Algemene Rekenkamer

Verzekerd van Zinnige Zorg

De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019

2020



Verzekerd van Zinnige Zorg

De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019

De tekst van deze publicatie is op 7 oktober 2020 door de Algemene Rekenkamer vastgesteld en op 13 oktober 2020 aangeboden aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.

Inhoud

Samenvatting 5

1 Over dit onderzoek 8
1.1 Aanleiding 8
1.2 Aanpak 9
1.3 Leeswijzer 10

2 Gepast gebruik en programma Zinnige Zorg 11
2.1 Zorg in het basispakket 11
2.2 Gepast gebruik van zorg 13
2.3 Programma Zinnige Zorg als andere wijze van pakketbeheer 16

3 Resultaten programma Zinnige Zorg 22
3.1 Gepast gebruik door Zinnige Zorg 22
3.1.1 Rapportages met 90 verbeterpunten voor gepast gebruik 22
3.1.2 Zinnige Zorg-trajecten leiden nauwelijks tot meer gepaste zorg 23
3.2 Kostenbesparingen door Zinnige Zorg 25
3.2.1 Kleine besparingen per verbeterpunt 26
3.2.2 Kostenbesparing vooraf te hoog in geschat 27

4 Ervaringen veldpartijen met Zinnige Zorg 31
4.1 Aansluiting verbeterpunten bij zorgpraktijk 31
4.1.1 Draagvlak voor de verbeterpunten is beperkt 31
4.1.2 Zorgverzekeraars kunnen uitkomsten beperkt toepassen 33
4.2 Andere initiatieven gepast gebruik 35

5 Rol minister en Zorginstituut 38
5.1 Rol minister bij het programma 38
5.1.1 Geen druk voor uitgavenbeheersing met Zinnige Zorg 38
5.1.2 Moeizame verhouding tussen initiatieven 39
5.1.3 Uitkomsten Zinnige Zorg vinden niet hun weg naar het toezicht 41
5.2 Rol Zorginstituut als pakketbeheerder 41
5.2.1 Zorginstituut stelt zich bewust terughoudend op 42
5.2.2 Meerwaarde Zinnige Zorg als overheidsinitiatief kan duidelijker 44

6 Conclusies en aanbevelingen 45
6.2 Conclusies 45
6.2 Aanbevelingen 47

7 **Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer** 49
7.1 Reactie minister voor Medische Zorg en Sport 49
7.2 Reactie Zorginstituut Nederland 50
7.3 Nawoord 51

Bijlagen

1 Methodologische verantwoording 53

2 Overzicht verbeterpunten met budgetimpact 56

3 Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties 58

4 Literatuur 60

5 Eindnoten 64

Samenvatting

De aanhoudende stijging van de zorguitgaven leidt tot maatschappelijke en politieke discussies over welke zorg collectief moet worden betaald en in het basispakket hoort en welke zorg niet. Er zijn studies die aangeven dat ongeveer de helft van de diagnostische verrichtingen en behandelingen in de medisch-specialistische zorg geen bewezen effect of meerwaarde heeft voor de patiënt, maar wel vanuit het basispakket vergoed wordt. Zorg die niet effectief of noodzakelijk is wordt 'niet-gepast gebruik van zorg' of 'niet-gepaste zorg' genoemd. Het terugdringen van deze niet-gepaste zorg levert een belangrijke bijdrage aan het beheersen van de collectieve zorguitgaven.

In 2013 is Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gestart met het programma *Zinnige Zorg*. In het programma Zinnige Zorg identificeert het Zorginstituut niet-gepast gebruik van de zorg in het basispakket, zoals onnodige diagnosetests of operatieve ingrepen. Dit doet het Zorginstituut samen met (vertegenwoordigers van) veldpartijen, zoals huisartsen, medisch specialisten, zorgverzekeraars en patiënten. Door niet-gepaste zorg op te sporen en hiervoor verbeteringen af te spreken, kunnen zij de kwaliteit van de zorg verbeteren en voorkomen dat er onnodige kosten gemaakt worden. Het Zorginstituut wil met het programma het niet-gepast gebruik van collectief gefinancierde zorg verminderen en zo de doelmatigheid van het bestaande basispakket vergroten. De minister van VWS beoogde hiermee vanaf 2017 jaarlijks € 225 miljoen te besparen.

Dit onderzoek gaat over de vraag wat het programma Zinnige Zorg heeft opgeleverd. Wij richten ons hierbij op de rol van de minister van VWS of de minister voor Medische Zorg en Sport en het Zorginstituut. Ervaringen van veldpartijen hebben wij meegenomen, maar we geven geen oordeel over de manier waarop zij hun rol bij het programma vervullen.

Wij concluderen dat het programma in de periode 2014-2019 de verwachtingen niet heeft waargemaakt. Het programma heeft niet tot dusdanige veranderingen in de zorgpraktijk geleid dat hiermee betekenisvolle financiële besparingen bereikt zijn.

Gepast gebruik van verzekerde zorg in de praktijk

De binnen het programma geïdentificeerde verbeterpunten voor gepaste zorg hebben nog nauwelijks bijgedragen aan meer gepast gebruik van zorg. Dit komt omdat er nog weinig verbeterpunten zijn doorgedrongen tot de zorgpraktijk.
Wij hebben verschillende verklaringen gevonden voor het achterblijven van de resultaten.

Ervaringen veldpartijen met Zinnige Zorg
Uit de documenten die wij hebben bekeken en uit de gesprekken met veldpartijen komt naar voren dat de verbeterpunten niet altijd goed aansluiten bij de zorgpraktijk. Ten eerste zien we dat het draagvlak voor belangrijke verbeterpunten regelmatig ontbreekt. Ten tweede geven de rapporten van Zinnige Zorg de zorgverzekeraars te weinig in handen om hen te ondersteunen bij het sturen en controleren op gepast gebruik van zorg. Het Zorginstituut doet in zijn rapporten bijvoorbeeld geen uitspraken over wat de verbeterpunten betekenen voor (veranderingen in) verzekerde zorg.

Rol minister en Zorginstituut bij achterblijven resultaten
De minister van VWS heeft al snel na de start van het programma de opgelegde financiële besparing van € 225 miljoen bij het programma weggehaald. Hiermee heeft hij de druk weggenomen voor veldpartijen om aan de hand van de verbeterpunten van Zinnige Zorg kosten te besparen.

Het Zorginstituut zelf is terughoudend met de inzet van zijn bevoegdheden om niet-gepast gebruik van zorg tegen te gaan. Het heeft niet duidelijk gemaakt of en wanneer het zijn bevoegdheden gaat gebruiken als veldpartijen de verbeterpunten niet uitvoeren.

Programma Zinnige Zorg en uitgavenbeheersing
Mede door bovengenoemde redenen zijn er nog nauwelijks verbeterpunten doorgedrongen tot de praktijk en zien we dat het programma ook nog nauwelijks tot kostenbesparingen heeft geleid. Bovendien zijn de vooraf berekende potentiële besparingen te hoog ingeschat en ook voor de toekomst niet realistisch.

Programma Zinnige Zorg en andere initiatieven gepast gebruik
De minister voor Medische Zorg en Sport verwacht dat veldpartijen de verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg gebruiken voor het bereiken van de afgesproken beheerste financiële groei in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (HLA MSZ) 2019-2022. Dit zouden de HLA-partijen moeten doen via het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Maar de moeilijkheid om verbeteringen voor gepaste zorg in de praktijk door te voeren beperkt zich niet tot het programma Zinnige Zorg. De minister heeft niet duidelijk gemaakt wat geleerde lessen zijn uit eerdere initiatieven om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Hierdoor blijft het onduidelijk hoe de HLA-partijen met ZE&GG de problemen gaan oplossen die veranderingen in de praktijk in de weg staan.

Als het Zorginstituut en de minister voor Medische Zorg en Sport de huidige aanpak van het programma Zinnige Zorg niet veranderen, blijft de invloed ervan op vermindering van

niet-gepast gebruik van zorg en de collectief gefinancierde zorguitgaven zeer beperkt. Om daadwerkelijk een verschil te maken in het bevorderen van gepast gebruik op een wijze die bijdraagt aan de zinnige en zuinige besteding van collectieve zorguitgaven, moet de minister voor Medische Zorg en Sport samen met het Zorginstituut een andere invulling aan het programma Zinnige Zorg geven.

1 Over dit onderzoek

1.1 Aanleiding

De aanhoudende stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven vraagt om een kritische blik op nut en noodzaak van medische handelingen. De wens om het zorgstelsel financieel gezond te houden roept de vraag op welke zorg collectief moet worden betaald en in het basispakket hoort en welke zorg niet.

In het jaar 2020 liggen de collectieve zorguitgaven op bijna € 80 miljard, waarvan ruim € 50 miljard uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (VWS, 2019b). Er zijn (wetenschappelijke) studies waaruit blijkt dat ongeveer de helft van de diagnostische verrichtingen en behandelingen in de medisch-specialistische zorg geen bewezen effect of meerwaarde heeft voor de patiënt, maar wel vanuit het basispakket vergoed wordt (Zorginstituut Nederland, 2018; Jeurissen et al. 2018). Burgers betalen verplicht premie voor hun basisverzekering en mogen daarom verwachten dat deze premie niet wordt gebruikt voor zorg die niet-gepast is, oftewel zorg die niet effectief of noodzakelijk is voor de patiënt. Met het ondergaan van een niet-gepaste behandeling lopen patiënten bovendien onnodig gezondheidsrisico's. Het terugdringen van niet-gepaste zorg draagt bij aan het beheersen van de zorguitgaven, en komt ook ten goede aan de kwaliteit van de zorg.

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) is een zelfstandig bestuursorgaan en een rechtspersoon met een wettelijke taak. De wetgever heeft het Zorginstituut aangewezen als de pakketbeheerder voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Het Zorginstituut heeft de taak om duidelijkheid te geven (bijvoorbeeld met een 'standpunt') over de vraag of een behandeling onderdeel uitmaakt van het basispakket en om de minister voor Medische Zorg en Sport (voorheen de minister van VWS) te adviseren over de samenstelling van het basispakket. De minister kan op basis van zo'n advies besluiten een pakketmaatregel te nemen. Bijvoorbeeld een uitstroommaatregel waarmee een behandeling voor bepaalde groepen patiënten niet meer wordt vergoed uit de basisverzekering.

De minister is ervoor verantwoordelijk dat de totale netto zorguitgaven onder het geraamde Uitgavenplafond Zorg blijven. Eerder noemden wij pakketmaatregelen als een instrument voor de minister om dit te doen en daarmee de zorguitgaven te beheersen (Algemene Rekenkamer, 2011). In 2015 hebben wij in ons onderzoek *Basispakket zorgverzekering* gekeken naar de effectiviteit van standpunten en uitstroommaatregelen om zorguitgaven te beheersen. Wij concludeerden toen dat deze minder effectief waren dan beoogd (Algemene Rekenkamer, 2015).

De minister van VWS en het Zorginstituut gaven in 2015 in hun reactie aan veel te verwachten van een nieuwe aanpak: het programma *Zinnige Zorg* (VWS, 2015b; Zorginstituut Nederland, 2015a). Met het programma Zinnige Zorg licht het Zorginstituut op systematische wijze samen met (vertegenwoordigers van) veldpartijen, zoals huisartsen, medisch specialisten, zorgverzekeraars en patiënten, het basispakket door op niet-gepaste zorg. Door deze zorg op te sporen en verbeteringen te identificeren om gepast gebruik van zorg te bevorderen, kunnen veldpartijen de kwaliteit van de zorg verbeteren en onnodige kosten voorkomen.

Nu het programma ruim 6 jaar bestaat hebben wij onderzocht wat het programma in de periode 2014 tot en met 2019 heeft opgeleverd. Daarbij hebben we bekeken in hoeverre het heeft bijgedragen aan gepast gebruik van de zorg in het basispakket en het beheersen van de zorguitgaven. Omdat verbeteringen voor gepast gebruik van zorg uit het programma Zinnige Zorg in de periode 2014-2019 gaan over huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg, hebben wij ons gericht op het basispakket van de Zvw, oftewel de curatieve zorg.

1.2 Aanpak

Met dit onderzoek beoordelen we de resultaten van het programma Zinnige Zorg in de periode 2014-2019. Wij geven aanbevelingen waarmee de minister voor Medische Zorg en Sport en het Zorginstituut als pakketbeheerder met het programma Zinnige Zorg doeltreffender kunnen bijdragen aan gepast gebruik van verzekerde zorg en daarmee aan uitgavenbeheersing.

In ons onderzoek hebben wij gekeken hoe het programma Zinnige Zorg zich tot eind 2019 heeft ontwikkeld en in hoeverre de uitkomsten van het programma hebben geleid tot gepast gebruik van verzekerde zorg in de zorgpraktijk. We keken daarbij ook naar de potentiële en gerealiseerde besparingen. Daarnaast hebben we bekeken hoe het programma Zinnige Zorg zich verhoudt tot andere (veld)initiatieven die gepast gebruik bevorderen.

Wij richten ons hoofdzakelijk op het handelen van de minister van VWS of de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) en het Zorginstituut. Wij beoordelen niet de manier waarop veldpartijen hun rol bij het programma vervullen. Het Zorginstituut is de opdrachtnemer van het programma Zinnige Zorg en wettelijk belast met het beheer van het basispakket. De minister is de opdrachtgever van het programma Zinnige Zorg. De gehanteerde normen in het onderzoek gaan bij het Zorginstituut om de vraag of het de doelen van het programma bereikt, namelijk het bevorderen van het gepast gebruik van verzekerde zorg en kostenbesparingen. Ook verwachten we dat het Zorginstituut de uitvoering van de uitkomsten van het programma bevordert en waar nodig zijn wettelijke bevoegdheden inzet. Voor de minister gaat het om het toezien op de resultaten van het programma,

invulling geven aan de rol die hij voor zichzelf ziet bij gepast gebruik en daarbij leren van beleid over gepast gebruik van zorg.

Voor de uitvoering van het onderzoek hebben we medewerkers van het Zorginstituut, het Ministerie van VWS en (vertegenwoordigers van) verschillende veldpartijen geïnterviewd. Daarnaast hebben we openbare en niet-openbare documenten van het Zorginstituut en het Ministerie van VWS geanalyseerd. Voor een toelichting op de gehanteerde normen en uitvoering verwijzen wij naar de methodologische verantwoording in bijlage 1.

Tot slot merken wij op dat wij ons onderzoek hebben uitgevoerd in de periode mei-december 2019; dit was nog vóór de uitbraak van het coronavirus in Nederland. In het voorjaar 2020 leidde de coronacrisis tot een vermindering van reguliere zorg. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is aan het begin van de coronacrisis de geleverde zorg in ziekenhuizen ten opzichte van vorige jaren flink afgenomen. Ook schat de NZa in dat huisartsen als gevolg van de coronacrisis ruim 360.000 minder verwijzingen naar het ziekenhuis hebben gedaan (NZa, 2020a). De coronacrisis heeft als neveneffect dat het vraagstuk van gepaste zorg opnieuw onder de aandacht is gebracht. Verschillende partijen vroegen zich af hoeveel van de niet-geleverde zorg eigenlijk onnodig was, riepen op de coronacrisis aan te grijpen om te stoppen met onzinnige zorg of gaven aan hoe gecompliceerd het beoordelen van gepaste zorg eigenlijk is (Trouw, 2020; NRC, 2020; Zorgvisie, 2020). Wij sluiten niet uit dat het coronavirus gevolgen zal hebben voor de toekomstige uitkomsten van het programma Zinnige Zorg. Hoewel wij de gevolgen van de coronacrisis niet hebben meegenomen in ons onderzoek, benadrukt het wel de relevantie van het onderwerp gepaste zorg. Evaluatie van het effect van corona op gepaste zorg lijkt ons op zijn plaats.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we gepast gebruik van zorg in het basispakket zorgverzekering en introduceren we het programma Zinnige Zorg. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag in hoeverre het programma Zinnige Zorg tot dusverre heeft bijgedragen aan het gepast gebruik van zorg in het basispakket en aan uitgavenbeheersing. In hoofdstuk 4 en 5 geven we verklaringen voor deze resultaten door te kijken naar de ervaringen van de veldpartijen (hoofdstuk 4) en de rol van de minister van VWS/minister voor MZS en het Zorginstituut (hoofdstuk 5). Tot slot geven we in hoofdstuk 6 onze conclusies en aanbevelingen aan de minister voor MZS en het Zorginstituut. In hoofdstuk 7 staat hun reactie hierop en geven wij ons nawoord.

2 Gepast gebruik en programma Zinnige Zorg

In het programma Zinnige Zorg identificeert het Zorginstituut samen met veldpartijen niet-gepast gebruik van de zorg in het basispakket. We geven in dit hoofdstuk aan hoe het programma Zinnige Zorg is opgezet. Achtereenvolgens gaan we in op hoe zorg in het basispakket terecht komt, wat gepast gebruik van zorg is en hoe het programma Zinnige Zorg moet bijdragen aan de uitvoering van pakketbeheer door het Zorginstituut.

2.1 Zorg in het basispakket

Zorg gaat automatisch in en uit het basispakket

Het basispakket zorgverzekering bestaat uit die vormen van zorg, zoals behandelingen of diagnostiek, waar iedere volwassene die in Nederland woont en/of werkt op grond van de Zvw verplicht voor verzekerd is.

De Zvw en bijbehorende regelgeving geven de wettelijke criteria waar zorg (of: behandelingen en/of diagnostische verrichtingen) aan moet voldoen om vergoed te mogen worden uit het basispakket. De wetgever heeft de criteria niet tot in detail geregeld, maar beperkt tot de voorwaarden waaraan een behandeling moet voldoen:

- Verzekerde zorg moet voldoen aan **de stand van de wetenschap en praktijk**. Wanneer een maatstaf hiervoor ontbreekt, gaat het om zorg die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (Besluit zorgverzekering, artikel 2.1, lid 2). Dit wordt ook wel het effectiviteitscriterium genoemd. Het basispakket bevat dus alleen zorg die aantoonbaar effectief is, dat wil zeggen gelijk is aan of meerwaarde heeft ten opzichte van andere behandelingen.[1]
- Verzekerde zorg is zorg die zorgverleners **plegen te bieden** (Besluit zorgverzekering, artikel 2.4, lid 1). Het gaat om de zorg die de betrokken beroepsgroep – bijvoorbeeld op basis van medische richtlijnen – tot aanvaarde medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Hierbij geldt dat de patiënt **redelijkerwijs op de behandeling moet zijn aangewezen** (Besluit zorgverzekering, artikel 2.1, lid 3). Oftewel, er is een medische noodzaak voor de behandeling. Zorgverleners bepalen deze medische noodzaak op basis van medische richtlijnen van de eigen beroepsgroep.

