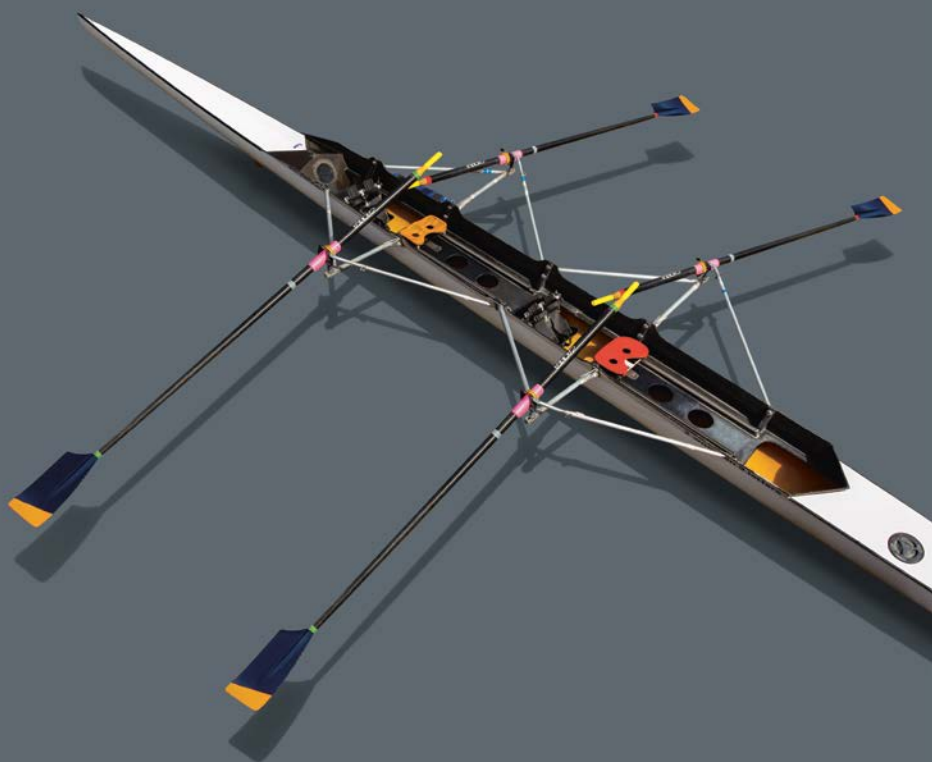


Zorgrelatie centraal

Partnerschap leidend voor zorginkoop



raad voor **R** Volksgezondheid en
Samenleving



Zorgrelatie centraal

Zorgrelatie centraal

Partnerschap leidend voor zorginkoop

Den Haag, oktober 2017

Voorwoord

De kwaliteit van zorg- en hulpverlening wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van de relatie tussen professional en cliënt/patiënt. In die relatie wordt kennis ingezet en worden ervaringen uitgewisseld en beslissingen genomen over een passende behandeling of begeleiding. De vraag is of de huidige inkooppraktijk – zoals die heeft vorm gekregen met de invoering van de Zorgverzekeringswet en later ook de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg – de kwaliteit van de zorgrelatie nog versterkt. Wat betekent het als zorgrelaties verworden tot transacties tussen zorginkoper en zorgaanbieder? Ondermijnt dat niet te zeer de essentie van die zorgrelatie? Deze kwestie had ik al een keer aangekaart in een column met de titel *Alles is inkoop* (Meurs 2015) en ligt in feite ten grondslag aan dit advies.

De RVS laat in dit advies zien dat zorgaanbieders, professionals, cliënten en patiënten niet onverdeeld gunstig oordelen over de bijdrage die de zorginkooppraktijk levert aan goede zorg. Inkopers zien dat de legitimiteit van hun rol en hun toegevoegde waarde wordt betwist. Zorginkoop neigt te verworden tot een ingewikkeld administratief proces met veel registratielast, zonder dat duidelijk wordt hoe de zorg en de hulp daar beter van worden. Zorg en hulp vragen om een pluriforme benadering en maatwerk is het adagium. Dat wordt steeds lastiger als bij de zorginkoop gedetailleerd gecontracteerd wordt op basis van gemiddelde gegevens en proces- en structuurvereisten.

