles in het volgende contracteerbeleid. De NZa vindt het positief dat zorgverzekeraars deze zaken contractueel hebben vastgelegd. De NZa attendeert zorgverzekeraars op niet-gecontracteerde aanbieders. Juist daar liggen risico's voor gepast gebruik. De oplossing ligt hier per definitie niet in contractuele bepalingen, maar in extra aandacht van de zorgverzekeraar bij de toestemmingsvereisten en voor de controle van declaraties, met inachtneming van de wettelijke bepalingen.





1

2

3

4

5

## 5. Conclusie en aanbevelingen

Alle in het onderzoek betrokken zorgverzekeraars hebben in hun inkoopbeleid 2016 aandacht voor gepast gebruik van msz en ggz. Wel zijn er verschillen in de mate waarin zij afspraken over gepast gebruik hebben vastgelegd in hun contracten en/of inkoopdocumenten, die een nadere uitwerking van het inkoopbeleid zijn.

### Conclusie

Zorgverzekeraars doen het goed op de volgende punten:

- De zorgverzekeraars hebben de bepalingen over 'redelijkerwijs aangewezen' duidelijk in hun contracten opgenomen.
- De zorgverzekeraars hebben de controles op gepast gebruik (globaal), contractueel vastgelegd. Ook verwerken zij bevindingen uit deze controles in een volgend inkoopbeleid.

- De zorgverzekeraars houden zich aan het landelijk concentratiebeleid voor hoogcomplexere zorg.
- De zorgverzekeraars hebben de standpunten uit het advies Geneeskundige ggz over interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz horen vastgelegd in hun contracten. De NZa beschouwt DSW op dit onderdeel als best practice.

Onderdelen waarop het beter kan zijn:

- De standpunten van het Zorginstituut over de stand van wetenschap en praktijk worden contractueel door de meeste zorgverzekeraars nog onvoldoende vastgelegd en beperkt betrokken bij de zorginkoop. De positieve uitzondering hierop is CZ: op dit onderdeel beschouwt de NZa CZ als best practice.
- Het gebruik van de tripartiet ontwikkelde kwaliteitsindicatoren komt nog niet goed van de grond. Ook kunnen de zorgverzekeraars transparanter zijn of en in hoeverre zij deze kwaliteitsindicatoren hanteren. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de kwaliteitsindicatoren recent zijn ontwikkeld.







1

2

3

4

5

### *Stand van wetenschap en praktijk*

Zorgverzekeraars leggen de standpunten van het Zorginstituut voor de 'stand van de wetenschap en praktijk' voor de msz meestal niet expliciet in hun contracten vast. Zij geven hiervoor diverse redenen. Zo zou een uitputtende opsomming van standpunten in het contract juist ongewenst gedrag van zorgaanbieders kunnen uitlokken. Daarnaast is de dynamiek in de (steeds weer nieuwe) standpunten niet contractueel vast te leggen. Als alternatieven voor de vastlegging van de standpunten hanteren verzekeraars onder andere machtigingsprocedures, controles en dialoog met beroepsverenigingen respectievelijk zorgaanbieders.

Het advies van het Zorginstituut over de geneeskundige ggz bevat zowel standpunten als aanbevelingen van het Zorginstituut. Uit dit advies volgen zorgverzekeraars de standpunten over interventies die wel/niet tot de geneeskundige ggz behoren. De 'aanbevelingen gepast gebruik' uit dit advies zijn per 1 januari 2017 gewijzigd opgenomen in het Model-Kwaliteitsstatuut ggz van het Zorginstituut. De NZa vindt dat dit model de zorgverzekeraars goede handvatten biedt voor hun inkoopdocumenten en contracten ggz.

Alle zorgverzekeraars volgen het landelijk concentratiebeleid voor hoogcomplexiteit zorg. Zij hanteren in hun contracten ten minste de minimumkwaliteitsnormen van de beroepsgroepen. Of de zorgverzekeraars naast de minimumkwaliteitsnormen nog aanvullende contracteisen stellen, blijkt vaak niet duidelijk uit modelovereenkomst of inkoopdocument.

### *Redelijkerwijs aangewezen*

Alle zorgverzekeraars hebben in hun contracten duidelijke bepalingen opgenomen over 'redelijkerwijs aangewezen' (medische noodzaak van zorg). De NZa vindt dit positief. Hiermee wordt gepast gebruik van zorg ondersteund.