Het idee is dat behandelingen op basis van deze voorwaarden grotendeels automatisch in en uit het basispakket gaan, zonder toetsing of beslissing vooraf door een overheidsinstantie.[2]

Zorginstituut als pakketbeheerder

Nieuwe behandelingen komen in principe zonder tussenkomst van de overheid in het basispakket.[3] De overheid heeft wel de mogelijkheid om in te grijpen. De minister voor Medische Zorg en Sport (voorheen de minister van VWS) kan de samenstelling van het

basispakket wijzigen door – in samenspraak met het parlement – een pakketmaatregel te nemen. Daarmee voegt hij een behandeling (voor patiënten met bepaalde indicaties) toe aan het basispakket of haalt er een behandeling uit. De minister maakt hierbij doorgaans gebruik van een pakketadvies van het Zorginstituut. Ook kan de minister behandelingen waarvan (nog) niet is vastgesteld of deze effectief zijn alvast toelaten tot het basispakket. Daarbij geldt dan de voorwaarde dat binnen een bepaalde periode gegevens voor toetsing aan het effectiviteitscriterium worden verzameld.[4]

Pakketadvies van het Zorginstituut

Het Zorginstituut kan met een pakketadvies de minister voor Medische Zorg en Sport gevraagd en ongevraagd adviseren over het opnemen in of verwijderen van behandelingen uit het basispakket (Zvw, artikel 66). Bij pakketadviezen toetst het Zorginstituut de zorg op noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. De Adviescommissie Pakket adviseert het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen en houdt daarbij ook rekening met het belang van alle premiebetalers. Aan de hand van een pakketadvies kan de minister een pakketmaatregel nemen. Als de minister besluit om een behandeling integraal uit het collectief gefinancierde basispakket te halen, dan wordt deze voor niemand meer vergoed uit de basisverzekering. Hij kan ook kiezen voor een minder harde ingreep en een behandeling alleen voor bepaalde groepen in het basispakket laten, bijvoorbeeld voor patiënten met bepaalde indicaties.
Een voorbeeld van vergoeding voor bepaalde groepen is fysiotherapie. De eerste 20 behandelingen worden niet vergoed. De wetgever heeft hierop een aantal uitzonderingen vastgelegd (Besluit zorgverzekering, artikel 2.6 en bijlage). Voorbeelden hiervan zijn dat jongeren tot 18 jaar in ieder geval per aandoening de eerste 9 behandelingen voor fysiotherapie vergoed krijgen en patiënten met artrose van heup- of kniegewricht maximaal 12 behandelingen oefentherapie in een jaar.

De zorgverzekeraars moeten beoordelen of behandelingen die zorgverleners of verzekerden declareren voldoen aan de wettelijke criteria voor verzekerde zorg. Omdat het algemene criteria zijn, kan het voorkomen dat de ene zorgverzekeraar een behandeling wel, en de andere zorgverzekeraar niet ziet als onderdeel van het basispakket. Als er onduidelijkheid bestaat over de verzekerde status van de behandeling, kunnen zorgverzekeraars een zorgadviestraject beginnen waarin zij in aanwezigheid van het Zorginstituut gezamenlijk vaststellen of een bepaalde (nieuwe) behandeling tot het verzekerde pakket behoort (VWS, 2018b). Ook kunnen veldpartijen bij onduidelijkheid hierover om een duiding in de vorm van een standpunt van het Zorginstituut vragen. Het ‘duiden van zorg’ is – naast het adviseren over het basispakket – een wettelijke taak van het Zorginstituut als pakketbeheerder.

Standpunt van het Zorginstituut

Het Zorginstituut geeft met een standpunt duidelijkheid of een bepaalde behandeling wel of geen verzekerde zorg is (Zvw, artikel 64). Een standpunt verandert daarmee in principe niets aan de verzekerde zorg; het is een uitleg van het bestaande basispakket volgens de wet. Het Zorginstituut kijkt hiervoor in de eerste plaats of de behandeling voldoet aan het wettelijke effectiviteitscriterium. De Wetenschappelijke Adviesraad adviseert het Zorginstituut daarbij over bijvoorbeeld de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs. Een standpunt heeft gevolgen voor de rechten van verzekerden. Bij een positief standpunt is er sprake van verzekerde zorg en bij een negatief standpunt vervalt het recht op vergoeding.
Een voorbeeld van een negatief standpunt is de uitspraak van het Zorginstituut dat astmabehandelingen in het hooggebergte van Davos niet langer vergoed moeten worden omdat er onvoldoende bewijs is dat deze beter werken dan eenzelfde behandeling voor astmapatiënten op zeeniveau (Zorginstituut Nederland, 2019c).
Zorgverzekeraars moeten de standpunten van het Zorginstituut in principe opvolgen, maar ze zijn niet bindend. De zorgverzekeraar heeft namelijk de wettelijke verantwoordelijkheid om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg. Wanneer zorgverzekeraars een standpunt niet opvolgen, moeten zij dat wel goed motiveren. De Nederlandse Zorgautoriteit kan de zorgverzekeraar hierover ter verantwoording roepen.

2.2 Gepast gebruik van zorg

Veldpartijen samen verantwoordelijk voor gepast gebruik van zorg

Veldpartijen in het zorgstelsel hebben een wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid om op gepaste wijze gebruik te maken van het basispakket.

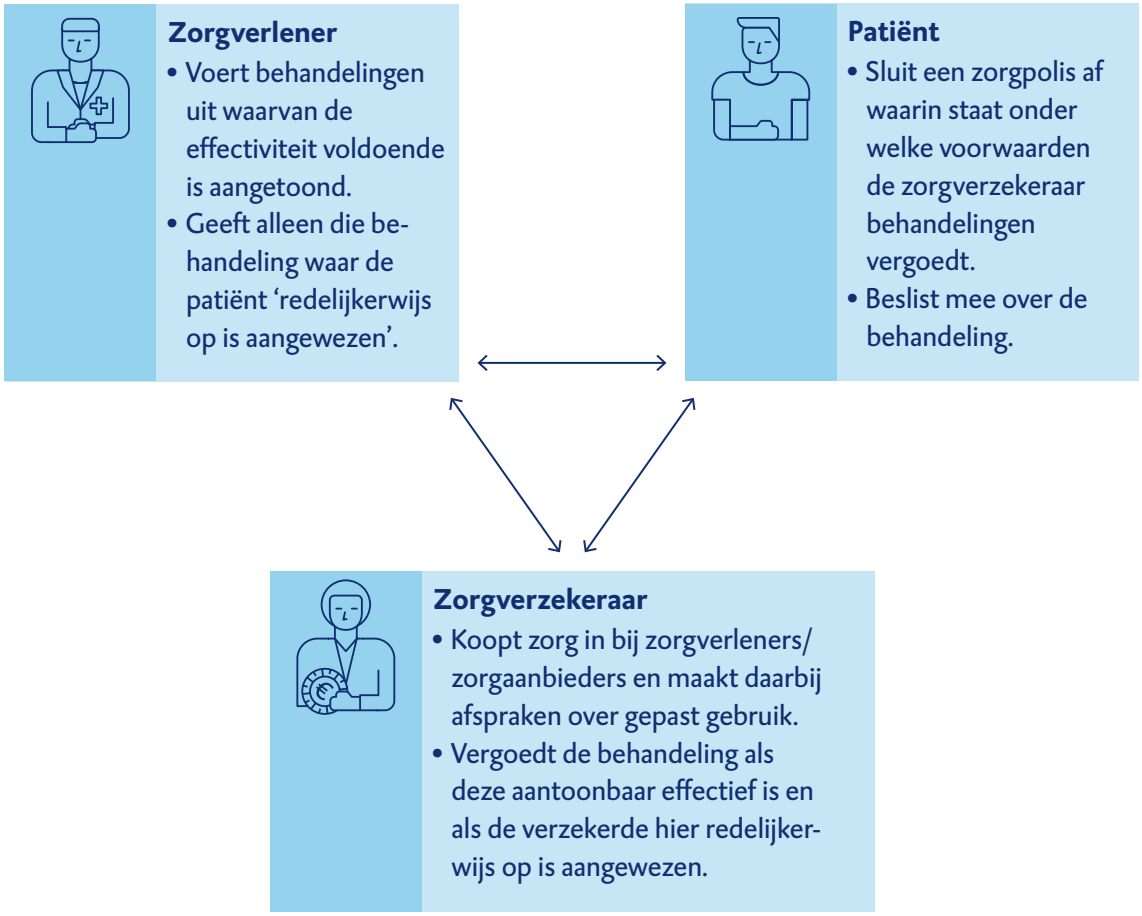
Definitie gepaste zorg

Er is sprake van gepaste zorg als in ieder geval voldaan wordt aan de wettelijke voorwaarden: de geleverde zorg is effectief en de patiënt heeft de geleverde zorg ook echt nodig. Als veldpartijen de wettelijke criteria opvolgen, zou iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgen van de juiste hulpverlener: “niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig” (CVZ, 2013:7). Niet-gepast gebruik van zorg uit zich in onder- of overbehandeling, het te snel inzetten van dure behandelingen of het geven van een niet-effectieve behandelmethode (NZa, 2014).

In de praktijk blijkt dat het vaak moeilijk is om verbeteringen voor gepast gebruik van zorg te implementeren (ZonMw, 2018; VWS, 2019b). Productieprikkels in de bekostiging van zorg bij zorgaanbieders en zorgverleners kunnen het bieden van gepaste zorg in de weg staan (NZa, 2020b; Jeurissen et al. 2018). Een evaluatie van het Centraal Planbureau naar het Beatrixziekenhuis en Bernhoven laat zien dat nieuwe manieren van werken de doelmatigheid van de zorg kunnen verbeteren (CPB, 2020). Deze manieren van werken zijn gericht op de kwaliteit van zorg voor de patiënt en het minder sturen op behandelingen, onder andere door de betaalwijze van medisch specialisten te veranderen en daarmee de productieprikkel weg te nemen. Perverse financiële prikkels, verouderde medische richtlijnen of het niet opvolgen van de richtlijnen kunnen niet-gepast gebruik van zorg in stand houden (NZa, 2014).

Het Zorginstituut kan niet tot in detail vastleggen welke behandeling in welke situatie het meest passend is (Zorginstituut Nederland, 2015b). Het gepast gebruik van verzekerde zorg is de verantwoordelijkheid van de veldpartijen. In figuur 1 staat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de veldpartijen voor gepast gebruik van zorg.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor gepast gebruik van zorg



Figuur 1 *Gepast gebruik van zorg op basis van de Zorgverzekeringswet*

De zorgverleners, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten, bepalen samen met patiënten wat gepaste zorg is. De zorgverzekeraar maakt hierover afspraken met de zorgverleners en controleert of zij deze nakomen.

In figuur 2 staat aangegeven hoe de veldpartijen *in een ideale situatie* invulling geven aan gepast gebruik van verzekerde zorg. In het voorbeeld gaat het over een behandeling in het basispakket die voor veel patiënten noodzakelijk is, maar niet voor allemaal. Voor patiënten boven de 50 jaar is een operatie van de knie meestal onnodig.

Gepast gebruik van zorg vindt plaats als alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen



Figuur 2 *Voorbeeld van gepast gebruik van zorg bij knieklachten*

De overheidspartijen – de minister, het Zorginstituut, de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) – houden toezicht en ondersteunen de veldpartijen bijvoorbeeld met het maken van afspraken over gepast gebruik van zorg. Voor het Zorginstituut betekent dit dat het naast de eerder besproken standpunten en pakketadviezen, ook de taak heeft om de kwaliteit van de zorg te bevorderen (zie tekstkader).

Kwaliteitsstandaarden via Meerjarenagenda en doorzettingsmacht

Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om de kwaliteit van de zorg te stimuleren en transparant te maken (Zvw, artikel 66b t/m 66e). Hiertoe kunnen de veldpartijen en het Zorginstituut de te ontwikkelen kwaliteitsproducten – zoals richtlijnen – met deadlines op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut zetten. Binnen het Zorginstituut adviseert de Kwaliteitsraad hierover. Bij het niet halen van de deadlines, kan het Zorginstituut de Kwaliteitsraad verzoeken om het kwaliteitsproduct op te stellen in overleg met relevante veldpartijen (doorzettingsmacht). Als het product klaar is, toetst het Zorginstituut het aan zijn toetsingskader voor opname in het openbare Register van kwaliteitsproducten. Na opname in het Register geldt er een wettelijke verplichting voor partijen om zich aan de inhoud van de kwaliteitsstandaard te houden (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 2.2b).
Een voorbeeld is de richtlijn voor totale heupprothese. In de richtlijn staat wat goede zorg is voor mensen die in aanmerking komen voor een totale heupprothese. Het Zorginstituut plaatste de richtlijn op de Meerjarenagenda omdat het vond dat de veldpartijen er te lang over deden. De richtlijn is nu opgenomen in het Register. Zie ook § 5.2.1.

2.3 Programma Zinnige Zorg als andere wijze van pakketbeheer

Doel programma Zinnige Zorg

Het programma Zinnige Zorg komt voort uit het regeerakkoord *Bruggen slaan* waarin de coalitiepartijen in 2012 stappen aankondigden om te komen tot een stringent pakketbeheer. Als een onderdeel van stringent pakketbeheer, gaf de minister van VWS de opdracht aan het Zorginstituut (toen nog het College voor Zorgverzekeringen, CVZ) om het basispakket door te lichten op niet-gepaste zorg (VWS, 2013) en beoogde hiermee een structurele besparing te realiseren van € 225 miljoen per jaar vanaf 2017. Het Zorginstituut begon hiervoor in 2013 met het programma Zinnige Zorg. Met het bevorderen van gepaste zorg verwachtte het Zorginstituut bij te kunnen dragen aan het beheersen van de zorguitgaven, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de zorg (Zorginstituut Nederland, 2013a).

De minister en het Zorginstituut zien het programma Zinnige Zorg ook wel als *een andere wijze* van pakketbeheer (VWS, 2015a); in eerste instantie niet gericht op ingrijpen in het basispakket, maar op het beter naleven ervan. Het programma Zinnige Zorg is een deel van de invulling die het Zorginstituut geeft aan zijn taak als pakketbeheerder. Het moet de verbinding leggen tussen de wettelijke taken op het gebied van pakketbeheer en kwaliteitsbevordering (Zorginstituut Nederland, 2015a).

Met het programma wil het Zorginstituut samen met veldpartijen aantonen welke zorg niet-gepast is en op basis daarvan verbeteringen formuleren. Het is vervolgens aan de veldpartijen om deze verbeteringen op te volgen en hiermee de kwaliteit van de zorg te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. Op deze manier wil het Zorginstituut het gepast gebruik van zorg stimuleren en zo de doelmatigheid van het bestaande basispakket vergroten.

Door meer gepaste zorg en aandacht voor de naleving van het pakket, zouden volgens het Zorginstituut minder pakketingrepen (zoals standpunten en pakketadviezen) nodig zijn. Dit betekent niet dat pakketingrepen werden uitgesloten: "Om te borgen dat voorstellen voor verbetering van gepast gebruik in de spreekkamer ook daadwerkelijk effect hebben, brengt het CVZ [nu: het Zorginstituut] ook de alternatieve pakketmaatregelen (zoals duidingen en uitstroomadviezen) in kaart. Afhankelijk van de gesignaleerde knelpunten en de toegezegde medewerking van en/of het draagvlak bij beroepsgroepen en patiënten-organisaties, kan de minister dan een keuze maken tussen de verschillende oplossings-richtingen" (Zorginstituut Nederland, 2013b).

Werkwijze programma Zinnige Zorg
Van de ongeveer € 49 miljoen per jaar die het Zorginstituut ontvangt vanuit de begroting voor VWS is zo'n € 8 miljoen voor het programma Zinnige Zorg (VWS, 2019c). Het programma is een vast onderdeel geworden van het werkprogramma van het Zorg-instituut.

De werkwijze van het programma kent in opzet 4 fasen, zie figuur 3 (Zorginstituut Nederland, 2019d).

Het programma Zinnige Zorg doorloopt 4 fasen



Figuur 3 *Werkwijze programma Zinnige Zorg*

De eerste fase is de screeningsfase. Hierin zoekt het Zorginstituut naar aanwijzingen voor niet-gepast gebruik van zorg. Dit kan bijvoorbeeld een sterke toename van het aantal behandelingen zijn of grote regionale verschillen in het aantal behandelingen. Deze fase eindigt met het kiezen van onderwerpen voor de volgende fase: de verdiepingsfase.

In de verdiepingsfase voert het Zorginstituut onderzoek uit om concrete verbeterpunten te identificeren waarmee niet-gepaste zorg kan worden teruggedrongen. Het Zorginstituut deelt deze inzichten met de betrokken veldpartijen en stelt voor wat die kunnen doen om verbeteringen te realiseren. Welke beroepsgroepen en patiëntenverenigingen hierbij betrokken worden, is afhankelijk van het ziektegebied dat het Zorginstituut doorlicht. Dit kunnen orthopeden of cardiologen zijn, maar ook huisartsen als het gaat om het verplaatsen van medisch-specialistische zorg naar huisartsenzorg (substitutie van zorg). Ook stelt het Zorginstituut in deze fase een budgetimpactanalyse op die aangeeft wat de verwachte financiële gevolgen zijn van de uitvoering van de verbeterpunten. De verbeterpunten en budgetimpactanalyse komen terecht in een rapportage, ook wel een *verbetersignalement* genoemd.

In de implementatiefase moeten de veldpartijen de verbeterpunten uitvoeren. Het Zorginstituut ondersteunt de veldpartijen daarin door het organiseren van monitorbijeenkomsten en het verstrekken van spiegelinformatie. In de laatste fase, de evaluatiefase, beoordeelt het Zorginstituut of de doelen uit het verbetersignalement zijn behaald en welke vervolgacties er nodig zijn.

Het Zorginstituut geeft aan het verzekerde pakket op een systematische manier door te lichten aan de hand van een internationaal gehanteerde lijst van 22 ziektebeelden: de ICD-10 classificatie.[5] Zo heeft de doorlichting van ICD ziektegebied 'ziekten van hart- en vaatstelsel' geresulteerd in 2 rapporten met verbeterpunten. Eén voor het zorgtraject 'Pijn op de borst' en één voor de zorg bij 'Perifeer arterieel vaatlijden' (etalagebenen).

In de eerste 2 fasen van het programma is het Zorginstituut verantwoordelijk voor de voortgang en uitkomsten ervan. Het Zorginstituut stemt de keuzes in de screeningsfase en de verbeterpunten die volgen uit de verdiepingsfase af met de veldpartijen.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verbeterpunten ligt volgens het Zorginstituut volledig bij de veldpartijen (Zorginstituut Nederland, 2019d). Het Zorginstituut gaat ervan uit dat die met de verbeterpunten aan de slag gaan, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid binnen het zorgstelsel.

Doorwerking naar zorgpraktijk
In een verbetersignalement legt het Zorginstituut vast wat gepaste zorg is voor een specifieke aandoening, en welke verbeterpunten er zijn voor de zorgpraktijk. Ook identificeert het Zorginstituut kennislacunes over de effectiviteit van behandelingen.