Zorginkoop als sturingsinstrument heeft ook tot verbeteringen geleid. Ik noem de strategische inkoop die binnen een aantal regio's heeft gezorgd voor modernisering en verbetering van het zorglandschap. Daarnaast heeft de inkoop van hulpmiddelen en geneesmiddelen tot flinke besparing geleid. Ook lopen er veel experimenten met persoonsvolgende bekostiging en regelarm werken.

Met dit advies reikt de RVS een ander perspectief op zorginkoop aan. Een perspectief dat de zorgrelatie tussen zorgverlener en cliënt/patiënt centraal stelt en dat inzet op een partnerschap tussen inkoper en aanbieder. Het bouwt voort op de verschillende initiatieven die er al zijn. Zo zijn er inkopers en aanbieder die met elkaar afspraken hebben gemaakt om zorgverleners en cliënten/patiënten samen meer zeggenschap en ruimte te bieden. Er zijn ook inkopers die met aanbieder voor meerdere jaren overeenkomsten zijn aangegaan over de ontwikkeling van het regionale zorgaanbod. De RVS wil op dergelijke initiatieven voortgaan opdat ook innovatie en preventie aan bod komen. De tijd is aangebroken dat partijen als partners werken aan hun gemeenschappelijke opdracht: goede en doelmatige zorg.

Pauline Meurs
Voorzitter RVS

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan.

De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en
Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren
over hoofdlijnen van beide beleidsterreinen.

Samenstelling Raad

Voorzitter: Pauline Meurs.

Raadsleden: Daan Dohmen, Jan Kremer, Bas Leerink,
José Manshanden (raadslid tot 1 juli 2017), Liesbeth
Noordegraaf-Eelens, Greet Prins en Loek Winter.

Algemeen secretaris a.i.: Luc Donners.

Adjunct-directeur: Marieke ten Have.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

mail@rvens.nl

www.raadrvs.nl

Twitter: @raadrvs

Publicatie 17-o8

ISBN: 978-90-5732-270-9

Grafisch ontwerp: Studio Koelewijn Brüggewirth

Fotografie: Jeroen Toirkens

Druk: Xerox/OBT

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,
Den Haag, 2017

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt
of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend
systeem of uitgezonden in enige vorm door middel
van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan
ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website.

Voorwoord	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doel van dit advies	14
1.3 Begrippen	14
1.4 Aanpak	16
1.5 Leeswijzer	17
2 Zorginkoop in de praktijk	19
2.1 Zorginkopers missen draagvlak	19
2.2 Zorginkoop sluit onvoldoende aan bij wensen en behoeften van burgers	22
2.3 Zorginkoop leidt tot ongewenste effecten	25
2.4 Wisselende betrokkenheid van burgers	26
2.5 Succesvolle zorginkoop	27
3 Ander perspectief	29
3.1 Zorgrelatie centraal	30
3.2 Gedeelde verantwoordelijkheid van zorginkopers en -aanbieders	33
3.3 Meerjarenafspraken; aanbieders en inkopers als contractpartners	36
3.4 Regie bij beschikbaarheidsfuncties	38
3.5 Eenvoud bij administratieve afhandelingen	39
3.6 Delen van data	39
4 Aanbevelingen	41
4.1 Zorgverzekeringswet	41
4.2 Wet langdurige zorg	45
4.3 Wet maatschappelijke ondersteuning en Jeugdwet	48
4 Conclusie	53
Literatuur	55
Adviesvoorbereiding	59
Geraadpleegde deskundigen	61
Afkortingenlijst	65
Publicaties	67