### *Tripartiet ontwikkelde kwaliteitsindicatoren*

Zorgverzekeraars geven aan de tripartiet ontwikkelde indicatoren niet of nauwelijks te gebruiken bij hun zorginkoop, omdat zij deze onvoldoende outcome gericht vinden. De zorgverzekeraars zeggen daarentegen wel de zorginhoudelijke indicatoren te gebruiken die door de beroepsgroepen ontwikkeld zijn. De NZa tekent hierbij aan, dat daar waar indicatorensets tripartiet ontwikkeld zijn, indicatoren van de beroepsgroep hiervan deel uitmaken.





1

2

3

4

5

Bovendien meten volgens extern onderzoek ook de indicatoren van de beroepsgroepen slechts zelden ‘echte’ uitkomsten. De NZa gaat dan ook graag met de zorgverzekeraars over deze uitkomsten in gesprek vóór de publicatie van het zorginkoopbeleid 2018 op 1 april 2017. Dat kan de onduidelijkheden hierover bij haar wegnemen.

Alle in het onderzoek betrokken zorgverzekeraars vinden een heroriëntatie op de seh noodzakelijk. Zij menen dat dit bij voorkeur regionaal georganiseerd zou moeten worden. Idealiter zouden de kwaliteitsindicatoren die voor de seh in ontwikkeling zijn, hierop aansluiten. Aangezien deze in ontwikkeling zijnde indicatoren nog sterk geënt zijn op de huidige infrastructuur en minimumnormen betreffen, voorzien verzekeraars dat deze slechts een beperkte rol kunnen vervullen bij de heroriëntatie op de seh.

#### *Controlebepalingen*

Alle in het onderzoek betrokken zorgverzekeraars hebben in hun contracten bepalingen opgenomen over controles en eventuele maatregelen naar aanleiding van de uitkomsten hiervan.

Ook verwerken zij de uitkomsten van controles in het volgende contracteerbeleid. De NZa vindt het positief dat zorgverzekeraars deze zaken contractueel hebben vastgelegd.

#### **Aanbevelingen**

De NZa adviseert zorgverzekeraars ten algemene om hun contracten en inkoopdocumenten optimaal te blijven benutten om *vooraf* al invulling te geven aan gepast gebruik. De NZa denkt dat een geïntegreerde aanpak van afspraken *vooraf* en (controle)maatregelen achteraf, gepast gebruik van zorg ondersteunt.

De zorgverzekeraar zou in inkoopdocument en/of overeenkomst:

- voor msz expliciet kunnen wijzen op de negatieve standpunten van het Zorginstituut, met de vermelding dat deze zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en dus niet onder het contract valt. Een duidelijke verwijzing naar de website van het Zorginstituut kan hier eveneens zinvol zijn. Het betreft alle standpunten en adviezen van het Zorginstituut, zijn verbetersignalen Zinnige Zorg en het overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw;





1

2

3

4

5

- voor ggz in zijn inkoopdocumenten kunnen aansluiten op het Model-Kwaliteitsstatuut ggz en daarmee compliance ervan bevorderen;
- voor msz duidelijk aangeven welke aanvullende eisen hij eventueel hanteert naast de minimumnormen voor contractering van hoogcomplexiteit zorg, die onder het landelijk concentratiebeleid valt;
- voor msz expliciet maken welke uitkomsten van de tripartiet ontwikkelde indicatorensets hij al geheel of gedeeltelijk toepast en de gevolgen die hij daaraan verbindt. Als hij de uitkomsten bijvoorbeeld periodiek bespreekt met de zorgaanbieder kan hiervan bovendien een stimulans uitgaan voor landelijke verbetering van de indicatorensets.

Ook vraagt de NZa aandacht voor zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn. Enkele zorgverzekeraars wijzen haar met klem op, dat juist daar risico's liggen voor gepast gebruik. De oplossing zijn hier per definitie niet contractuele bepalingen, maar extra aandacht van de zorgverzekeraar bij de toestemmingsvereisten en voor de controle van de declaraties.







## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11  
Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)  
Twitter: @zorgautoriteit

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770  
(bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)  
E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