Voorbeelden van verbeterpunten zijn:

- Mensen met pijn op de borst moeten pas worden geopereerd (dotterbehandeling of een bypassoperatie) wanneer behandeling met medicijnen niet goed werkt (Zorginstituut Nederland, 2017d).
- Huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten moeten met elkaar heldere afspraken maken over adviezen omtrent diagnostiek en behandeling voor mensen met etalagebenen (Zorginstituut Nederland, 2016a).
- Bij mensen met knie- en heupartrose moet het principe van *stepped care*[6] toegepast worden: meer oefen- en fysiotherapie en minder vaak protheses (zie ook § 3.1.2) (Zorginstituut Nederland, 2014).
- Hartrevalidatie moet selectiever ingezet worden. Alleen bij uitzondering moeten patiënten met stabiele angina pectoris die een dotterbehandeling of medicatie krijgen, hartrevalidatie aangeboden krijgen (zie ook § 3.2.2) (Zorginstituut Nederland, 2017d).

Het programma Zinnige Zorg gaat er in opzet van uit dat verbetersignalementen via de koepelorganisaties doorwerken naar de praktijk en op deze manier via de veldpartijen leiden tot meer gepast gebruik van zorg in het basispakket. Soms moeten de beroepsgroepen de uitkomsten eerst in richtlijnen verwerken. Zorgverzekeraars sturen vervolgens op gepast gebruik met (volume)afspraken bij de zorginkoop.

Figuur 4 is een vereenvoudigde weergave van de manier waarop de verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg moeten doorwerken naar de zorgpraktijk.

Het is de bedoeling dat verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg via koepelorganisaties van veldpartijen terechtkomen in de zorgpraktijk (vereenvoudigde weergave)



Figuur 4 *Hoe de uitkomsten van Zinnige Zorg moeten doorwerken naar de zorgpraktijk*

3 Resultaten programma Zinnige Zorg

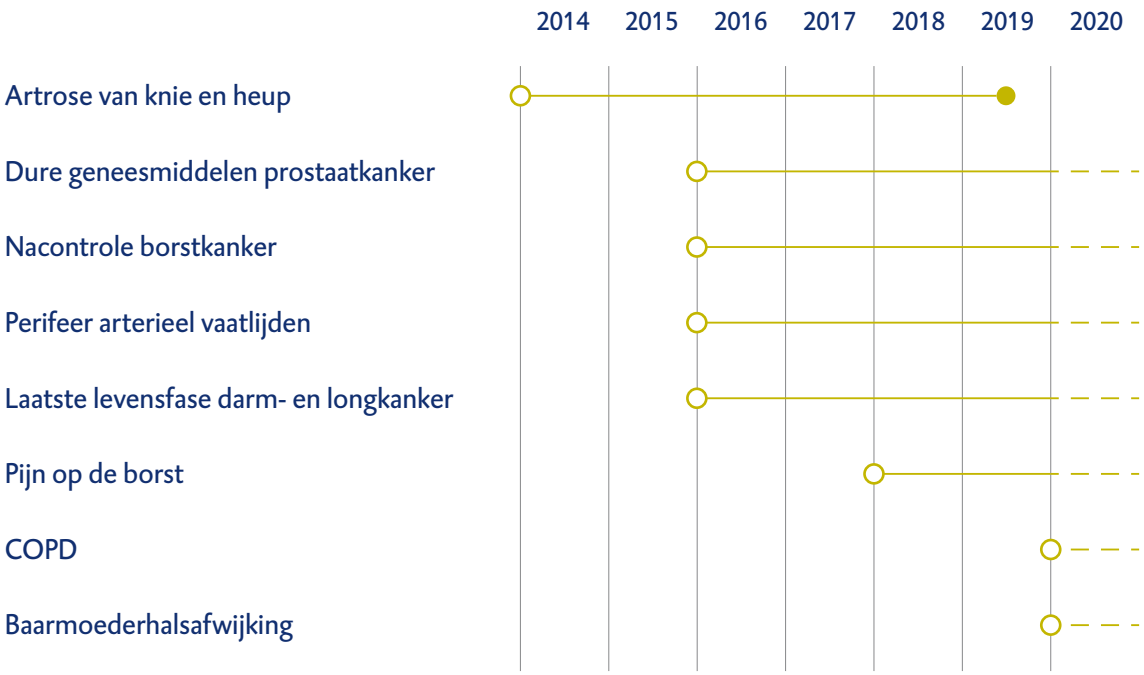
In dit hoofdstuk laten we zien dat het programma Zinnige Zorg in de periode 2014-2019 nog nauwelijks heeft geleid tot meer gepast gebruik van zorg in het basispakket en daardoor ook nauwelijks tot kostenbesparingen. Daarmee heeft het de doelen niet bereikt. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn vooral gebaseerd op onze analyses van de eerste evaluaties van het Zorginstituut, de door het Zorginstituut berekende potentiële budgetimpact van Zinnige Zorg en ondersteunende documenten bij de rapporten van de Zinnige Zorg-trajecten.

3.1 Gepast gebruik door Zinnige Zorg

3.1.1 Rapportages met 90 verbeterpunten voor gepast gebruik

In de periode 2014-2019 publiceerde het Zorginstituut 8 verbetersignalementen (zie figuur 5).[7] Hiervan bevinden zich 7 in de implementatiefase. Binnen deze trajecten heeft het Zorginstituut verschillende monitorbijeenkomsten georganiseerd. In deze bijeenkomsten brengt het Zorginstituut de betrokken partijen bij elkaar en bespreekt de stappen en voortgang van de uitvoering van de verbeterpunten. Het Zorginstituut heeft tot dusverre 1 traject (namelijk knie- en heupartrose) geëvalueerd; deze evaluatie was tijdens de uitvoeringsperiode van dit onderzoek nog niet openbaar.

5 van de 8 Zinnige Zorg-trajecten bevinden zich langer dan 3 jaar in de implementatiefase



Figuur 5 *De 8 verbetersignalementen van het programma Zinnige Zorg (december 2019)*

In totaal identificeerde het Zorginstituut in de 8 verbetersignalementen rond de 90 verbeterpunten waar de veldpartijen mee aan de slag kunnen. Het exacte aantal verbeterpunten zegt overigens niet zoveel, omdat de verbeterpunten niet in ieder traject op hetzelfde niveau geformuleerd zijn.[8] Van ongeveer een derde van de verbeterpunten verwacht het Zorginstituut een budgetimpact (zie § 3.2.1).

In het vervolg van dit rapport richten we ons vooral op de 3 verbetersignalementen 'Artrose van knie en heup', 'Perifeer arterieel vaatlijden' en 'Pijn op de borst'. Deze verbetersignalementen zijn het verst gevorderd in de implementatie, bevatten de meeste verbeterpunten en/of de grootste potentiële besparingen. Hiervan verwachten we daarom het meest op het gebied van gepast gebruik van zorg en kostenbesparing.

3.1.2 Zinnige Zorg-trajecten leiden nauwelijks tot meer gepaste zorg

De uitvoering van de verbeterpunten uit de Zinnige Zorg-trajecten is langzaam op gang gekomen en er is nog weinig van het programma doorgedrongen tot de zorgpraktijk. In november 2019 geeft het Zorginstituut aan dat het uitvoeren van de verbeterpunten nu de uitdaging is. "*The proof of the pudding is in the eating*", aldus de voorzitter van het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2019a).

Randvoorwaarden geen garantie voor gepast gebruik

Uit ons onderzoek blijkt dat de verbeterpunten die het meest zijn uitgevoerd gericht zijn op het versterken van de randvoorwaarden voor gepaste zorg. Zo hebben beroepsgroepen verschillende medische richtlijnen aangepast en patiëntenvoorlichting ontwikkeld. Dat vooral deze punten zijn opgepakt is niet verrassend. Van alle verbeterpunten uit Zinnige Zorg zijn de meeste, namelijk driekwart van de verbeterpunten, gericht op de randvoorwaarden voor gepast gebruik van zorg.

Het is naar onze mening goed dat partijen deze punten oppakken, omdat het creëren van deze randvoorwaarden helpt om tot gepaste zorg te komen. Maar we merken wel op dat het oppakken van deze punten niet genoeg is. Het leidt immers niet per definitie tot een verandering van de zorgpraktijk. Zo zijn de randvoorwaardelijke verbeterpunten vooral gericht op het aanpassen van behandelrichtlijnen.

Het Zorginstituut verwacht dat gepast gebruik van zorg de spreekkamer zal bereiken langs de weg van deze medische richtlijnen. In een richtlijn moet bijvoorbeeld staan dat zorgverleners gebruik moeten maken van *stepped care* of terughoudend moeten zijn met bepaalde diagnosemethoden of behandelingen. In vrijwel ieder traject van het programma adviseert het Zorginstituut daarom om de medische richtlijn in lijn te brengen met de verbeterpunten die aangeven hoe gepaste zorg er voor die specifieke behandeling uitziet. Het proces om een richtlijn aan te passen duurt doorgaans anderhalf jaar, en langer als er eerst inhoudelijke discussies moeten worden beslecht. Het aanpassen van een richtlijn

biedt echter geen zekerheid dat zorgverleners deze ook opvolgen. Zorgverleners volgen de richtlijnen niet altijd op. Dat vinden wij niet onlogisch. Richtlijnen zijn geen wetten en soms wordt afwijken van een richtlijn zelfs verwacht, bijvoorbeeld als richtlijnen nog niet zijn aangepast naar de nieuwste medische inzichten.

Nauwelijks effecten zichtbaar van traject knie- en heupartrose

Het Zorginstituut evalueerde in 2019 het eerste Zinnige Zorg-traject 'Artrose van knie en heup' en concludeerde dat in de declaratiedata nauwelijks effect was terug te zien van het traject. Er was maar een kleine daling van het aantal knie- en heupprotheses in de periode 2014-2017 (zie tekstkader). Het Zorginstituut verwacht een verdere afname te zien in de declaratiedata over 2018 en later, omdat belangrijke randvoorwaarden pas recent zijn ingevuld. De meeste richtlijnen zijn bijvoorbeeld pas vanaf 2019 aangepast[9] (Zorginstituut Nederland, 2020b) en moeten nog worden opgevolgd in de praktijk. Het Zorginstituut gaat het verbetersignalement opnieuw evalueren in 2023. Dan zijn ook de declaratiedata over 2018 en 2019 beschikbaar.

Kleine afname aantal knie- en heupprothesen

Orthopedisch chirurgen plaatsten in 2017 procentueel gezien bijna even veel prothesen als in 2014. Het percentage knieprothesen bij nieuwe patiënten met knieartrose daalde licht met 1,6 procentpunt (van 28,9 % in 2014 naar 27,3% in 2017). Het percentage heupprothesen bij nieuwe patiënten met heupartrose daalde licht met 0,5 procentpunt (55,9% in 2014 naar 55,4% in 2017). De daling kan nog toenemen doordat de meeste richtlijnen pas vanaf 2019 zijn herzien (Zorginstituut Nederland, 2020b).

Vanaf 2018 is oefentherapie voor mensen met artrose aan knie en heup onderdeel van het basispakket (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2017). De gedachte is dat door het verruimen van het basispakket voor patiënten met artrose meer mensen oefentherapie krijgen en hierdoor het aantal protheses afneemt. Deze instroompakketmaatregel van de minister kan daardoor het gepast gebruik van zorg stimuleren.

Zorg voor mensen met etalagebenen verbeterd dankzij pakketmaatregel

Ten tijde van ons onderzoek was er nog geen evaluatie van het traject 'Perifeer arterieel vaatlijden' (oftewel de aandoening 'etalagebenen') beschikbaar. Wel onderzocht het Zorginstituut in 2019 de effecten van de pakketmaatregel om de vergoeding voor gesuperviseerde oefentherapie voor mensen met etalagebenen uit te breiden. Uit dat onderzoek blijkt dat de zorg voor mensen met etalagebenen is verbeterd: het aantal patiënten dat enige vorm van looptraining kreeg nam toe van 77% in 2016 naar 87% in 2017 en het aantal dotterbehandelingen daalde in 2017 met 21,5% ten opzichte van 2016 (Zorginstituut Nederland, 2020a). Deze verbetering is volgens het Zorginstituut te danken aan de pakketmaatregel.

Deze pakketmaatregel was er volgens ons ook zonder het programma Zinnige Zorg gekomen. Ruim een jaar voor het verschijnen van het signalement 'Perifeer arterieel vaatlijden' in 2016 werd in de Tweede Kamer al gesproken over de vraag of fysiotherapie voor mensen met etalagebenen vergoed zou moeten worden uit het basispakket (Tweede Kamer, 2015). De minister zegde toe het Zorginstituut te vragen om een pakketadvies. Het Zorginstituut voegde vervolgens deze bekende verbetering toe aan de verbetervoorstellen van Zinnige Zorg. Wij trekken de conclusie dat het resultaat daarom niet toe te rekenen is aan het programma Zinnige Zorg.

Opvolging verbeterpunten gaat langzamer dan verwacht
We constateren dat de opvolging van de verbeterpunten in de zorgpraktijk langzaam gaat: 5 van de 8 verbetersignalementen bevinden zich al langer dan 3 jaar in de implementatiefase (zie figuur 5) terwijl de resultaten nog maar beperkt zichtbaar zijn. Tijdens ons onderzoek hebben het Ministerie van VWS en het Zorginstituut aangegeven dat het implementeren van de uitkomsten van Zinnige Zorg tijd kost. Wij stellen daar tegenover dat het Zorginstituut en de minister van VWS geen duidelijke doelen hebben gesteld voor de termijn waarop dan wel resultaten te verwachten zijn, terwijl de verwachting van de minister wel was dat er op korte termijn besparingen bereikt zouden worden met het programma.

We zien dat het opstarten van het programma extra tijd kostte door weerstand uit het veld (zie § 5.1.1), en de zoektocht en het leerproces van het Zorginstituut zelf om het programma vorm te geven. Tegelijkertijd komen er uit ons onderzoek verklaringen voor achterblijvende resultaten die niet zomaar met meer tijd opgelost zijn. In hoofdstuk 4 en 5 gaan we hier verder op in.

3.2 Kostenbesparingen door Zinnige Zorg

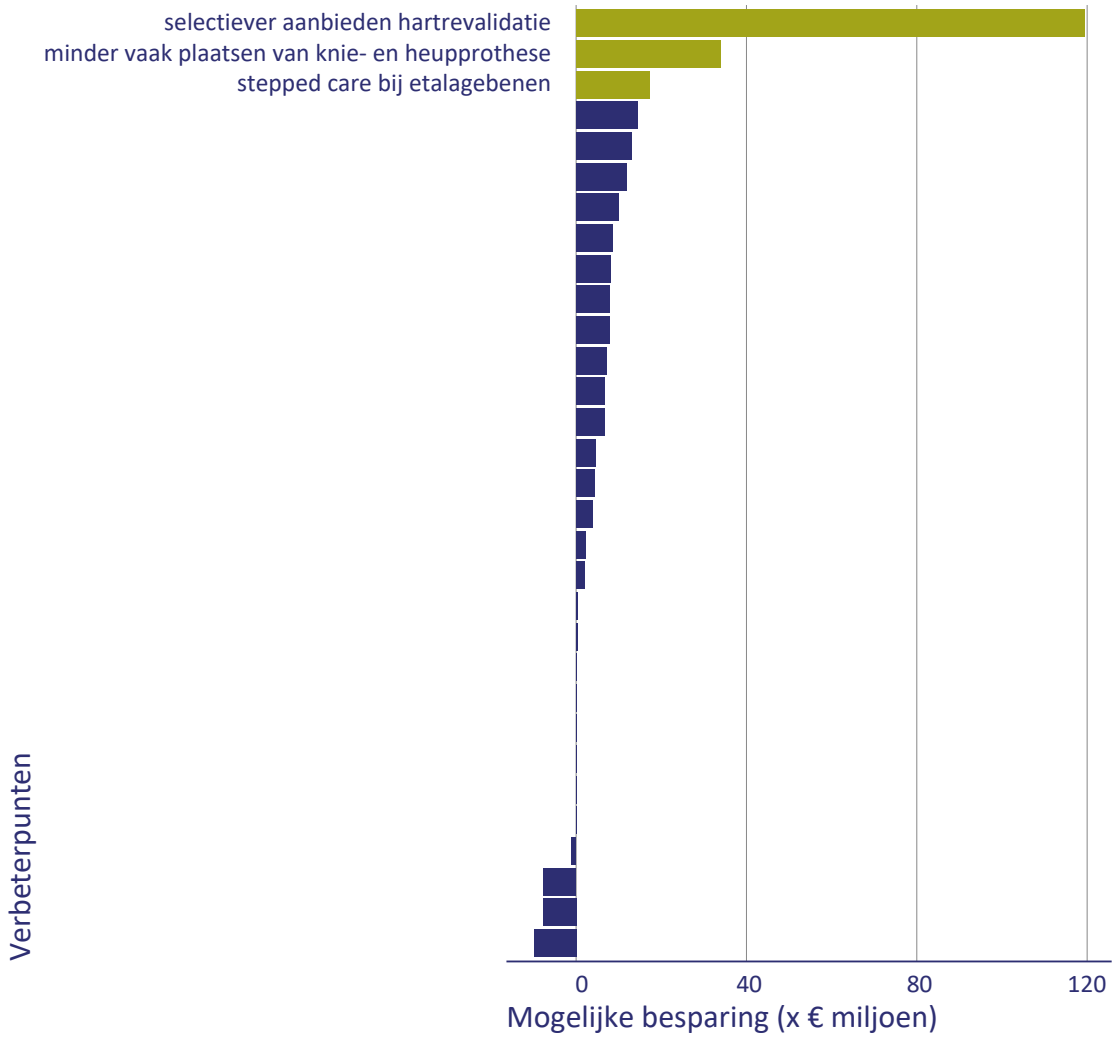
Doordat verbeterpunten nog nauwelijks tot resultaat hebben geleid in de praktijk, zijn ook de kostenbesparingen door het programma in de periode 2014-2019 niet bereikt.[10] Zoals we in § 3.1.2 al zagen is er wel een kleine daling te zien in het aantal knie- en heupprothesen bij mensen met artrose. Naar schatting van het Zorginstituut kan dit verbeterpunt – wanneer het volledig uitgevoerd wordt – maximaal € 5 miljoen per jaar besparen. Het verbeterpunt is echter niet volledig uitgevoerd en heeft volgens ons daardoor naar alle waarschijnlijkheid ook niet geleid tot de verwachte kostenbesparing.

We constateren verder dat het programma veel verbeterpunten oplevert die volgens de berekeningen van het Zorginstituut geen of maar een kleine financiële besparing kunnen opleveren. Er zijn een paar verbeteringen die volgens het Zorginstituut wel veel kosten kunnen besparen. Van deze punten hebben we vastgesteld dat het Zorginstituut de effecten te hoog inschat. Wij lichten beide punten nader toe.