Samenvatting

In 2006 is in Nederland een bijzonder zorgstelsel ingevoerd waarin private, concurrerende zorgverzekeraars via het instrument zorginkoop verantwoordelijk zijn geworden voor het bereiken van publieke doelen in de curatieve zorg. Ook binnen de langdurige zorg, de maatschappelijke ondersteuning en de jeugdhulp heeft de wetgever een grote rol toebedeeld aan het instrument zorginkoop. Deze koers heeft bijgedragen aan goede, betaalbare en toegankelijke zorg, maar leidt inmiddels ook tot negatieve effecten. Zo concludeert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in dit advies dat de transactie tussen inkoper en aanbieder te dominant is geworden en dat de wensen en behoeften van patiënten en cliënten in het gedrang zijn geraakt. Het middel zorginkoop is een doel op zich geworden. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben burgers er niet van weten te overtuigen dat ze via het instrument zorginkoop toegevoegde waarde voor hen kunnen creëren. De verwachting dat dit wel zou lukken was, zeker achteraf gezien, onrealistisch. Daarnaast leidt zorginkoop in de huidige vorm veelal tot uniformiteit en tot weinig vertrouwen en hoge administratieve lasten en stimuleert het aanbieders om te blijven kiezen voor beproefde methoden in plaats van de zorg echt te verbeteren via innovatie en preventie.

De Raad roept zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) op om te stoppen met de jaarlijkse (dreiging van) selectieve inkoop en met het willen beïnvloeden van zorg via het opnemen van proces- en structuurvereisten in gedetailleerde contracten. Dit werkt niet, want het gaat voorbij aan de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners en aan de zeggenschap van patiënten/cliënten over de keuze voor de zorgaanbieder of professional van wie zij zorg willen krijgen. De Raad adviseert om in plaats hiervan de zorgrelatie tussen de cliënt/patiënt en de professional centraal te stellen en om de daar gemaakte keuzes voor de zorg en maatschappelijke ondersteuning bepalend te laten zijn voor de te leveren zorg en ondersteuning. Door te focussen op die zorgrelatie, aan te sluiten bij de pluriformiteit van de zorgvraag en bij het professionele oordeel van zorgverleners, beoogt de Raad de afstand tussen burgers – patiënt/cliënt/verzekerde – en de collectief georganiseerde zorgstelsels te verkleinen en het vertrouwen van burgers in de organisatie van de zorg en maatschappelijke ondersteuning te herstellen.

De Raad beseft dat wanneer wensen en behoeften van patiënten/cliënten in combinatie met de visie van de professional sturend zijn, dit op gespannen voet kan staan met de collectieve betaalbaarheid. Het bewaken van de collectieve betaalbaarheid moet een meer gedeelde verantwoordelijkheid worden van zorginkopers, zorgaanbieders, patiënten/cliënten en de rijksoverheid.

De Raad ziet voor de **zorginkopers** een rol om een beheerste uitgavenontwikkeling te bewaken. Dat gebeurt via meerjarencontracten met zorgaanbieders waarbinnen afspraken worden gemaakt over de uitgavenplafonds. Verder is de Raad van oordeel dat zorginkopers een maatschappelijke meerwaarde kunnen hebben door vanuit een partnerschap meerjarenafspraken te maken over efficiënte en effectieve administratie en betalingsverkeer, over het faciliteren van innovatie en preventie, over beschikbaarheidsfuncties en over het delen van informatie ter verbetering van de zorg en maatschappelijke ondersteuning. Deze informatie geeft zorginkopers de kans om zorgaanbieders/-professionals te spiegelen en ze zo uit te dagen om te verbeteren. Als zorginkopers en aanbieders hun energie steken in meerjarenafspraken over het verbeteren van zorg vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt, geeft dit volgens de Raad ook een flinke impuls aan nieuwe zorgconcepten over de grenzen van de verschillende stelsels heen en komen oplossingen voor de financieringsproblematiek in beeld. Tot slot kunnen zorginkopers de succesvolle inkoop van geneesmiddelen en hulpmiddelen verder uitbouwen en beter voor het voetlicht brengen.

Zorgaanbieders hebben ook belang bij meerjarige overeenkomsten, want die geven hen zekerheid, administratief gemak en de mogelijkheid om zorg en ondersteuning echt te verbeteren. Daarbij zorgt het centraal stellen van de zorgrelatie, in combinatie met wegnemen van op behandeling gerichte bekostiging zoals diagnosebehandelcombinaties (dbc's), voor minder perverse prikkels voor overbodige zorg. Het taboe op het gesprek over kosten in de spreekkamer moet er dan wel af, en van zorgaanbieders en professionals mag verwacht worden dat ze op maatschappelijk verantwoorde manier zorg verlenen en hierover verantwoording afleggen. Kosteneffectiviteit in de zorgverlening moet daartoe een serieuze rol gaan krijgen in de opleiding, de kwaliteitsstandaarden en het toezicht op kwaliteit door bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Patiënten en cliënten hebben ook een eigen verantwoordelijkheid voor gepast zorggebruik. Allereerst betreft dat goed patiënt-/cliëntschap. Van de patiënt/cliënt mag verwacht worden dat deze zich inspant om beter te worden en meewerkt aan het herstel. Daarnaast zou de overheid kunnen overwegen om de systematiek van de eigen bijdrage meer in lijn te brengen met de verantwoordelijk-

heid van de patiënt/cliënt en de professional. Dat kan bijvoorbeeld door te werken met een eigen bijdrage per bezoek in plaats van een eigen risico of eigen bijdrage per jaar.

De **rijksoverheid** ten slotte kan net als nu jaarlijks het budgettair kader voor zorg vaststellen. Ook gemeenten kunnen de budgetten voor uitgaven in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw) bewaken.

De Raad doet een aantal concrete aanbevelingen om het voor zorginkopende organisaties, zorgaanbieders, -professionals en -gebruikers gemakkelijker te maken om tot een andere praktijk van inkoop te komen.

Bij de **Zorgverzekeringswet** adviseert de Raad zorgverzekeraars om in te zetten op vrije keuze voor de verzekerde, waarbij ze op de achtergrond meerjarige contracten afsluiten met zorgaanbieders. Hierbij is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij zijn om tot nieuwe prestaties te komen, zonder dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze moet vaststellen. Ook beveelt de Raad aan dat één zorgverzekeraar alle acute zorg inkoopt als regiovertegenwoordiger namens alle zorgverzekeraars. Dit omdat de behoefte aan regionale regie en beschikbaarheid juist in de acute zorg belangrijker is dan de mogelijkheid voor verschillende zorgverzekeraars om verschillende meerjarenafspraken te maken.

Bij de **Wet langdurige zorg** adviseert de Raad om de initiatieven voor invoering van persoonsvolgende bekostiging door te zetten. De langdurige gehandicaptenzorg kan worden uitgevoerd door één landelijke instelling met regionale kantoren. De langdurige intensieve ouderenzorg kan op termijn worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Zo kunnen nieuwe zorgconcepten voor ouderen tot stand komen voor de keten van eerste lijn, verpleging en ziekenhuiszorg, waarmee een einde kan worden gemaakt aan de perverse prikkels die nu bestaan door het verschil in risicodragendheid van inkopers en de verschillende systemen van eigen bijdragen.

Tot slot adviseert de Raad de rijksoverheid en de politiek om gemeenten de ruimte te geven voor experimenten met maatwerkoplossingen voor **maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp** en hiervan te leren. Door afwegingen over solidariteit dicht bij burgers te organiseren, kan er meer ruimte komen voor pluriformiteit. Ook gemeenten zouden daarbij de zorgrelatie centraal moeten stellen en zich vooral moeten richten op het verbeteren van maatschappelijke

ondersteuning en zorg in een meerjarig partnerschap met zorgaanbieders. Hier past klassiek aanbesteden als vorm van selectief contracteren niet bij. Van belang is dat gemeenten de ruimte hebben om niet aan te besteden.