3.2.1 Kleine besparingen per verbeterpunt

Ondanks dat kostenbesparing één van de doelen is van het programma, verwacht het Zorginstituut voor ongeveer twee derde van de verbeterpunten geen kostenbesparing. De verbeterpunten waarvan het Zorginstituut wel een effect verwacht, leiden doorgaans tot verwachte besparingen van minder dan € 5 miljoen per jaar. In figuur 6 hebben we dit in beeld gebracht. Op de eerste 3 verbeterpunten gaan we verder in. Voor een overzicht van alle verbeterpunten met de verwachte kostenbesparingen verwijzen we naar bijlage 2.

Programma Zinnige Zorg leverde in de periode 2014-2019 veel verbeterpunten op met een geringe financiële omvang



Figuur 6 *Mogelijke door het Zorginstituut geschatte besparingen per verbeterpunt gerangschikt van hoog naar laag, in € miljoen per jaar. De 3 verbeterpunten met de hoogst mogelijke besparing zijn uitgelicht.*

In de figuur zijn een aantal verbeterpunten zichtbaar die geen besparing opleveren, maar juist geld kosten. Bij verbeterpunten die geld kosten is er vaak sprake van onderbehandeling of onderdiagnostiek. In deze gevallen zijn er meer behandelingen of diagnostische

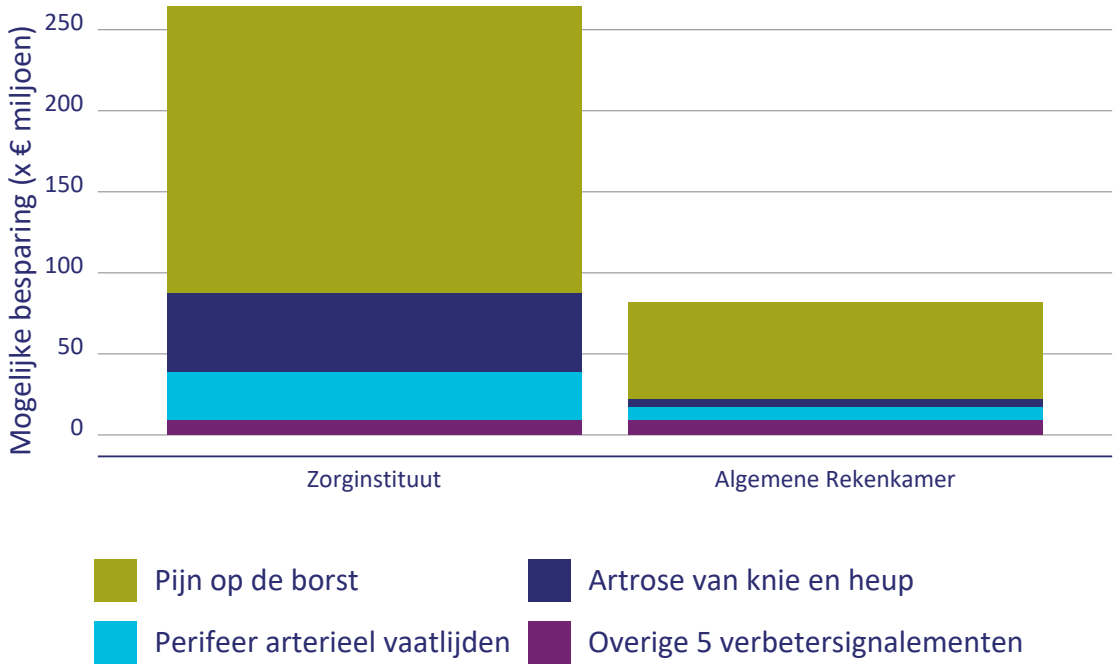
verrichtingen nodig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. 3 van de 5 verbeterpunten die geld kosten zijn onderdeel van het verbetersignalement COPD uit december 2019 (Zorginstituut Nederland, 2019e). Hierin wijst het Zorginstituut er bijvoorbeeld op dat patiënten in de palliatieve fase onnodig kampen met kortademigheid door forse onderbehandeling met opioïden (zoals morfine).

Verder springt de eerste lange balk uit de figuur meteen in het oog. Dit is het verbeterpunt 'selectiever aanbieden van hartrevalidatie' dat volgens het Zorginstituut ruim € 100 miljoen per jaar kan besparen. Ook door 'minder vaak plaatsen van knie- en heupprothese' – de tweede balk in het figuur – kan volgens het Zorginstituut fors geld bespaard worden, € 34 miljoen per jaar, en met '*stepped care* bij etalagebenen' € 21 miljoen per jaar. We wijzen erop dat het hier gaat om inschattingen. In de volgende paragraaf gaan we in op de onderbouwing van deze bedragen.

3.2.2 Kostenbesparing vooraf te hoog in geschat

We constateren op basis van ons onderzoek dat het Zorginstituut de potentiële opbrengst van het programma te hoog heeft ingeschat en dat deze schatting ook voor de toekomst niet realistisch is. Wij hebben hiervoor gekeken hoe het Zorginstituut tot zijn inschattingen is gekomen en of ze zijn bijgesteld. Het Zorginstituut schat de mogelijke kostenbesparingen op € 265 miljoen per jaar, terwijl dit volgens onze inschatting niet meer kan zijn dan € 82 miljoen per jaar. Wij hebben alleen gekeken naar de potentiële besparingen van de verbetersignalementen 'Pijn op de borst', 'Artrose van knie en heup' en 'Perifeer arterieel vaatlijden'. Samen met de berekeningen van het Zorginstituut voor de overige verbetersignalementen telt dit op tot € 82 miljoen.
De 3 punten waarop onze schatting afwijkt, lichten we hieronder toe aan de hand van figuur 7 en tabel 1.

Het Zorginstituut schat mogelijke besparingen door Zinnige Zorg te hoog in



Figuur 7 *Verschillende inschattingen van besparingen door Zinnige Zorg in € miljoen*

Tabel 1 *Verschillende inschattingen van mogelijke besparingen per verbetersignalement in € miljoen*

Verbetersignalement*	Zorginstituut	Algemene Rekenkamer
Pijn op de borst	177,0	59,3
Artrose van knie en heup	48,8	5,0
Perifeer arterieel vaatlijden	29,6	8,1
Dure geneesmiddelen prostaatkanker	0	-
Nacontrole borstkanker	3,9	-
Laatste levensfase darm- en longkanker	8,5	-
COPD	- 5,3	-
Baarmoederhalsafwijking	2,3	-
Totaal	**264,8**	**81,8**

**De cijfers in deze tabel 1 zijn de potentiële besparingen van de verbetersignalementen en daarmee een optelling van de individuele verbeterpunten uit figuur 6. Zie bijlage 2 voor een totaaloverzicht van de budgetimpact van de verbeterpunten per verbetersignalement.*

Onjuiste berekening verbetersignalement 'Pijn op de borst'

Het grootste verschil tussen onze schatting en die van het Zorginstituut zit in de berekening van de besparing van het traject 'Pijn op de borst'. Dit verbetersignalement kan volgens het Zorginstituut € 177 miljoen per jaar opleveren. Het grootste deel van deze besparing moeten cardiologen en zorgverzekeraars realiseren door het selectiever aanbieden van hartrevalidatie (zie tekstkader).

Verbeterpunt: hartrevalidatie selectiever aanbieden

Het Zorginstituut concludeert in het verbetersignalement 'Pijn op de borst' (2017) dat cardiologen hartrevalidatie niet altijd goed inzetten. De belangrijkste oorzaak hiervan is onjuiste informatie in de richtlijn van cardiologen over hartrevalidatie. In die richtlijn staat dat alle patiënten met stabiele angina pectoris hartrevalidatie moeten krijgen. Dit klopt volgens het Zorginstituut niet. Alleen voor een klein deel van deze groep is hartrevalidatie bewezen effectief. Voor de grootste groep patiënten met stabiele angina pectoris (ruim 184.000 patiënten per jaar) is hartrevalidatie niet aantoonbaar effectief.
Uit cijfers van het Zorginstituut blijkt dat cardiologen het onderdeel van de richtlijn over hartrevalidatie maar zeer beperkt volgen. Slechts 0,5% van de 184.000, kreeg in de praktijk hartrevalidatie. In dit geval hebben cardiologen dus terecht hun eigen richtlijn niet goed opgevolgd.

Het Zorginstituut gaat voor dit verbeterpunt uit van een mogelijke besparing van € 119 miljoen per jaar. Het Zorginstituut doet in het verbetersignalement geen uitspraak over vanaf wanneer deze besparing bereikt kan worden.

Wij constateren dat de berekening van het Zorginstituut geen goed beeld geeft van de mogelijke besparing in de praktijk.[11] Het Zorginstituut heeft in zijn berekening namelijk ook de mogelijke toekomstige kosten meegenomen als alle cardiologen zich gaan houden aan hun eigen richtlijn waarin staat dat *alle* mensen met stabiele angina pectoris hartrevalidatie zouden moeten krijgen. In de toekomst verwacht het Zorginstituut daardoor een kostenpost van € 117,7 miljoen. Gezien het lage aantal patiënten dat op dit moment hartrevalidatie krijgt terwijl het niet aantoonbaar effectief is (zie tekstkader) is het volgens ons niet aannemelijk dat deze kosten op korte termijn daadwerkelijk worden gemaakt.[12] Wanneer we uitgaan van de uitgaven die werkelijk worden gemaakt voor de groep mensen waarvoor hartrevalidatie geen bewezen effect heeft, is de mogelijk besparing maximaal € 1,3 miljoen per jaar. Dit is een meer realistische berekening.

Zorginstituut stelt mogelijke besparing knie- en heupartrose bij

De mogelijke besparing door het verbetersignalement 'Artrose van knie en heup' heeft het Zorginstituut zelf aangepast na publicatie van het verbetersignalement. Het Zorginstituut berekende in eerste instantie een besparing van € 34 miljoen door mensen met artrose vaker oefentherapie te geven en minder vaak protheses te plaatsen. De landelijke vereniging van orthopeden had kritiek op de onderbouwing van de verwachte afname van het aantal protheseplaatsingen en vroeg om nieuw onderzoek. Na dit onderzoek is de verwachte verlaging van het aantal protheseplaatsingen naar beneden bijgesteld. De mogelijke besparing werd daarmee € 5 miljoen in plaats van de eerder verwachte € 34 miljoen (Zorginstituut Nederland, 2017a).

Ook de besparing door het doelmatiger inzetten van diagnostiek zoals MRI en röntgenfoto's (€ 14,4 miljoen) heeft het Zorginstituut door voortschrijdend inzicht losgelaten. Het

Zorginstituut stelt – na overleg met de veldpartijen – dat in de tweede lijn aanvullende diagnostiek om te beslissen over de plaatsing van een prothese toch gepaste zorg is (Zorginstituut Nederland, 2016b). Wel blijft het Zorginstituut overtuigd dat beeldvormende diagnostiek niet noodzakelijk is voor de diagnosestelling van artrose. Hierdoor zouden volgens het Zorginstituut met name de beeldvormende diagnostische verrichtingen in de eerste lijn moeten afnemen. Het Zorginstituut heeft vervolgens geen aangepaste schatting gemaakt hoeveel kosten hiermee bespaard kunnen worden.

Gepast gebruik van zorg bij etalagebenen geen resultaat programma
Zoals we in § 3.1.2 al aangaven is de meer gepaste zorg bij mensen met etalagebenen volgens het Zorginstituut te danken aan een instroompakketmaatregel om gesuperviseerde oefentherapie bij deze groep te stimuleren. In het verbetersignalement berekende het Zorginstituut een mogelijke besparing door deze pakketmaatregel van € 21,5 miljoen per jaar. Doordat de pakketmaatregel geen resultaat is van het programma, tellen we deze niet mee in het totaal van besparingen door het programma.

4 Ervaringen veldpartijen met Zinnige Zorg

Het programma Zinnige Zorg heeft nog nauwelijks geresulteerd in een toename van gepast gebruik van zorg in de praktijk. In dit en het volgende hoofdstuk geven we verklaringen die wij hebben gevonden voor het achterblijven van de resultaten. In hoofdstuk 4 richten we ons op de ervaringen van veldpartijen en in hoofdstuk 5 op de rol van de minister en het Zorginstituut. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn vooral gebaseerd op de gesprekken die wij hebben gevoerd met de verschillende veldpartijen over hun ervaringen met het proces en de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg en ondersteunende documenten bij de rapporten van de Zinnige Zorg-trajecten.

4.1 Aansluiting verbeterpunten bij zorgpraktijk

In het zorgstelsel ligt de verantwoordelijkheid voor het bieden van gepaste zorg bij het zorgveld (zie hoofdstuk 2). Ziekenhuizen, zorgverleners en zorgverzekeraars beslissen zelf of en zo ja, hoe ze gebruik maken van de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg. Ook van patiënten wordt een bijdrage verwacht, bijvoorbeeld door de adviezen van zorgverleners op te volgen. Dit maakt dat de minister en het Zorginstituut voor het bereiken van resultaten met het programma Zinnige Zorg grotendeels afhankelijk zijn van de veldpartijen.

Wij vinden het vanzelfsprekend dat veldpartijen hun wettelijk vastgelegde rol bij gepaste zorg vervullen. Zorgverzekeraars en zorgverleners hebben hierin hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Wij constateren dat de veldpartijen de meeste verbeterpunten (nog) niet hebben opgepakt. In ons onderzoek hebben wij de ervaringen van veldpartijen met het programma Zinnige Zorg meegenomen, maar we geven geen oordeel over de manier waarop zij hun rol bij gepaste zorg vervullen. In hoofdstuk 2 hebben wij wel een aantal algemeen bekende verklaringen genoemd die het gepast gebruik van zorg in de weg kunnen staan, zoals productieprikkels in de bekostiging.

Voor het succes van het programma is het belangrijk dat het aansluit bij de rollen die de veldpartijen in het stelsel vervullen en de manier waarop zij dat doen. En juist in de aansluiting zien wij zwaktes van het programma. Wij lichten dit nader toe.

4.1.1 Draagvlak voor de verbeterpunten is beperkt

Hoewel alle veldpartijen betrokken zijn bij de trajecten van het programma Zinnige Zorg, moeten wij op basis van ons onderzoek constateren dat het draagvlak voor voorgestelde verbeterpunten regelmatig ontbreekt. Beroepsverenigingen uiten inhoudelijke kritiek op de verbeterpunten die het Zorginstituut aandraagt. Een algemeen verwijt aan het Zorginstituut is dat de verbeterpunten onvoldoende aansluiten bij de dagelijkse praktijk in de

spreekkamer. Zorgverleners weten dat aanvullende diagnostiek of nacontrole weliswaar medisch gezien onnodig kunnen zijn, maar bieden dat soms toch omdat het een patiënt wel gerust kan stellen. In enkele gevallen hebben (koepelorganisaties van) veldpartijen zoveel kritiek, dat zij het verbeterpunt niet ondersteunen en dus ook niet in de praktijk brengen. Voorbeelden van verbeterpunten waarvoor draagvlak ontbreekt:

- De beroepsvereniging voor cardiologen maakte gedurende het traject 'Pijn op de borst' duidelijk aan het Zorginstituut dat zij het voorbarig vond om hartrevalidatie alleen bij uitzondering aan te bieden. Wij vinden dit een opmerkelijke opvatting van de beroepsvereniging, omdat uit het onderzoek van het Zorginstituut ook bleek dat in de praktijk hartrevalidatie al bij uitzondering werd aangeboden, namelijk aan 0,5% van de patiënten (zie § 3.2.2).
- De organisatie voor hartpatiënten startte in 2019 een campagne om alle hartpatiënten te wijzen op hun recht op hartrevalidatie en vergoeding daarvan uit de basisverzekering. Dit gebeurde 2 jaar nadat het Zorginstituut vaststelde dat hartrevalidatie alleen bij een specifieke groep hartpatiënten aangetoond effectief is. Ook dit vinden wij een opvallende actie van de patiëntenvereniging, omdat dit niet in lijn is met wat het Zorginstituut verwacht van patiënten bij gepast gebruik van zorg bij stabiele angina pectoris.
- De landelijke vereniging van orthopeden had kritiek op de onderbouwing van de verwachte afname van het aantal protheseplaatsingen en vroeg om nieuw onderzoek. Op basis van dit nieuwe onderzoek is de verwachting van de afname van het aantal plaatsingen naar beneden bijgesteld. Het Zorginstituut heeft hiermee bijgedragen aan het draagvlak, maar daarmee ook een aanzienlijk deel van de beoogde resultaten moeten loslaten.
- Het Zorginstituut verwachtte dat door het gebruik van een nieuwe technologie, het nomogram, het mogelijk zou worden om de nacontrole bij borstkanker af te stemmen op de situatie van een individuele patiënt. Daardoor zouden minder patiënten een jaarlijkse nacontrole hoeven ondergaan. In eerste instantie onderschreef de beroepsvereniging van oncologen dit verbeterpunt. Maar al bij de eerste bijeenkomst over de uitvoering van de verbeterpunten, toonden de aanwezige oncologen zich niet langer overtuigd dat het nomogram direct inzetbaar was. Ook waren zij niet langer overtuigd dat de voorstellen van het Zorginstituut in een richtlijn zouden zijn te vatten. Dit onderdeel is uiteindelijk ook niet overgenomen in de medische behandelrichtlijn.

Uit ons onderzoek blijkt dat het Zorginstituut de veldpartijen actief betrekt bij het programma, maar dat dit niet altijd resulteert in draagvlak en daaruit volgende veranderingen in de praktijk. Dat het draagvlak voor belangrijke verbeterpunten toch ontbreekt, is mogelijk het gevolg van de samenwerking met de landelijke koepelorganisaties. Dit is voor de screenings- en verdiepingsfase van de Zinnige Zorg-trajecten een logische keuze. Het

Zorginstituut kan immers niet met alle individuele zorgverleners, verzekeraars en patiënten samenwerken. Het Zorginstituut gaat er daarom van uit dat de koepelorganisaties de uitkomsten van de Zinnige Zorg-trajecten delen met de achterban en dat die de verbeterpunten vervolgens uitvoert. Wij stellen vast dat de verspreiding van uitkomsten door de koepelorganisaties niet genoeg is om de verbeterpunten te laten doordringen tot de zorgpraktijk.

4.1.2 Zorgverzekeraars kunnen uitkomsten beperkt toepassen

Het Zorginstituut verwacht dat zorgverzekeraars de inzichten over gepast gebruik van zorg meenemen bij de inkoop van zorg en hierover afspraken maken met de zorgaanbieders. Uit ons onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars de verbeterpunten van het Zorginstituut niet zonder meer kunnen toepassen in de praktijk. Hiervoor zien wij meerdere oorzaken.

Zorgverzekeraars hebben een informatieachterstand

Het Zorginstituut doet op basis van uitkomsten van de Zinnige Zorg-trajecten geen formele uitspraken over wat wel of niet verzekerde zorg is. Het zou naar onze mening in de lijn der verwachting liggen dat een uitspraak over gepaste zorg gevolgen heeft voor de verzekerde status van deze zorg. Wij geven hiervan een voorbeeld in onderstaand tekstkader.