De Raad beseft dat het verlaten van de huidige inkooppraktijk tot onzekerheid leidt. Juist de focus op zekerheid voor de korte termijn – die de huidige inkooppraktijk nog te veel kenmerkt – houdt inkopers, aanbieders en professionals gevangen en weerhoudt hen ervan om de zorg en de maatschappelijke ondersteuning daadwerkelijk te verbeteren via nieuwe concepten, samenwerking, innovatie en preventie. Van belang is dat zorginkopers en zorgaanbieders vanuit meerjarig partnerschap ontdekken en leren hoe zij samen met professionals en patiënten/cliënten de zorg kunnen verbeteren. Kortom, een andere inkooppraktijk vergt ook vertrouwen van partijen om gezamenlijk een stap te kunnen maken, zodat de zorg beter kan aansluiten op de wensen en behoeften van patiënten/cliënten en blijft voldoen aan de kwaliteitseisen van professionele zorgverlening, en er stevig ingezet kan worden op preventie en innovatie.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Zorginkoop is een essentieel instrument binnen de huidige stelsels voor zorg en maatschappelijke ondersteuning. De gedachte is dat zorginkoop namens de verzekerde of de burger door een derde partij, zoals een zorgverzekeraar, een zorgkantoor of een gemeente, leidt tot een doelmatige besteding van collectieve middelen. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) onderhandelen zorgverzekeraars al zo'n tien jaar – en steeds intensiever – met zorgaanbieders over de prijs en de kwaliteit van curatieve zorg. Met de decentralisatie van onder meer maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg (Jw) maken ook gemeenten voor hun inwoners afspraken met diverse zorgaanbieders. Ook de Wet langdurige zorg (Wlz) regelt dat zorgkantoren namens verzekerden afspraken maken met zorgaanbieders over het vernieuwen van zorg en over de kwaliteit.

Uit een uitgebreide praktijkverkenning van de Raad (RVS 2017a) ter voorbereiding van dit advies blijkt aan de ene kant dat het bij de zorginkoop knelt en schuurt. Zo constateerde de Raad dat zorginkoop op basis van vigerende bekostigingsmodellen sterk productiegedreven is, aanzet tot overbehandeling en weinig prikkels kent voor (kwaliteits)uitkomsten, samenwerking, innovatie en preventie.¹ Zorgprofessionals en aanbieders ervaren het als een administratief en bureaucratisch proces, ver weg van de inhoudelijke zorg zelf. Aan de andere kant zijn er ook successen. De eerste meerjarenafspraken komen tot stand, er is specialisatie van het zorgaanbod tot stand gekomen, en bij hulpmiddelen, vervoer en generieke geneesmiddelen zijn de marges in de keten ten goede gekomen aan de premiebetalende burger.

Al eerder concludeerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in zijn advies *De stem van verzekerden* dat legitimiteit van inkoopende organisaties niet vanzelfsprekend is (RVZ 2014). Het vertrouwen van burgers in zorginkopers en zorgstelsels is laag (zie onder andere Hoefman et al. 2015; Health Futures Lab 2016; I&O Research 2017). Burgers ervaren dat de solidariteit in Nederland afneemt en maken zich hier zorgen over (SCP 2013). Solidariteit is anoniem geworden en op afstand georganiseerd. Binnen de zorgstelsels is de verantwoordelijkheid voor de collectieve betaalbaarheid vanuit de context van de patiënt/cliënt en de zorgverlener uitbesteed aan een derde partij op afstand.

De belangrijke rol die het instrument zorginkoop binnen de stelsels van zorg en ondersteuning vervult, in combinatie met deze signalen, vormt voor de Raad de aanleiding om een advies uit te brengen over zorginkoop en sturing.

1.2 Doel van dit advies

De afstand die in de praktijk wordt ervaren tussen het sturen op producten en kosten via de zorginkoop, en het gevoel bij veel burgers en professionals dat de inrichting van zorg en ondersteuning te ver van hen af is komen te staan, vindt de Raad zorgelijk, omdat dit het vertrouwen in de zorg in Nederland ondermijnt. De RVS wil daarom in dit advies een ander perspectief op zorginkoop aanreiken. Een perspectief waarin burgers zich meer gekend en gezien voelen en waarin het gewicht van het professionele oordeel van de zorgverlener wordt erkend. De Raad stelt in dit advies de vraag:

Hoe kan een perspectief op de inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning eruitzien, waarin de wensen en behoeften van patiënten en cliënten in combinatie met de visie van de zorgprofessional leidend zijn, en tegelijkertijd de collectieve uitgaven aan zorg en hulp bewaakt blijven?

In dit advies zijn de wensen en behoeften van de patiënt/cliënt het uitgangspunt. Elk mens is anders en ook de behoeften en wensen verschillen. In de praktijk zal de uitwerking van die wensen en behoeften bijna altijd tot stand komen in dialoog met de professional. Wat goede zorg is, wordt mede door de context bepaald (RVS 2017d). Pluriformiteit van de zorgvraag zou dan ook sturend moeten zijn in het aanbod van zorg. Daarbij stelt de Raad dat solidariteit tussen ziek en gezond, tussen oud en jong en tussen arm rijk de basis is en blijft voor zorg en maatschappelijke ondersteuning. Deze solidariteit vereist dat bij de zorg en ondersteuning die mensen nodig hebben, altijd de kosten meespelen. Burgers zijn binnen de zorg bereid om solidair met elkaar te zijn mits zij het gevoel hebben dat middelen goed besteed worden.

1.3 Begrippen

Zorginkoop en zorginkopers

In een poging om de zorgkosten te beheersen, kwaliteit te stimuleren en toegankelijkheid te borgen, hebben veel landen een splitsing in het systeem ingevoerd tussen inkoop en levering van zorg (de zogenaamde *purchaser-provider split*). Waar de Raad in dit advies spreekt over zorginkoop, bedoelt hij de inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning door een derde partij (zorg-

verzekeraar, zorgkantoor of gemeente) namens verzekerden (onder de Zvw en Wlz) of burgers (onder de Wmo en Jw). Met zorginkopers worden (onderdelen van) de organisaties bedoeld die in de huidige stelsels van zorg en ondersteuning de taak hebben om namens burgers zorg, maatschappelijke ondersteuning en (jeugd)hulp in te kopen. Ze vervullen de rol van zorginkoper: ze bepalen de behoefte, selecteren zorgaanbieders, contracteren zorgaanbieders, meten prestaties, betalen, en beheren inkooprelaties met gecontracteerde aanbieders (Van Raaij 2016). Deze specifieke invulling en organisatie van het inkoopproces staat in dit advies ter discussie.

Zorg en ondersteuning

Zorg en ondersteuning wordt in dit advies als overkoepelende term gebruikt voor alle zorg, hulpverlening en ondersteuning die valt onder de Zvw, Wlz, Wmo en de Jw.

Patiënten, cliënten, burgers en verzekerden

Waar in dit advies wordt gesproken over patiënten en cliënten worden gebruikers van zorg en maatschappelijke ondersteuning bedoeld. Burgers en verzekerden zijn inwoners van Nederland die recht hebben op zorg of op een voorziening in het kader van de Zvw, de Wlz, de Wmo en de Jw. Burgers en werkgevers financieren de zorg en de maatschappelijke ondersteuning via belasting, premies en eigen bijdragen.

Zorgrelatie

Wanneer gesproken wordt over de relatie tussen de patiënt/cliënt en de professional heeft men vaak de verhouding tussen een individuele patiënt/cliënt en één zorgverlener voor ogen. Dit uitgangspunt is ook verdisconteerd in de wetgeving. Zo spreekt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) over *“de overeenkomst waarbij de hulpverlener zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde (de patiënt)”* (artikel 7:446 BW). Zorg en ondersteuning aan individuele patiënten worden echter steeds vaker in teamverband geleverd. De Raad bereidt een advies voor over netwerkzorg waarin de consequenties hiervan voor patiënten en cliënten worden uitgewerkt.

Wensen en behoeften

Onder wensen en behoeften wordt verstaan de vragen die patiënten/cliënten rechtstreeks uiten, maar ook achterliggende vragen (de zogenoemde ‘vraag

achter de vraag') of behoeften waar de patiënten/cliënten zich niet bewust van zijn (denk aan bemoeizorg en gedwongen zorg). Mensen hebben daarbij een recht op autonomie; zij bepalen in principe zelf wat voor hen belangrijk is, maar zullen dit in de praktijk meestal doen in interactie met professionals. In de zorgrelatie worden de wensen en behoeften van patiënten en cliënten besproken. Immers, niet alle wensen kunnen in vervulling gaan en niet alle wensen stemmen overeen met professionele codes en kwaliteitscriteria. Bij de Wmo en Jw wordt bij de wensen en behoeften ook bekeken wat burgers en hun netwerk zelf kunnen doen.