Voorbeeld hartrevalidatie: geen uitspraak verzekerde zorg

Het Zorginstituut stelt in het verbetersignalement 'Pijn op de borst' dat hartrevalidatie niet aantoonbaar effectief is bij patiënten met stabiele angina pectoris die een dotterbehandeling of medicatie krijgen. Deze groep zou alleen bij uitzondering in aanmerking komen voor hartrevalidatie. Het Zorginstituut heeft vervolgens niet in de rapportage opgenomen of dit betekent dat hartrevalidatie voor deze groep in principe geen verzekerde zorg is.

Dit betekent dat de zorgverzekeraars zelf de zorgaanbieders moeten overtuigen dat zij de verbeterpunten van het Zorginstituut moeten opvolgen om tot meer gepast gebruik van zorg te komen. Om dit in de praktijk te brengen zouden zorgverzekeraars met individuele ziekenhuizen, behandelcentra en huisartspraktijken afspraken moeten maken over hoe zij de zorg in lijn kunnen brengen met de verbeterpunten die het Zorginstituut heeft geïdentificeerd.

Dat dit een lastige opgave kan zijn voor de zorgverzekeraars komt onder meer door de data die het Zorginstituut gebruikt bij het verkennen van niet-gepaste zorg. Die data kennen namelijk 2 problemen: ze zijn te oud om te gebruiken in de onderhandelingen en het Zorginstituut presenteert de data niet per ziekenhuis. Hierdoor moet een zorgverzekeraar die gebruik wil maken van de voorgestelde verbeterpunten de analyses overdoen met de eigen actuele declaratiedata. Daarnaast beschikt een individuele zorgverzekeraar alleen over de gegevens van de eigen verzekerden wat geen totaalbeeld geeft van de zorgactiviteiten

van een ziekenhuis. Zo kan een zorgverzekeraar voor de eigen verzekerden zien hoeveel knieprotheses een ziekenhuis plaatst, maar daarmee heeft de verzekeraar geen zicht op het totaal aantal geplaatste knieprotheses door een ziekenhuis. Deze informatieachterstand verzwakt de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar.

Controleren op gepast gebruik op grote schaal niet mogelijk

De vraag of er wel of geen sprake is van gepaste zorg voor een patiënt is moeilijk te beantwoorden. Het is voor zorgverzekeraars niet te beoordelen of een individuele patiënt tot de groep behoort die baat heeft bij de behandeling. Formeel heeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid om achteraf te controleren of een patiënt zorg heeft ontvangen die voldoet aan de criteria voor verzekerde zorg, maar in de praktijk is die controle moeilijk uitvoerbaar. Om een declaratie op gepast gebruik te kunnen beoordelen moet een zorgverzekeraar namelijk inzage hebben in het medisch dossier van een patiënt. Dit is alleen toegestaan als er ernstige en aantoonbare aanwijzingen zijn van onrechtmatig handelen. Daarnaast kost deze controle de zorgverzekeraar veel tijd, waardoor het niet (kosten)effectief is om deze controles op grote schaal uit te voeren. Bovendien staat het opvragen van medische dossiers haaks op de ontwikkelingen in de sector die juist gericht zijn op meer onderling vertrouwen, zoals de ontwikkeling richting horizontaal toezicht. Bij horizontaal toezicht is het versterken van het onderling vertrouwen een belangrijk streven en uitgangspunt (NZa, 2020c).

Geen aandacht voor verwerken verbeterpunten in bekostiging

Uiteindelijk moeten de verbeterpunten ondersteund worden met een wijze van bekostiging zodat gepaste zorg niet wordt belemmerd. In de Zinnige Zorg-trajecten is geen aandacht voor de doorwerking van de verbeterpunten in de bekostiging, waardoor het vraagstuk van bekostiging pas in de implementatiefase aan de orde komt. In de praktijk wordt duidelijk dat voorstellen om *stepped care* toe te passen, of eerder terugverwijzen van de specialist naar de huisarts, gevolgen heeft voor de wijze van bekostiging. Zorgverleners hebben bijvoorbeeld niet altijd belang bij *stepped care* of substitutie. Zo is er door de volumeprikkel binnen de medisch-specialistische zorg weinig tijd voor een gesprek met de patiënt en maken de verschillende bekostigingsvormen het moeilijk om afspraken over de eerste en tweede lijn heen te maken (NZa, 2020b). Deze drempels in de bekostiging gelden waarschijnlijk niet alleen voor de verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg, maar voor alle initiatieven die gepast gebruik van zorg willen stimuleren. Bekostiging van zorg was bijvoorbeeld ook binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw een regelmatig terugkerende verklaring voor het achterblijven van implementatie van verbeteringen voor gepast gebruik van zorg (SiRM, 2018).

Scheve verhouding tussen benodigde inzet en mogelijke opbrengst

In het vorige hoofdstuk lieten we zien dat de totale financiële besparing voor de helft van alle verbeterpunten onder de € 5 miljoen ligt. Voor de individuele zorgverzekeraars ligt de verwachte besparing nog lager. Dit hangt vooral samen met het marktaandeel van de verzekeraar. Een verzekeraar met een marktaandeel van 20% kan in de praktijk niet meer dan 20% van de totale besparing bereiken. Zie onderstaand tekstkader voor een eenvoudig rekenvoorbeeld. Zorgverzekeraars moeten in de onderhandelingen prioriteiten stellen en richten zich daarom in de onderhandelingen met zorgaanbieders op een aantal grote onderwerpen. Ze zullen minder snel aandringen op de invoering van verbeterpunten die weinig geld opleveren.

Rekenvoorbeeld potentiële besparing individuele verzekeraars

Als het op landelijk niveau om een potentiële besparing gaat van € 8 miljoen, dan levert de inspanning van de individuele zorgverzekeraar per saldo nauwelijks iets op: uitgaande van 80 ziekenhuizen – waar het overgrote deel deze kosten worden gemaakt - is dat gemiddeld per ziekenhuis € 100.000. Doordat het in de onderhandelingen met ziekenhuizen in totaal gaat over tientallen tot een paar honderd miljoen, kan dit in de afweging over de inzet van capaciteit en middelen betekenen dat een zorgverzekeraar geen werk maakt van deze verbeterpunten.

Zinnige Zorg inspiratie voor bevorderen gepast gebruik van zorg

Dat zorgverzekeraars niet alle verbeterpunten opvolgen, betekent niet dat zorgverzekeraars niet sturen op gepast gebruik van zorg. Bij het monitoren van contractafspraken in de medisch-specialistische zorg over 2018 concludeert de NZa dat alle zorgverzekeraars aandacht hebben voor gepast gebruik van specifieke behandelingen zoals varices, groeihormonen en fertiliteit (NZa, 2019). 4 van de 7 zorgverzekeraars gebruiken een lijst van 5-10 aandoeningen of behandelingen gericht op het stimuleren van gepast gebruik van zorg. De NZa merkt hierbij op dat iedere zorgverzekeraar zich richt op een andere set aan behandelingen. De zorgverzekeraars die wij spraken in het kader van dit onderzoek, gaven aan dat iedere zorgverzekeraar signalen van niet-gepaste zorg identificeert door in de eigen declaratiegegevens te kijken naar afwijkend gedrag van zorgaanbieders. Dit zijn bijvoorbeeld signalen voor onverklaarbare praktijkvariatie. Hierbij kiezen ze ervoor om in de inkoop in te zetten op de thema's waar hoge uitgaven aan verbonden zijn en bijvoorbeeld in meerjarencontracten een volumereductie voor die onderwerpen af te spreken. Soms sluit een verbetersignalement daarbij aan, maar dat is vaker toeval dan bewust. De inzichten uit het programma Zinnige Zorg dienen vooral als bron van inspiratie voor de eigen analyses naar gepaste zorg.

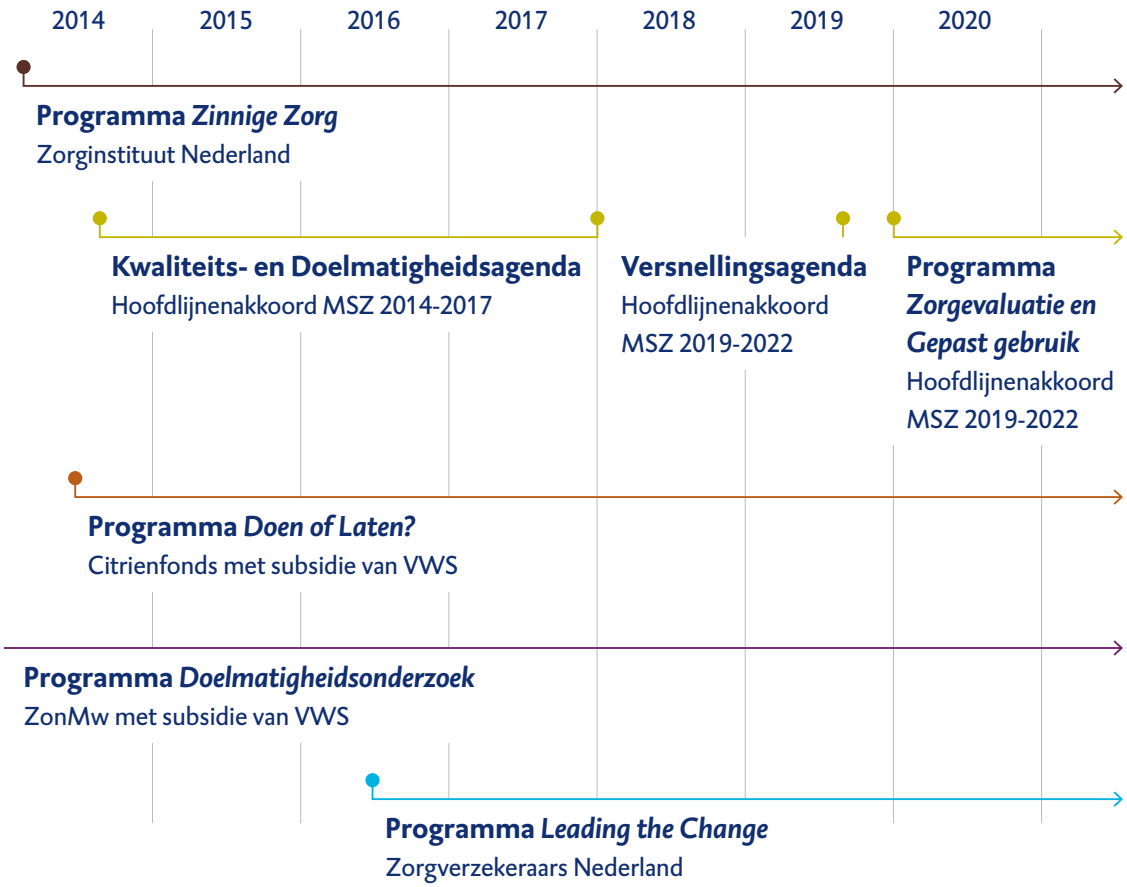
4.2 Andere initiatieven gepast gebruik

Het programma Zinnige Zorg is niet het enige initiatief dat gepast gebruik van zorg wil bevorderen. Onderzoeksbureau SiRM kwam in een recente inventarisatie tot bijna 40

initiatieven (SiRM, 2019a). Veel initiatieven om gepaste zorg te bevorderen zijn door de veldpartijen zelf tot stand gebracht. Een goed voorbeeld hiervan zijn de meerjarige afspraken die zorgverzekeraar VGZ maakt met zorgaanbieders over het terugdringen van specifieke vormen van niet-gepaste zorg.

In figuur 8 hebben wij de belangrijkste landelijke initiatieven van de afgelopen jaren weergegeven. Een groot deel van deze initiatieven is (mede) geïnitieerd of gefinancierd door het Ministerie van VWS.

Programma Zinnige Zorg is een van de vele lopende initiatieven om gepast gebruik te bevorderen



Figuur 8 *Programma's en initiatieven om gepast gebruik te bevorderen*

Het is verleidelijk om aan te nemen dat een groot aantal initiatieven bevorderlijk is voor het zoveel mogelijk stimuleren van gepaste zorg. Het is maar de vraag of dat in de praktijk ook zo uitpakt, omdat het naast elkaar bestaan van veel initiatieven ook nadelen kent. Wij noemen er 2.

Ten eerste wordt voor veel landelijke initiatieven medewerking van dezelfde koepelorganisaties gevraagd. Organisaties zoals het genootschap voor huisartsen, de wetenschappelijke

verenigingen van artsen, Zorgverzekeraars Nederland en de vereniging van ziekenhuizen zijn allemaal bij deze initiatieven betrokken. Een aantal van hen geeft in gesprek met ons aan over het algemeen weinig personele capaciteit beschikbaar te hebben en dat het grote aantal initiatieven deze beperkte capaciteit overvraagt. Hoe meer initiatieven er zijn, hoe minder tijd en energie ze in elk van deze initiatieven kunnen stoppen.

Ten tweede heeft het grote aantal initiatieven negatieve gevolgen voor de focus in de implementatie van mogelijke verbeteringen in de zorg. Zorgverleners, ziekenhuizen en verzekeraars krijgen grote aantallen inhoudelijke rapporten toegestuurd over wat er beter kan in de zorg. Zij kunnen deze niet allemaal uitvoeren en moeten kiezen welke verbeteringen zij in de praktijk oppakken. Wij denken dat het grote aantal initiatieven het moeilijker maakt om daarbij prioriteiten te stellen.

5 Rol minister en Zorginstituut

In dit hoofdstuk gaan we in op hoe de minister voor MZS (voorheen de minister van VWS) en het Zorginstituut invulling geven aan hun rol bij het programma Zinnige Zorg. De minister moet zicht hebben op de resultaten van het programma, invulling geven aan de rol die hij voor zichzelf ziet bij gepast gebruik van zorg en daarbij leren van opgedane ervaringen. Van het Zorginstituut mag worden verwacht dat het de doelen van het programma bereikt, de uitvoering van de verbeterpunten uit het programma bevordert en gebruikmaakt van zijn bevoegdheden als pakketbeheerder als de veldpartijen de gemaakte afspraken niet nakomen of resultaten achterblijven.
Wij zien de invulling van deze rollen als een deel van de verklaring voor het niet bereiken van de doelen in 2014-2019.

5.1 Rol minister bij het programma

De minister is de opdrachtgever van het programma Zinnige Zorg. Hij moet zicht hebben op de resultaten van het programma. Uit ons onderzoek blijkt dat het Zorginstituut zelf de voortgang van het programma monitort en dat het programma onderdeel is van periodieke ambtelijke overleggen tussen medewerkers van het Zorginstituut en het Ministerie van VWS. Wij constateren dat de minister zich bij het versturen van de afgeronde verbetersignalementen van het Zorginstituut aan het parlement tot dusverre niet inhoudelijk heeft uitgesproken over de resultaten van het programma.

De minister heeft de wettelijke bevoegdheid om de samenstelling van het basispakket Zvw te wijzigen, maar hij heeft slechts beperkte mogelijkheden om gepast gebruik van zorg in de praktijk af te dwingen (Inspectie der Rijksfinanciën, 2020). Wel ziet hij hier een meer ondersteunende rol voor zichzelf weggelegd in bijvoorbeeld het aanspreken van partijen op hun verantwoordelijkheden, het opzetten van programma's en het zorgen voor samenhang tussen activiteiten (VWS, 2015b; VWS, 2018b; VWS, 2019b). Wij vinden het belangrijk dat de minister hierbij leert en gebruik maakt van opgedane ervaringen met het bevorderen van gepast gebruik van zorg.

5.1.1 Geen druk voor uitgavenbeheersing met Zinnige Zorg

De minister ziet kostenbesparing als een doel van het programma. Maar de opdracht om met het programma een structurele besparing van € 225 miljoen per jaar te realiseren heeft de minister al vrij snel na de start ervan in 2015 losgelaten (VWS, 2016). Hoewel de Tweede Kamer hierover is geïnformeerd (VWS, 2016), blijkt volgens ons uit de informatievoorziening aan het parlement niet duidelijk wat de gevolgen zijn voor de ambities van het programma. Met het loslaten van de besparing haalde de minister namelijk de druk op de partijen weg om daadwerkelijk kosten te besparen met behulp van de verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg.

Het besluit van de minister van VWS om de opgelegde besparing los te laten, was het gevolg van bezwaren van ondertekenaars van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (HLA MSZ) 2014-2017 tegen de overlap tussen de besparingsopdracht die zij moesten vervullen voor het bereiken van de financiële afspraken van het HLA MSZ en de besparing voor Zinnige Zorg. Bovendien overlapten de verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg met de inhoudelijke afspraken in de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (K&D-agenda) die moesten bijdragen aan het realiseren van de financiële afspraken van het HLA MSZ-akkoord (Algemene Rekenkamer, 2016). De minister constateerde dat hierdoor competitie ontstond over wie de eventuele besparingen mocht claimen voor zijn besparingsopdracht: het Zorginstituut of de HLA-partijen. Dit leidde tot weerstand onder de veldpartijen in de medisch-specialistische zorg. De minister besloot de financiële besparing die het programma moest opleveren los te laten en in plaats daarvan de uitgavenkaders te verlagen.[13]

Op dit moment verwacht de minister voor MZS dat veldpartijen de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg gaan gebruiken voor het bereiken van de afgesproken beheerste financiële groei in het nieuw afgesloten Hoofdlijnenakkoord MSZ voor de periode 2019-2022. Hiervoor hebben de HLA-partijen in 2019 het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) opgericht (zie § 5.1.2) en een Versnellingsagenda opgesteld. 3 van de 4 onderwerpen op deze agenda zijn overgenomen van het programma Zinnige Zorg.[14] Een onderzoeksbureau heeft voor het opstellen van de Versnellingsagenda de voortgang van verbeterpunten beoordeeld en voor ieder onderwerp de stappen benoemd die partijen kunnen zetten om op de korte termijn voortgang te boeken met gepaste zorg (SiRM, 2019b; VWS, 2018).

Gezien de beperkte uitvoering van de verbeterpunten tot dusverre is het niet aannemelijk dat uitkomsten van Zinnige Zorg al hebben bijgedragen aan het realiseren van de financiële afspraken. Bovendien is de bijdrage van Zinnige Zorg aan de financiële resultaten straks moeilijk vast te stellen omdat onduidelijk is welk aandeel de rapporten van Zinnige Zorg hierin (kunnen) hebben. In ons rapport *Zorgakkoorden* (Algemene Rekenkamer, 2016) trokken we destijds de conclusie dat de inhoudelijke afspraken geen wezenlijke bijdrage hebben gehad aan het bereiken van de financiële resultaten van de eerste generatie zorgakkoorden. En zelfs als de door ons berekende maximale besparing van € 82 miljoen wordt behaald met het programma Zinnige Zorg, is dit maar een zeer geringe bijdrage aan het beheersen van de totale zorguitgaven die anno 2020 al zo'n € 80 miljard bedragen.

5.1.2 Moeizame verhouding tussen initiatieven

Zoals wij aangaven in het vorige hoofdstuk, zijn er veel initiatieven op het gebied van gepaste zorg. Wij zien met name sterke gelijkenissen tussen het programma Zinnige Zorg en de initiatieven die voortkomen uit de Hoofdlijnenakkoorden MSZ: de K&D-agenda

(HLA MSZ 2014-2017), de Versnellingsagenda en het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) (beide HLA MSZ 2019-2022).

Het naast elkaar bestaan van deze initiatieven heeft geleid tot verwarring onder de aangesloten partijen en vertraging van de lopende activiteiten. Eerder noemden wij al de frictie die ontstond tussen Zinnige Zorg en de K&D-agenda. Daarnaast hebben wij geconstateerd dat het Zorginstituut de activiteiten rondom het Zinnige Zorg-traject 'Pijn op de borst' enige tijd stil heeft gelegd om de Versnellingsagenda de ruimte te geven. Tot slot blijkt uit ons onderzoek dat vlak voor het openbaar maken van de aanpak van het nieuwe programma ZE&GG de partijen nog niet op één lijn zaten over de opzet van dit nieuwe initiatief.

Wij vinden een dergelijke moeizame samenwerking tussen initiatieven opvallend gezien het feit dat alle 3 deze initiatieven (mede) geïnitieerd zijn door de minister voor MZS. De minister heeft hierbij niet duidelijk gemaakt wat geleerde lessen zijn uit eerdere initiatieven om gepast gebruik van zorg te bevorderen en hoe deze worden meegenomen in het nieuwe programma ZE&GG.

Onduidelijk hoe ZE&GG belemmeringen Zinnige Zorg wegneemt
Het Zorginstituut heeft een regierol in het programma ZE&GG en levert de voorzitter. Deze voorzitter, destijds nog de kwartiermaker, beschrijft de ambitie van ZE&GG als volgt: "Zorgevaluatie is over 5 jaar integraal onderdeel van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd, bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd en de patiënt daardoor de beste bewezen zorg krijgt" (Zorginstituut Nederland, 2019b).
De bedoeling is dat ZE&GG alle initiatieven voor gepaste zorg bundelt. De vertaling van de verbetersignalementen van Zinnige Zorg naar de zorgpraktijk vallen hier ook onder (VWS, 2019a). Tegelijkertijd moeten wij vaststellen dat er nog geen uitgewerkte visie is over hoe ZE&GG deze ambitie gaat waarmaken. Wij zien 2 redenen waarom een dergelijke visie wel belangrijk is.

Ten eerste lijkt het programma ZE&GG in opzet zeer sterk op hoe Zinnige Zorg bij oprichting werd beschreven. Beide programma's hebben eenzelfde doel, namelijk het verhogen van de kwaliteit en het terugdringen van zorgkosten. Beide programma's willen dat doen door het op een structurele manier evalueren van geleverde zorg en het gebruiken van de resultaten van deze evaluaties voor het bevorderen van gepaste zorg. Beide programma's geven een lijst met veel verbeteringen voor gepaste zorg. Zo heeft ook ZE&GG een implementatieagenda opgesteld met meer dan 100 onderwerpen. En beide programma's zijn voor de uitvoering afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van veldpartijen om de vastgestelde verbeterpunten daadwerkelijk in de praktijk te brengen.

Ten tweede zitten binnen ZE&GG dezelfde koepelorganisaties aan tafel als bij Zinnige Zorg.[15] Wij constateren dat verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg regelmatig weinig draagvlak hadden (zie hoofdstuk 4). De minister voor MZS en de voorzitter van ZE&GG verwachten dat het draagvlak voor de invoering van inzichten van gepaste zorg zal toenemen doordat de veldpartijen mede-eigenaar zijn van ZE&GG. Wij vragen ons af of dit voor hen voldoende reden is om hun inhoudelijke kritiek op de verbeterpunten van Zinnige Zorg opzij te zetten. Het is ons niet duidelijk waarom ZE&GG beter in staat zal zijn de transitie van koepelorganisatie naar werkvloer te bewerkstelligen dan Zinnige Zorg.

Tot slot doet ZE&GG, net als Zinnige Zorg, vooralsnog geen harde uitspraken over welke meetbare resultaten wanneer verwacht mogen worden.

5.1.3 Uitkomsten Zinnige Zorg vinden niet hun weg naar het toezicht

Bij gepaste zorg hebben ook de toezichthouders zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een rol. Zo moet de NZa controleren of er geen onverzekerde zorg ten laste wordt gebracht van de basisverzekering. Daarnaast maakt de NZa veranderingen in verzekerde zorg, bijvoorbeeld na een standpunt of pakketmaatregel, zichtbaar in het declaratiesysteem. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en met name de patiëntveiligheid. Onnodige behandelingen kunnen gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid.

Het Zorginstituut verwacht dat de IGJ en de NZa de implementatie van verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg kunnen bevorderen (Zorginstituut Nederland, 2017b). In dit onderzoek hebben wij de taakuitvoering van de IGJ en NZa niet beoordeeld. Wel constateren wij dat de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg geen rol spelen bij het huidige risicogestuurde toezicht van de IGJ en de NZa. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat het Zorginstituut met het programma Zinnige Zorg geen formele uitspraken doet over verzekerde zorg en bij de meeste verbeterpunten van Zinnige Zorg de patiëntveiligheid niet direct in het geding is.

De verbeterpunten voor gepaste zorg uit het programma Zinnige Zorg moeten uiteindelijk doorwerken in de bekostiging en in richtlijnen. We vinden het van belang dat de minister overlegt met het Zorginstituut, de NZa en de IGJ over wat er nodig is voor een sluitende toezicht- en controleketen van gepaste zorg en hoe elk daar vanuit zijn eigen rol aan kan bijdragen.

5.2 Rol Zorginstituut als pakketbeheerder

De wetgever heeft het Zorginstituut aangewezen als de pakketbeheerder, met wettelijk vastgelegde taken en bevoegdheden. Met het programma Zinnige Zorg hanteert het

Zorginstituut een wijze van pakketbeheer waarbij het de nadruk legt op de goede naleving van het bestaande basispakket door zorgverleners en zorgverzekeraars. Uit ons onderzoek blijkt dat het Zorginstituut de vinger aan de pols houdt bij veldpartijen over de uitvoering van de verbeterpunten en hiervoor monitorbijeenkomsten organiseert. We zien echter dat de veldpartijen nog weinig verbeterpunten hebben opgepakt. De volgende vraag is of het Zorginstituut gebruik maakt van zijn wettelijke bevoegdheden als veldpartijen de gemaakte afspraken niet nakomen.

5.2.1 Zorginstituut stelt zich bewust terughoudend op

Het Zorginstituut ziet dat de veranderingen langzaam gaan en dat veldpartijen de afspraken niet altijd nakomen. De verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg ziet het Zorginstituut als afspraken tussen de partijen onderling en niet tussen het Zorginstituut en de veldpartijen. Om te voorkomen dat het de verantwoordelijkheid voor de uitvoering te veel naar zich toe haalt, stelt het Zorginstituut zich terughoudend op bij het direct aanspreken van partijen.

Uit ons onderzoek wordt niet duidelijk wat het Zorginstituut doet als de uitvoering van de verbeterpunten achter blijft. Met de inzet van de wettelijke bevoegdheden om niet-gepast gebruik van zorg tegen te gaan, is het instituut bewust terughoudend. Daarbij is ook de bijdrage van de commissies Adviescommissie Pakket, de Kwaliteitsraad en de Wetenschappelijke Adviesraad bij het programma Zinnige Zorg beperkt gebleven. Het gevolg van een pakketmaatregel of standpunt kan zijn dat groepen patiënten geen vergoeding meer krijgen uit het basispakket, terwijl het voor een individuele patiënt misschien wel gepaste zorg is. Daarnaast leidt het niet meer vergoeden van zorg uit het basispakket vaak tot grote maatschappelijke en zelfs politieke ophef (zie tekstkader).

Standpunt over hooggebergtebehandeling bij astma

Eind 2019 was er een flinke discussie in de Tweede Kamer toen het Zorginstituut een negatief standpunt uitbracht waarin het concludeerde dat astmabehandelingen in het hooggebergte van Davos niet langer vergoed mogen worden omdat er onvoldoende bewijs is dat dit beter werkt dan eenzelfde behandeling voor astmapatiënten op zeeniveau (Zorginstituut Nederland, 2019c). Jaarlijks krijgen ongeveer 80 mensen met ernstige astma deze behandeling. Sinds 2014 wordt de hooggebergtebehandeling bij de meeste mensen met astma al niet meer vergoed uit het basispakket.

Wij stellen vraagtekens bij de terughoudendheid van het Zorginstituut. Met het programma geeft het Zorginstituut een invulling aan een wettelijke taak als pakketbeheerder. Dit betekent dat er grenzen zijn aan de vrijheid die de veldpartijen hebben om verbeteringen voor gepaste zorg niet op te volgen.

Dat het Zorginstituut aangeeft terughoudend te zijn met het inzetten van bevoegdheden, betekent niet dat dit nooit gebeurt. Wij zien dat het Zorginstituut op onderwerpen van het programma Zinnige Zorg 3 maal zijn bevoegdheden heeft gebruikt en daarmee heeft gestuurd op gepaste zorg. Hierbij ging het 2 keer om adviezen over uitbreiding van vergoedingen uit het basispakket.[16] Dit vergroot de mogelijkheden van gepaste zorg in de vorm van *stepped care* in de zorg bij artrose en bij de zorg voor de aandoening 'etalagebenen' (zie § 3.1.2).

De 3e keer dat het Zorginstituut zijn bevoegdheden inzette, kwam direct voort uit het programma Zinnige Zorg. Het Zorginstituut plaatste toen 3 richtlijnen op de Meerjarenagenda. Het Zorginstituut besloot hiertoe omdat de noodzakelijke aanpassing van 3 richtlijnen in het traject 'Artrose bij knie en heup' te langzaam ging en het Zorginstituut het belang ervan wilde onderstrepen (Zorginstituut Nederland, 2016b). Door de richtlijnen op de Meerjarenagenda te plaatsen kreeg het Zorginstituut ook zicht op inhoud en proces. Bij 1 van de 3 richtlijnen heeft het Zorginstituut in een geschil kunnen bemiddelen tussen partijen. Hiermee heeft het Zorginstituut ook actief bijgedragen aan de uitvoering van de verbeterpunten.

Overigens kent de inzet van deze bevoegdheid wel een belangrijke beperking. Het Zorginstituut kan niet afdwingen dat de verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg op de juiste manier worden verwerkt in de richtlijnen. Als de 3 partijen – zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars – overeenstemming hebben over de inhoud van een richtlijn, mag het Zorginstituut alleen een procedurele toets uitvoeren. Hierdoor kon het gebeuren dat het Zorginstituut zag dat in de conceptrichtlijn voor de behandeling van knie- en heupartrose de verbeterpunten uit het Zinnige Zorg-traject onvoldoende naar voren kwamen en vervolgens niets kon doen.[17] Het Zorginstituut heeft de veldpartijen aangeboden om hier het gesprek over te openen, maar zij hadden daar volgens de betrokken medewerkers van het Zorginstituut geen behoefte aan. Hierdoor sluit de nieuwe richtlijn niet aan bij de verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg.
Hierbij merken wij op dat de Tweede Kamer begin 2020 de motie-Van der Staaij/Slootweg heeft aangenomen om het Zorginstituut de doelmatigheid van zorg in kwaliteitsstandaarden ook inhoudelijk te laten beoordelen en de minister daarover te adviseren (Tweede Kamer, 2020).[18]

Zoals de eerdere voorbeelden laten zien, kan het Zorginstituut op een genuanceerde manier zijn bevoegdheden inzetten door rekening te houden met patiëntengroepen met verschillende indicaties. Hiermee kan het gepast gebruik van verzekerde zorg verder bevorderen. Het is aan het Zorginstituut om te beoordelen welke maatvoering op zijn plaats is. Zo moet de inzet van bevoegdheden in verhouding staan tot de beoogde verandering.

5.2.2 Meerwaarde Zinnige Zorg als overheidsinitiatief kan duidelijker

In het voorgaande hoofdstuk gaven we aan dat er in het veld veel initiatieven zijn om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Deze initiatieven volgen een vergelijkbare aanpak als het programma Zinnige Zorg: op basis van onderzoek worden mogelijkheden voor meer gepaste zorg geïdentificeerd en het is vervolgens aan de veldpartijen om deze kennis te vertalen naar de praktijk. In de vertaling van kennis naar daadwerkelijke veranderingen in de huisartsenpraktijk en op de ziekenhuisvloer ligt een belangrijk knelpunt.

Uit ons onderzoek blijkt dat het programma Zinnige Zorg zich in de praktijk nauwelijks van deze initiatieven onderscheidt. Dit vinden wij opvallend, omdat het Zorginstituut een overheidspartij is met wettelijke taken en bijbehorende bevoegdheden. Van deze positie in het zorgstelsel kan het Zorginstituut volgens ons meer gebruik maken.

In het programma kan het Zorginstituut toegevoegde waarde tonen door actiever onderwerpen en verbeterpunten te agenderen waarvan verwacht mag worden dat daarmee veel onnodige zorgkosten bespaard kunnen worden. Het Zorginstituut kan zich juist onderscheiden door zich te richten op die veranderingen die nodig zijn om gepast gebruik van zorg te vergroten en waar de belangen tussen de veldpartijen minder vanzelfsprekend op één lijn liggen. Bijvoorbeeld veranderingen die grote financiële gevolgen hebben voor partijen. Bij de keuze voor onderwerpen en verbeterpunten constateren we dat binnen het programma de aandacht steeds meer is komen te liggen op het verbeteren van kwaliteit en minder op kostenbesparing. De potentiële besparingen van verbeterpunten zijn doorgaans klein en het verbetersignalement COPD heeft – zoals genoemd in § 3.2.1 – zelfs een negatieve verwachte budgetimpact (Zorginstituut Nederland, 2019e).

Bij het bevorderen van de uitvoering van de verbeterpunten kan het Zorginstituut meerwaarde hebben door de inzet van zijn bevoegdheden te overwegen. Het Zorginstituut stelt dat de inzet van bevoegdheden binnen het programma nog steeds als optie op tafel ligt. Dit zien we nu niet terug in de opzet en uitvoering van het programma tot dusverre. Wij vinden het wenselijk dat het Zorginstituut in de afspraken van Zinnige Zorg duidelijke ambities afspreekt met partijen over de te behalen resultaten en welke middelen het Zorginstituut gaat inzetten als deze resultaten niet op tijd behaald worden. Wij missen echter van het Zorginstituut een strategie om te bepalen of en wanneer de inzet van bevoegdheden nodig is als veldpartijen de verbeterpunten niet uitvoeren.

6 Conclusies en aanbevelingen

Met het programma Zinnige Zorg beoogt het Zorginstituut het gepast gebruik van verzekerde zorg te stimuleren en zo de doelmatigheid van het collectief gefinancierde basispakket te vergroten. Bij de aankondiging van het programma in 2013 sprak de minister van VWS de ambitie uit dat het programma vanaf 2017 € 225 miljoen per jaar aan besparingen op zou leveren. Voor het kabinet-Rutte II was dit programma één van de speerpunten om de stijgende zorguitgaven te beteugelen.

6.2 Conclusies

Wij komen tot de conclusie dat het programma Zinnige Zorg in de periode 2014-2019 de verwachtingen niet heeft waargemaakt. We zien dat het programma in deze periode niet tot een dusdanige toename van gepast gebruik van zorg heeft geleid dat hiermee betekenisvolle financiële besparingen gerealiseerd zijn.

Het bereiken van meer gepaste zorg in de zorgpraktijk is afhankelijk van veel verschillende partijen die elk vanuit hun rol in het zorgstelsel hierin een eigen verantwoordelijkheid hebben. Het achterblijven van resultaten van het programma Zinnige Zorg is daarmee ook niet toe te schrijven aan één specifieke partij. Het is aan de minister om partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheden.
In dit onderzoek hebben wij ons gericht op de rol van de minister van VWS of de minister voor MZS en het Zorginstituut bij het programma Zinnige Zorg. Wij hebben niet de rol van veldpartijen beoordeeld. Wel spraken we met veldpartijen over hun ervaringen met het proces en de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg.

Programma Zinnige Zorg is weinig doorgedrongen tot zorgpraktijk
Het programma Zinnige Zorg heeft in de periode 2014-2019 nauwelijks geleid tot vermindering van niet-gepast gebruik van verzekerde zorg. Er zijn namelijk nog weinig verbeterpunten van het programma doorgedrongen tot de zorgpraktijk. We beseffen dat het uitvoeren van de verbeterpunten in de zorgpraktijk tijd kost. Maar dat had ook tot uitdrukking kunnen komen in de gewekte verwachtingen en geformuleerde doelstellingen. Tegelijkertijd zien we dat het draagvlak voor de verbeterpunten bij de koepelorganisaties regelmatig ontbreekt. Daarnaast kunnen vooral de zorgverzekeraars, die moeten beoordelen of een behandeling aan de wettelijke eisen voldoet, de uitkomsten van het programma niet zonder meer toepassen in de praktijk.

Programma Zinnige Zorg heeft niet bijgedragen aan beheersen zorguitgaven
Doordat verbeterpunten van het programma Zinnige Zorg nog nauwelijks zijn doorgedrongen tot de praktijk, heeft het in de periode 2014-2019 ook niet bijgedragen aan het

beheersen van de zorguitgaven. Bovendien zijn de berekende potentiële besparingen vooraf te hoog ingeschat en ook voor de toekomst niet realistisch. Ook als de door ons geschatte maximale besparing van € 82 miljoen per jaar wordt behaald, blijft de bijdrage van het huidige programma aan uitgavenbeheersing gering. Als het gaat om uitgavenbeheersing, dan is het programma Zinnige Zorg in zijn huidige vorm dan ook geen geschikt instrument. De discussie over de mogelijkheden om zorguitgaven te beheersen blijft een belangrijk vraagstuk op de politieke agenda.

Minister had meer kunnen doen om het programma Zinnige Zorg te ondersteunen
Een jaar na de start van het programma heeft de minister van VWS de opgelegde financiële besparing van € 225 miljoen die met het programma gerealiseerd moest worden, losgelaten en in plaats daarvan de uitgavenkaders verlaagd. Hiermee heeft de minister de druk weggenomen voor partijen om de verbeterpunten uit het programma te gebruiken om kosten te besparen.

De minister verwacht nu dat het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) uit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (HLA MSZ) 2019-2022 een extra stimulans zal geven aan gepast gebruik van zorg en daarmee het bereiken van de financiële afspraken uit het HLA MSZ. De uitvoering van de verbeterpunten van Zinnige Zorg zijn ondergebracht in dit programma ZE&GG. ZE&GG is het meest recente initiatief in een rij van vele initiatieven om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Maar de minister heeft niet duidelijk gemaakt wat geleerde lessen zijn uit de eerdere initiatieven om gepast gebruik van zorg te bevorderen en hoe deze worden meegenomen in het nieuwe programma ZE&GG. Daarmee blijft het onduidelijk hoe binnen ZE&GG de uitvoeringsproblemen bij gepast gebruik van zorg worden opgelost.

Wij constateren dat de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg hun weg nog niet hebben gevonden naar het risicogestuurde toezicht van de IGJ en de NZa. We vinden het van belang dat de minister met deze partijen overlegt hoe ieder vanuit zijn eigen rol bij kan dragen aan een sluitende toezicht- en controleketen van gepaste zorg.

Zorginstituut had meer gebruik kunnen maken van zijn positie
Wij vinden het vanzelfsprekend dat veldpartijen hun rol bij gepaste zorg vervullen. Zij hebben hierin hun eigen verantwoordelijk te nemen. Toch zien we dat dit bij het uitvoeren van verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg niet altijd vanzelf gaat.

In ons rapport *Basispakket zorgverzekering* (2015) waarschuwden wij het Zorginstituut voor een te grote vrijblijvendheid bij veldpartijen om opvolging te geven aan de verbeterpunten. Wij benadrukten dat het Zorginstituut niet terughoudend moet zijn met de inzet van

bevoegdheden als partijen hun rol bij het bevorderen van gepast gebruik niet zouden pakken. Dit hoort bij de rol van pakketbeheerder die de wetgever aan het Zorginstituut heeft gegeven.
Het Zorginstituut gaf destijds aan dat het zijn wettelijke bevoegdheden zeker zal inzetten als dat nodig en effectief is. Hierbij merkte het Zorginstituut op dat het uitgangspunt blijft dat de primaire verantwoordelijkheden liggen bij de partijen in de zorg. We zien dat het Zorginstituut bij de uitvoering van het programma Zinnige Zorg vanwege dit uitgangspunt nog steeds bewust terughoudend is om zijn bevoegdheden in te zetten.

Hoewel de wetgever de verantwoordelijkheid voor gepast gebruik van zorg bij de veldpartijen heeft neergelegd, zijn wij van oordeel dat het Zorginstituut meer gebruik had kunnen maken van zijn positie in het zorgstelsel. Zo zien we dat het Zorginstituut met het programma aanwijzingen heeft gevonden voor niet-gepaste zorg, maar vervolgens deze inzichten niet heeft gebruikt om duidelijk te maken wat dit betekent voor (veranderingen in) de verzekerde zorg. Daarmee heeft het programma niet bijgedragen aan de invulling van pakketbeheer in de zin van het verder afbakenen of verduidelijken van te vergoeden behandelingen in het basispakket.

Wij realiseren ons dat de inzet van bevoegdheden niet alle problemen rond gepast gebruik van zorg zal wegnemen. Maar het is een gemis dat het Zorginstituut geen strategie heeft die aangeeft of en wanneer het zijn bevoegdheden zal inzetten als partijen de verbeterpunten niet uitvoeren. Hiermee kan het Zorginstituut tevoren duidelijk maken dat er een grens is aan de ruimte die partijen hebben om de verbeterpunten al dan niet op te volgen.

6.2 Aanbevelingen

Ondanks de kanttekeningen die wij bij het programma Zinnige Zorg zetten, vinden we het belangrijk dat het Zorginstituut bijdraagt aan het vergroten van gepast gebruik van zorg in het basispakket. Volwassenen zijn wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten en mogen daarom verwachten dat de door hen betaalde premiegelden niet worden gebruikt voor niet-effectieve of niet noodzakelijke zorg.

Als de minister voor MZS en het Zorginstituut nog steeds de ambitie hebben om niet-gepast gebruik van zorg te verminderen en daarmee bij te dragen aan de beheersing van de zorguitgaven, dan betwijfelen wij of het programma Zinnige Zorg hiervoor geschikt is. Gezien de huidige voortgang en resultaten zien wij stoppen met het programma als een optie. De minister voor MZS en het Zorginstituut zullen de huidige invulling van het programma Zinnige Zorg in ieder geval fundamenteel moeten heroverwegen. Wij geven aan hen de volgende aanknopingspunten waarmee zij doeltreffender kunnen bijdragen aan het bevorderen van gepast gebruik van zorg.

Aan het Zorginstituut:

- Breng focus aan in het programma Zinnige Zorg. Kies bij de agendering van onderwerpen voor die vormen van zorg waarover zorgverleners het in grote lijnen met elkaar eens zijn dat er sprake is van niet-gepaste zorg. Het Zorginstituut kan zich daarnaast richten op een beperkt aantal verbeterpunten die veldpartijen niet zelf oppakken en die een grote financiële impact hebben.
- Benoem het gewenste resultaat dat in de praktijk zichtbaar moet worden en maak dit concreet (wat? wanneer?). Maak dit bekend en zichtbaarder onder een breder publiek dan de betrokken (koepel)organisaties. Door het gewenste resultaat concreet te benoemen krijgen partijen duidelijkheid over wat er nodig is en wat de voortgang is.
- Maak vooraf duidelijk welke wettelijke bevoegdheden het Zorginstituut op welk moment gaat inzetten wanneer veldpartijen de afspraken niet nakomen of de resultaten achterblijven. De eventuele inzet van bevoegdheden moet in verhouding staan tot het belang van de beoogde verandering. Wij zien hierbij ook een rol weggelegd voor de Wetenschappelijke Adviesraad, de Adviescommissie Pakket en de Kwaliteitsraad om daar verder uitwerking aan te geven.

In aanvulling daarop, maak waar nodig helder welke status een verbeterpunt heeft zodat voor zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten duidelijk is welke gevolgen een verbeterpunt heeft voor verzekerde zorg. Kijk daarbij of een standpunt het juiste middel is. Wellicht is het omzetten van een verbeterpunt naar een standpunt een relatief snelle mogelijkheid op basis van het voorwerk uit de Zinnige Zorg-trajecten.

Maak waar mogelijk gebruik van de aanpassing van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg om als Zorginstituut ook bij kwaliteitsstandaarden een advies te geven aan de minister over de verhouding tussen kwaliteit en doelmatigheid. Dit geeft meer mogelijkheden aan het Zorginstituut om de inhoud van bijvoorbeeld een richtlijn te beïnvloeden.

Aan de minister voor MZS:

- Maak concreet wat van het Zorginstituut wordt verwacht bij het stimuleren van gepaste zorg en het tegengaan van niet-gepaste zorg in de praktijk. Leer van opgedane ervaringen en stel evaluatiemomenten in voor de programma's Zinnige Zorg en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.
- Zorg voor een sluitende toezicht- en controleketen van gepaste zorg met het Zorginstituut, de NZa en de IGJ. Bijvoorbeeld door af te spreken met de 3 partijen hoe zij de naleving van uitkomsten van het programma Zinnige Zorg kunnen bevorderen of toezicht kunnen houden op de naleving van afspraken over gepaste zorg.

7 Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer

Op 28 september 2020 ontvingen wij van zowel de minister voor Medische Zorg en Sport als van de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut een uitgebreide reactie op ons onderzoek. In dit hoofdstuk geven we deze reacties samengevat weer in § 7.1 en 7.2. Ons nawoord is opgenomen in § 7.3. De volledige brieven met reacties van de minister en het Zorginstituut zijn te vinden op onze website (www.rekenkamer.nl).

7.1 Reactie minister voor Medische Zorg en Sport

De minister voor MZS onderschrijft onze observaties op onderdelen en kan zich ten dele vinden in onze conclusies.

Onze conclusie dat het programma niet is doorgedrongen tot de zorgpraktijk, deelt de minister ten dele. De minister vindt dat het programma Zinnige Zorg een belangrijke rol heeft gespeeld bij het toegenomen bewustzijn over het belang van gepast gebruik. Ook stelt de minister dat het programma Zinnige Zorg vele nieuwe inzichten heeft opgeleverd over de vraag onder welke voorwaarden en voor welke patiëntengroepen een behandeling vergoed zou moeten worden. De minister geeft aan dat implementatie van deze inzichten over welke zorg, wanneer en op welke plek geleverd moet worden een traject is van de lange adem.

De minister deelt onze conclusie dat concrete stappen op basis van verbetersignalementen beter hun weg kunnen vinden naar de praktijk. De minister spreekt de verwachting uit dat dit zal gebeuren nu er met alle relevante partijen afspraken zijn gemaakt binnen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Immers, binnen ZE&GG hebben partijen zich gecommitteerd aan gepast gebruik en werkt men samen hieraan. De minister wijst op de implementatie-agenda van het programma ZE&GG, waarop ook Zinnige Zorg-trajecten zijn opgenomen.

De minister is het met ons eens dat het belangrijk is om binnen het programma Zinnige Zorg die onderwerpen te agenderen die er (financieel) toe doen. Dat het programma in zijn huidige vorm niet geschikt is om bij te dragen aan het doel om de zorgkosten houdbaar te houden, deelt de minister niet. Immers de kennis die binnen Zinnige Zorg-trajecten wordt ontwikkeld, kan wel degelijk effect hebben op de zorgpraktijk. Ook hier verwijst de minister naar de brede budgetafspraken die zijn gemaakt bij deze en vorige hoofdlijnenakkoorden en de afspraken binnen ZE&GG. Dit programma levert inbreng voor het bereiken van de afgesproken besparingen.

De minister deelt onze conclusie dat zij als opdrachtgever richting het Zorginstituut meer had kunnen doen en het programma meer had kunnen steunen. Zij is het niet met ons eens dat zij niet duidelijk is geweest over de verwachtingen voor het programma. Hoewel de financiële besparingsambitie van € 225 miljoen euro is losgelaten vindt de minister dat zij altijd duidelijk is geweest over de doelen van het programma Zinnige Zorg: een stap in de richting naar een effectievere wijze van pakketbeheer.

In de reactie beschrijft de minister dat recente rapporten er op wijzen dat in ons zorgstelsel bepaalde randvoorwaarden voor gepast gebruik nog niet voldoende op orde zijn. Meerdere systeemprikkels belemmeren een goede regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers gericht op een effectief basispakket en meer gepast gebruik van zorg. Ook de randvoorwaarden voor gepast gebruik moeten versterkt worden, bijvoorbeeld het tegengaan van productieprikkels en opvuleffecten en het nog steviger inzetten op evaluatieonderzoek. Dit was voor de minister aanleiding om de NZa en het Zorginstituut om een advies te vragen over de randvoorwaarden om gepast gebruik te bevorderen. Ook is de minister voornemens de IGJ om een advies te vragen over dit onderwerp. De minister geeft aan onze aanbeveling voortvarend op te pakken om te kijken naar de rollen van overheidspartijen en hoe die bij gepast gebruik beter vervuld kunnen worden.
Later dit najaar zal de minister de Tweede Kamer informeren over haar visie op gepast gebruik.

De minister neemt onze aanbeveling ter harte om concreet te maken wat er van het Zorginstituut verwacht wordt in het bevorderen van gepast gebruik. In de komende maanden zal de minister samen met het Zorginstituut en veldpartijen verkennen op welke wijze het programma verder kan worden aangescherpt. Overigens zonder uit het oog te verliezen dat de overheid kritisch moeten zijn over welke rol ze wel en niet pakt, aldus de minister.

7.2 Reactie Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut deelt onze observatie dat de veranderingen in de praktijk langzaam tot stand komen. Het is volgens het Zorginstituut gelukt om zinnige zorg te agenderen, maar het daadwerkelijk terugdringen van niet-effectieve zorg blijkt in de praktijk een stuk lastiger. Terugkijkend op de start van het programma Zinnige Zorg constateert het Zorginstituut dat het zijn taken en bevoegdheden meer strategisch had kunnen inzetten om de veranderingen in de praktijk te bespoedigen.

Het Zorginstituut vindt het tijd om flankerend beleid in te richten. De kern van de nieuwe aanpak is dat het Zorginstituut de onderwerpen voor het programma Zinnige Zorg vanuit publiek perspectief gaat agenderen en de uitkomsten ervan vertalen naar pakketuitspraken.

Hierbij blijft het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor toegankelijke zorg van goede kwaliteit tegen een redelijke prijs primair bij het veld ligt.

Het Zorginstituut benadrukt dat het voor het bewaken van de publieke belangen en voor het effect van zijn werk belangrijk is om de context te kennen waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun werk doen. Hetzelfde geldt voor inhoudelijke kennis van zorg. Deze kennis en inzichten ontwikkelt het Zorginstituut samen met het veld, maar het weegt zelf de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op onafhankelijke wijze af. De combinatie van taken inclusief de mogelijkheid om pakketmaatregelen te nemen biedt handvatten om de publieke belangen te bewaken. Het Zorginstituut zal interveniëren waar dat vanuit zijn rol noodzakelijk is, te weten daar waar het grote risico's ziet, zowel inhoudelijk als financieel.

Het Zorginstituut vindt dat wij ten onrechte de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022 over het implementeren van de verbetersignalementen niet als resultaat van het programma Zinnige Zorg hebben meegenomen. Ook meent het Zorginstituut dat wij in ons rapport te snel oordelen over de te verwachten opbrengst van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

Het Zorginstituut geeft aan dat het is gestart met de projectmatige 'Doorontwikkeling Methodiek Zinnige Zorg' en dat ons rapport heeft gezorgd voor een versnelling daarvan. In het eerste kwartaal van 2021 zullen de eerste aanbevelingen uit dit project gereed zijn. Het Zorginstituut geeft voorbeelden van beoogde veranderingen.
Zo zal het programma zich gaan richten op de voorwaarden die gelden voor verzekerde zorg. Het Zorginstituut zal in onderzoek de nadruk leggen op de stand van de wetenschap en praktijk. Uit dit onderzoek volgen uitspraken over de samenstelling van het verzekerde pakket, eventueel onder voorwaarden. Een ander voorbeeld is dat het Zorginstituut de implementatie van de pakketuitspraken gaat monitoren.
Ook zal het Zorginstituut de drie adviescommissies van het Zorginstituut een rol geven binnen het programma. Tot slot zal het Zorginstituut de Zinnige Zorgmethodiek verder ontwikkelen voor toepassing in de langdurige zorg.

7.3 Nawoord

Wij constateren dat de minister voor MZS en het Zorginstituut onze observaties en conclusies grotendeels onderschrijven.

Onze aanbeveling luidde om te stoppen met het programma Zinnige Zorg of, als de minister besluit het programma voort te zetten, te kiezen voor een fundamenteel andere

aanpak. Uit de reactie van de minister maken wij op dat zij niet kiest voor een fundamenteel andere aanpak.
De minister geeft aan het programma in zijn huidige vorm geschikt te vinden om bij te dragen aan het houdbaar houden van de zorgkosten en zegt toe aanscherping van het programma te gaan verkennen. Ook verwacht de minister dat de uitkomsten van het programma Zinnige Zorg de weg naar de praktijk gaan vinden met het programma Zorg-evaluatie en Gepast Gebruik. Zoals de minister in haar reactie terecht opmerkt zijn er prikkels in het zorgstelsel die gepast gebruik belemmeren. Wij hebben tot dusverre niet gezien of en hoe de partijen binnen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik deze belemmeringen wegnemen, waardoor wij niet verwachten dat de verbeterpunten voor gepast gebruik van zorg nu wel doorwerken.

Niet-gepaste zorg terugdringen bevordert de kwaliteit van zorg en draagt op den duur bij aan de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel. Hiervoor blijft het belangrijk om steeds kritisch te bepalen welke behandelingen er in het basispakket (blijven) horen en welke niet.

Bijlage 1 Methodologische verantwoording

Wij hebben onderzocht wat het programma Zinnige Zorg van 2014 tot en met 2019 heeft opgeleverd. Hierbij stond de volgende vraag centraal: in hoeverre heeft het programma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland in de periode 2014-2019 bijgedragen aan het gepast gebruik van zorg uit het basispakket en het beheersen van de zorguitgaven?

Wij hebben hiervoor gekeken naar de opzet en uitkomsten (rapportages met verbeterpunten voor gepast gebruik van zorg) van het programma Zinnige Zorg, de door het Zorginstituut berekende potentiële budgetimpact ervan, de uitvoering van de uitkomsten van het programma in de zorgpraktijk, en de rol van het Zorginstituut als pakketbeheerder bij het programma.

Afbakening

In ons onderzoek hebben wij ons gericht op de periode oktober 2013 – toen het Zorginstituut aankondigde te starten met het programma Zinnige Zorg – tot en met december 2019. Onze dataverzameling vond plaats in de periode mei tot en met december 2019. Eventuele resultaten die zijn behaald in 2020 inclusief effecten van de coronacrisis hebben wij dus niet meegenomen in ons onderzoek. Wel hebben wij de gebruikte cijfers zoveel mogelijk geactualiseerd.

Wij hebben ons hoofdzakelijk gericht op (het handelen van) de minister van VWS of de minister voor Medische Zorg en Sport en het Zorginstituut. De Algemene Rekenkamer is bevoegd om onderzoek te doen bij het Zorginstituut en het Ministerie van VWS, maar zeer beperkt bevoegd bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Bij Zinnige Zorg spelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een grote rol; zij moeten uiteindelijk de uitkomsten van het programma uitvoeren in de praktijk. Verschillende veldpartijen werkten aan ons onderzoek mee op basis van vrijwilligheid.

Gehanteerde normen

Onze normen zijn gebaseerd op onze algemene normatiek voor beleidsonderzoek, *Instellingen op afstand*; *Rijk in uitvoering* (Algemene Rekenkamer, 2017), *Basispakket zorgverzekering* (Algemene Rekenkamer, 2015) en *Zorgakkoorden* (Algemene Rekenkamer, 2016). De normen zijn vooral terug te vinden in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.

Normen voor het Zorginstituut:

- De beleidsdoelen van het programma Zinnige Zorg (gepast gebruik van zorg en kostenbesparing) worden gerealiseerd.

- Tot dusverre bereikte kostenbesparingen komen overeen met de beoogde kostenbesparingen, of er is aannemelijk gemaakt waarom dit niet zo is.
- Het Zorginstituut bevordert actief de uitvoering door veldpartijen van de verbeterpunten uit het programma Zinnige Zorg.
  Dit betekent ook:
- Het Zorginstituut maakt indien nodig gebruik van zijn wettelijke bevoegdheden om gepast gebruik van zorg te bevorderen.

Normen voor de minister van VWS of minister voor MZS:
- De minister heeft zicht op of het Zorginstituut met de uitvoering van het programma Zinnige Zorg de beoogde doelen bereikt.
- De inhoudelijke afspraken over de Versnellingsagenda en het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik leveren een wezenlijke bijdrage aan de realisatie van de financiële afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022.
- De minister geeft invulling aan de ondersteunende rol die hij voor zichzelf heeft toebedeeld bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg.
- De minister toont lerend vermogen door bij bijgesteld of nieuw beleid over gepast gebruik van zorg te leren van ervaringen uit het verleden.

Gebruik van ons onderzoek
Ons rapport is bedoeld voor iedere geïnteresseerde in de resultaten van het programma Zinnige Zorg, maar in het bijzonder voor het parlement, de minister van VWS, de minister voor MZS en het Zorginstituut. Met ons onderzoek en onze aanbevelingen beogen we bij te dragen aan manieren om gepast gebruik van verzekerde zorg te bevorderen en uitgaven aan de zorg te beheersen.

Documentenonderzoek en interviews
Wij hebben ruim 100 documenten geanalyseerd en 26 interviews gehouden met 35 verschillende personen. De data uit de documenten en interviews hebben we geanalyseerd met behulp van de kwalitatieve data-analysesoftware Atlas.ti 8.

We hebben zowel openbare als niet-openbare documenten geanalyseerd. De openbare documenten bestaan uit Kamerstukken (Kamerbrieven en verslagen van algemene overleggen) en verbetersignalementen. De niet-openbare documenten zijn verslagen van (bestuurlijke) overleggen tussen het Zorginstituut en het Ministerie van VWS en de partijen van de Hoofdlijnenakkoorden, en interne notities, rapportages en evaluaties door het Zorginstituut en het Ministerie van VWS over de opzet en voortgang van het programma Zinnige Zorg. Voor ons onderzoek hebben wij onder andere gebruik gemaakt van 2 interne evaluaties van het Zorginstituut die zijn uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau.

Wij merken op dat wij de inhoudelijke kwaliteit van deze onderzoeken niet hebben beoordeeld. Daarom hebben wij deze rapporten ook alleen als aanvulling op ons eigen onderzoek gebruikt.

Het merendeel van de interviews vond plaats met personen van het Zorginstituut die betrokken zijn bij het programma Zinnige Zorg, zoals de projectleiders van de verschillende verbetersignalementen. Daarnaast hebben we gesproken met medewerker(s) of vertegenwoordiger(s) van het Ministerie van VWS, de Kwaliteitsraad, de ACP, NZa, IGJ, NVVC, de NHG, ZN, zorgverzekeraars, Harteraad, NVZ en wetenschappers. Van alle gesprekken hebben we gespreksverslagen gemaakt en vastgesteld na afstemming met de geïnterviewden.

Bijlage 2 Overzicht verbeterpunten met budgetimpact

Tabel 2 *Overzicht van de verbeterpunten met een budgetimpact in € (Zorginstituut Nederland, 2014-2019)*

Verbetersignalement	Verbeterpunt	Minderkosten	Meerkosten	Potentiële besparing
Pijn op de borst	Voorkomen van niet-effectieve inzet van hartrevalidatie	119.300.000		119.300.000
Artrose knie/heup	Minder vaak knie- en heupprothese plaatsen	34.400.000		34.400.000
Perifeer arterieel vaat-lijden	Stepped care etalage-benen	41.503.128	24.337.860	17.165.268
Artrose knie/heup	Minder diagnostiek knie- en heupartrose	14.400.000		14.400.000
Pijn op de borst	Minder hartkatheterisatie in de diagnostische fase	13.100.000		13.100.000
Pijn op de borst	Minder laag-risico verwijzingen	11.800.000		11.800.000
Pijn op de borst	Minder bypassoperaties en dotterbehandelingen	9.900.000		9.900.000
Laatste levensfase darm- en longkanker	Tijdig ACP-gesprekken en ambulante gespecialiseerde palliatieve zorg	34.182.669	25.633.988	8.548.681
Perifeer arterieel vaat-lijden	Diagnostiek naar eerste lijn	8.065.435		8.065.435
Pijn op de borst	Minder rust-ECG's in eerste lijn	7.900.000		7.900.000
Pijn op de borst	Minder DBC's voor 'pijn op de borst' in follow-up fase	7.900.000		7.900.000
Pijn op de borst	Minder fietstesten in diagnostische fase	7.100.000		7.100.000
Pijn op de borst	Minder hartecho's in diagnostische fase	6.800.000		6.800.000
COPD	Terugdringen ICS-over-behandeling	6.600.000		6.600.000
COPD	Meer basale longrevali-datie in de tweede lijn	8.600.000	4.000.000	4.600.000
Perifeer arterieel vaat-lijden	Opbrengst niet meer vergoeden CI op chronische lijst	4.400.000		4.400.000
Nacontrole borstkanker	Risicostratificatie van de nacontrole na een primaire behandeling voor mammacarcinoom	3.900.000		3.900.000

Verbetersignalement	Verbeterpunt	Minderkosten	Meerkosten	Potentiële besparing
Pijn op de borst	Minder longfoto's in diagnostische fase	2.100.000		2.100.000
Baarmoederhalsafwijking	Voorkomen mogelijke complicaties toekomstige zwangerschap en eventuele verergering van CIN naar baarmoederhalskanker	1.000.000		1.000.000
Baarmoederhalsafwijking	CIN 2 met kinderwens (tot 43 jaar) niet behandelen	425.000		425.000
Baarmoederhalsafwijking	Geen see and treat bij licht afwijkende uitstrijkjes, maar getrapte methode	408.000		408.000
Baarmoederhalsafwijking	Eerste controle behandelde CIN 2 en behandelde CIN 3 na 6 maanden en alleen geïndiceerde controle na 12 maanden	217.000		217.000
Baarmoederhalsafwijking	CIN 1 niet behandelen	181.000		181.000
Pijn op de borst	Minder fietstesten in follow-up fase	179.000		179.000
Baarmoederhalsafwijking	Eerste controle onbehandelde CIN 1 alleen na 12 maanden	126.000		126.000
Baarmoederhalsafwijking	Controle(s) onbehandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 door huisarts	125.000		125.000
Pijn op de borst	Minder longfoto's in follow-up fase	49.000		49.000
Baarmoederhalsafwijking	CIN 3 altijd behandelen		191.000	-191.000
COPD	Opioïden in palliatieve fase		1.000.000	-1.000.000
COPD	Eerder en vaker beweegzorg en basale longrevalidatie in de eerste lijn		7.700.000	-7.700.000
COPD	Stoppen met roken maatregelen	12.100.000	19.900.000	-7.800.000
Pijn op de borst	Vaker CVRM in eerste lijn		9.900.000	-9.900.000

Bijlage 3 Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties

Hoofdconclusie	Aanbevelingen	Reactie
Het programma Zinnige Zorg heeft niet geleid tot een dusdanige toename van gepast gebruik van zorg dat hiermee betekenisvolle financiële besparingen zijn gerealiseerd.	Gezien de voortgang en resultaten van het programma Zinnige Zorg is stoppen een optie. In ieder geval moet de huidige invulling van het programma fundamenteel worden heroverwogen.	In de komende maanden zal de minister samen met het Zorginstituut en veldpartijen verkennen op welke wijze het programma verder kan worden aangescherpt. Het Zorginstituut vindt dat veranderingen langzaam tot stand komen en ontwikkelt daarom flankerend beleid waarbij het de bevoegdheden meer strategisch gaat inzetten.

Deelconclusies	Aanbevelingen	Reactie
Programma Zinnige Zorg is weinig doorgedrongen tot zorgpraktijk. Programma heeft (daardoor) niet bijgedragen aan beheersen zorguitgaven.	Breng focus aan in het programma Zinnige Zorg. • Kies onderwerpen waarover zorgverleners het eens zijn over bestaan niet-gepaste zorg. • Richt het programma op die verbeterpunten die veldpartijen niet zelf oppakken en met een grote financiële impact.	Het Zorginstituut zal samen met partijen kennis blijven ontwikkelen, maar onafhankelijk de publieke belangen afwegen en interveniëren waar het grote risico's ziet, zowel inhoudelijk als financieel.
Minister had meer kunnen doen om het programma Zinnige Zorg te ondersteunen.	Maak duidelijk wat u van het Zorginstituut verwacht rond (niet-) gepaste zorg.	De minister vindt dat zij als opdrachtgever meer had kunnen doen om het programma te steunen.
	Trek lessen uit ervaringen met bevorderen van gepast gebruik en bepaal evaluatiemoment voor programma's Zinnige Zorg en ZE&GG.	De minister ziet draagvlak en samenwerking als sleutelwoorden voor gepast gebruik en verwacht dat dit met het programma ZE&GG wordt versterkt.
	Zorg voor een sluitende toezicht- en controleketen van gepaste zorg met het Zorginstituut, de NZa en de IGJ.	De minister heeft advies gevraagd aan Zorginstituut en NZa over de randvoorwaarden voor gepast gebruik, waaronder het toezicht. De minister is voornemens om de IGJ een vergelijkbare vraag te stellen.

Deelconclusies	Aanbevelingen	Reactie
Zorginstituut had meer gebruik kunnen maken van zijn positie.	Maak concreet welke verandering in geleverde zorg het Zorginstituut verwacht dat partijen samen realiseren. Maak dit bekend en verspreid deze verwachting onder een breed publiek.	Geen concrete reactie. Wel geeft het Zorginstituut aan te zijn gestart met de projectmatige "Doorontwikkeling Methodiek Zinnige Zorg".
	Maak duidelijk welke wettelijke bevoegdheden het Zorginstituut wanneer gaat inzetten als veldpartijen de afspraken niet nakomen of de resultaten achterblijven.	Het Zorginstituut onderschrijft dat het taken en bevoegdheden meer strategisch had kunnen inzetten. Het gaat uitkomsten van het programma vertalen naar pakketuitspraken.

Bijlage 4 Literatuur

Algemene Rekenkamer (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012. Bijlage bij 33 060, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2015). *Basispakket zorgverzekering; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*. Bijlage bij 33 060, nr. 7. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2016). *Zorgakkoorden; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. Bijlage bij 33 060, nr. 8. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2017). *Factsheet #16. Instellingen op afstand van het Rijk*. Den Haag.

CPB (2020). *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*. CPB Policy Brief juni 2020. Den Haag.

CVZ (2013). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*. Diemen.

Inspectie der Rijksfinanciën (2020). *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel. Brede maatschappelijke heroverweging*. Utrecht.

Jeurissen, Maarse en Tanke (2018). *Betaalbare zorg*. Celsus academie. Nijmegen.

NRC (2020). *Toezichthouder NZa: de zorg is teveel een verdienmodel geworden* van 23 juni 2020 en *Behandelingen onzinnig noemen simplificeert ziekte* van 30 juli 2020.

NZa (2014). *Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012*. Utrecht.

NZa (2019). *Monitor contractafspraken medisch-specialistische zorg*. Utrecht.

NZa (2020a). *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor reguliere zorg*. Utrecht.

NZa (2020b). *Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*. Utrecht.

NZa (2020c). *Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2019*. Utrecht.

SiRM (2018). *Benut potentieel. Evaluatie ZonMw programma Doelmatigheidsonderzoek 2006-2017*. Den Haag.

SiRM (2019a). *Inventarisatie huidige initiatieven Zorgevaluatie en Gepast Gebruik*. Den Haag.

SiRM (2019b). *Versnellingsagenda's juiste zorg op de juiste plek*. Den Haag.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2017). *Besluit van 14 september 2017, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2018, Jaargang 2017, nr. 349*.

Trouw (2020). *Coronacrisis zet onnodige zorg in de schijnwerpers en Pak dit moment om met onzinnige zorg te stoppen* van 10 juni 2020.

Tweede Kamer (2015). *Verslag van een Algemeen Overleg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 689, nr. 642. Den Haag.

Tweede Kamer (2020). *Amendement van de leden Slootweg en van der Staaij*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2019-2020, 35 124, nr. 16. Den Haag.

VWS (2013). *Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 29 689, nr. 476. Den Haag: Sdu.

VWS (2015a). *Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 689, nr. 606. Den Haag: Sdu.

VWS (2015b). *Reactie van de minister van VWS op conceptrapport Basispakket zorgverzekering; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*, kenmerk 746419-134903-Z. Den Haag.

VWS (2016). *Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2015-2016, 29 689, nr. 713. Den Haag: Sdu.

VWS (2018a). *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022; bijlage bij Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 29 248, nr. 311. Den Haag: Sdu.

VWS (2018b). *Brief van de minister voor medische zorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 29 689, nr. 914. Den Haag: Sdu.

VWS (2019a). *Brief van de minister voor medische zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2019-2020, 29 248, nr. 318. Den Haag: Sdu.

VWS (2019b). *Brief van de minister voor medische zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 29 248, nr. 316. Den Haag: Sdu.

VWS (2019c). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 35 200 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

ZonMw (2018). *Externe evaluatie programma doelmatigheidsonderzoek 2006-2017*. Den Haag.

Zorginstituut Nederland (2013a). *Aankondiging systematische doorlichting basispakket*. Brief van CVZ aan zorgorganisaties, d.d. 28 oktober 2013. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2013b). *Uitvoeringstoets systematische doorlichting pakket; operatie Zinnig & Zuinig*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2014). *Verbetersignalement artrose knie/heup*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2014-2019). *Budgetimpactanalyse uit de Zinnige Zorg verbeter-signalementen*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2015a). *Reactie van het Zorginstituut op conceptrapport Basis-pakket zorgverzekering; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*, kenmerk 746419-134903-Z. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2015b). *Van goede zorg verzekerd. Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2016a). V*erbetersignalement Perifeer arterieel vaatlijden*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2016b). *Voortgangsrapportage twee jaar na publicatie Verbeter-signalement zorg voor artrose knie en heup* d.d. 15 november 2016. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2017a). *Bijlage 7 Budget Impact Analyse 'oefentherapie bij heup- en knieartrose' bij Rapport fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2017b). *Brief Zorginstituut aan VWS. Zinnige Zorg naar de praktijk*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 29 689, nr. 813. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2017c). *Overzicht financiële effect rapporten Zorginstituut – verslagjaar 2017*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2017d). *Verbetersignalement Pijn op de borst (verdenking) stabiele angina pectoris*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2018). *Plan van aanpak 1e fase programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik'*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2019a). *Column dhr. J. Wijma "The proof of the pudding is in the eating" in 2e e-zine Zinnige Zorg: Op zoek naar wat beter kan*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2019b). *Rapportage kwartiermakersfase Zorgevaluatie en Gepast Gebruik*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2019c). *Standpunt Hooggebergtebehandeling bij ernstig refractair astma*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2019d). *Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2019e). *Verbetersignalement zorgtraject van mensen met COPD*. Diemen.

Zorginstituut Nederland (2020a). *Animatie: Zinnige Zorg voor mensen met etalagebenen*. https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/videos/2019/11/19/zinnige-zorg-voor-mensen-met-etalagebenen. Geraadpleegd juni 2020.

Zorginstituut Nederland (2020b). *Evaluatie Zinnige Zorg voor mensen met artrose van knie en heup (concept consultatiefase)*. Diemen.

Zorgvisie (2020). *Uitgestelde zorg is geen onzinnige zorg* van 1 juli 2020.

Bijlage 5 Eindnoten

1. Er zijn uitzonderingen waarbij zorg of overige diensten tijdelijk en onder voorwaarden in het basispakket worden opgenomen (Besluit zorgverzekering, artikel 2.1, lid 5).
2. In ons rapport *Basispakket zorgverzekering* (2015) hebben wij de werking van pakketbeheer verder toegelicht.
3. Voor geneesmiddelen geldt een ander traject waar we nu niet op in gaan.
4. Dit viel onder de regeling 'voorwaardelijke toelating tot het basispakket' die sinds 2019 is vervangen door de subsidieregeling veelbelovende zorg.
5. De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie.
6. Stepped care houdt in dat er stap voor stap gekozen wordt voor een intensievere vorm van zorg. Het gaat van lichtere naar intensievere interventies als dat nodig is.
7. Het Zorginstituut publiceerde ook het verbetersignalement 'Dure oncolytica - Zinnig gebruik van dure geneesmiddelen bij het uitgezaaide niercelcarcinoom' (2017). Dit signalement wordt niet geïmplementeerd binnen het programma Zinnige Zorg en hebben we daarom niet meegenomen in dit rapport.
8. Zo bevatte het eerste Zinnige Zorg-rapport 'Knie- en heupartrose' 8 verbeterpunten op een hoog abstractieniveau en het rapport 'Pijn op de borst' 39 verbeterpunten op detailniveau.
9. Alleen de NHG-Standaard 'Niet-traumatische knieklachten' was al in 2016 herzien (Zorginstituut Nederland, 2020b).
10. Wij richten ons hier op de 3 verbetersignalementen 'Knie- en heupartrose', 'Pijn op de borst' en 'Perifeer arterieel vaatlijden'. Wij achten het overigens niet aannemelijk dat met de overige 5 verbetersignalementen al wel kosten zijn bespaard in de periode 2014-2019. Het Zorginstituut verwacht bij 'Dure geneesmiddelen prostaatkanker' € 0 te besparen en van 'COPD' juist extra kosten van € 5,3 miljoen. Voor het verbeterpunt bij 'Nacontrole borstkanker' geldt dat hier problemen zijn met het draagvlak (zie § 4.1.1). Het verbeterpunt bij 'Laatste levensfase darm- en longkanker' is randvoorwaardelijk en uit de voortgangsrapportage van april 2020 blijken ook nog geen effecten. Voor 'Baarmoederhalsafwijking' geldt dat implementatie pas halverwege 2019 is gestart.
11. Ook in het jaarlijkse rapport Overzicht financiële effect rapporten Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2017c) meldt het Zorginstituut dat zijn rapporten uit 2017 een positief financieel effect tot € 302 miljoen hebben op het Budgettair Kader Zorg in 2020. Het overgrote deel van dit effect
(€ 177 miljoen) wordt toegeschreven aan het verbetersignalement 'Pijn op de borst'.
12. Dit is het enige verbetersignalement waarin het Zorginstituut is uitgegaan van kostenvermijding in plaats van kostenbesparing. Een kostenvermijding voorkomt (hypothetische) toekomstige kosten. Bij een kostenbesparing wordt er minder geld uitgegeven.

13. Vanaf 2018 werd € 150 miljoen van de originele taakstelling van € 225 miljoen overgeheveld naar het MSZ-kader. De overige € 75 miljoen werd overgeplaatst naar de geestelijke gezondheidszorg en besparingen op hulpmiddelen (VWS, 2016).
14. Het gaat om 'Knie- en heupartrose', 'Perifeer arterieel vaatlijden' en 'Pijn op de borst'.
15. Bij het programma Zinnige Zorg zit ook de eerste lijn (zoals huisartsen) aan tafel, bij het programma ZE&GG niet.
16. Eerder gaven we aan dat in ieder geval het pakketadvies over oefentherapie bij etalagebenen er ook zonder het programma Zinnige Zorg zou zijn gekomen (zie § 3.1.2).
17. Het ging hier om de uitwerking van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de behandelaars (huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg) en verwijsafspraken.
18. In ons Verantwoordingsonderzoek bij het Ministerie van VWS 2017 over het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben wij de minister destijds aanbevolen om het Zorginstituut de doelmatigheid van zorg in kwaliteitsstandaarden ook inhoudelijk te laten beoordelen en de minister daarover te adviseren. Een motie die hierop volgde is begin 2020 aangenomen door de Tweede Kamer.

Voorlichting

Afdeling Communicatie
Postbus 20015
2500 EA Den Haag
telefoon (070) 342 44 00
voorlichting@rekenkamer.nl
www.rekenkamer.nl

Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers
Foto: ANP / Joseffson

Den Haag, oktober 2020