Collectieve zorguitgaven

Onder de collectieve uitgaven wordt dat deel van de uitgaven aan zorg en maatschappelijke ondersteuning verstaan dat rechtstreeks door de overheid wordt betaald of wordt bekostigd vanuit de Zvw, de Wlz, de Wmo en de Jw.

1.4 Aanpak

Om de vraag te beantwoorden is de RVS dit adviestraject begonnen met een uitgebreide praktijkverkenning van het instrument zorginkoop (RVS 2017a). De Raad heeft gesproken met direct betrokkenen bij het inkoopproces over hun ervaringen met zorginkoop binnen vier onderling sterk verschillende deelsectoren, namelijk ziekenhuiszorg (Zvw), kraamzorg (Zvw), intramurale ouderenzorg (Wlz) en extramurale individuele begeleiding (Wmo). De resultaten van deze praktijkverkenning heeft de Raad eerst besproken tijdens het minisymposium *Op naar persoonsgestuurde zorg?*, dat de RVS organiseerde op 2 december 2016 (RVS 2017e). Daarnaast is met diverse patiënten en cliënten en hun vertegenwoordigers gesproken over hun ervaringen met zorg en ondersteuning en over de keuzes waarmee zij zich geconfronteerd zien (Ter Berg en Schothorst 2017). Deze focusgroepbijeenkomsten hebben waardevolle inzichten opgeleverd in wat patiënten en cliënten belangrijk vinden en waar ze wel en geen keuzes wensen. Ten slotte heeft de RVS zich binnen dit adviestraject over zorginkoop specifiek gericht op de relatie met innovatie. De Raad heeft twee rondetafelgesprekken georganiseerd – één over organisatorische innovatie en één over technologische innovatie – en heeft met verschillende zorgprofessionals gesprekken over e-health gevoerd. Vooruitlopend op dit advies heeft de Raad op 26 januari 2017 een briefadvies over e-health uitgebracht getiteld *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte* (RVS 2017b).

1.5 Leeswijzer

Op basis van deze brede verkenning analyseert de RVS in hoofdstuk 2 de huidige praktijk van zorginkoop. In hoofdstuk 3 presenteert de Raad de richting van een ander perspectief en de daarbij horende sturingsprincipes. In hoofdstuk 4 vertaalt hij dit andere perspectief naar de huidige praktijk van zorg en ondersteuning: de Zvw, de Wlz en de Wmo en de Jw. In dit hoofdstuk geeft de Raad per wettelijk kader een aantal concrete aanbevelingen om de wensen en behoeften van patiënten en cliënten meer centraal te stellen en het inkoopproces sterk te vereenvoudigen. Tot slot volgt een conclusie.

Noten

- 1 Waar in dit advies gesproken wordt over bekostiging gaat het over de wijze waarop zorgaanbieders uiteindelijk financieel afgerekend worden. Wanneer een ziekenhuis met een zorgverzekeraar in een contract een aanneemsom overeenkomt, wordt in dit advies als bekostiging de aanneemsom gezien en niet de dbc's waar het budget uiteindelijk nog mee gevuld wordt. Relevant zijn immers de uiteindelijke financiële prikkels die afspraken oproepen.

2 Zorginkoop in de praktijk

Op basis van de praktijkverkenning constateert de RVS dat de toegevoegde waarde van het instrument zorginkoop ter discussie staat (RVS 2017a). Zoals in dit hoofdstuk wordt uitgewerkt, blijkt in het bijzonder dat: 1) er een tekort aan draagvlak voor zorginkopers bestaat om als vertegenwoordiger van de burger/verzekerde selectief zorg in te kopen, 2) inkoop ver afstaat van burgers en van wat zij belangrijk vinden, 3) inkoop van middel tot doel wordt verheven, en 4) burgers wisselend betrokken zijn en zorgverzekeraars en zorgkantoren ervaren worden als verlengde arm van de rijksoverheid. Tot slot, bij 5) wordt geconcludeerd dat zorginkoop in bepaalde situaties wel succesvol is geweest: als strategische inkoop op de achtergrond of bij de inkoop van medische hulpmiddelen en medicijnen. Ook heeft de zorginkoop geleid tot een groter zelfbewustzijn onder aanbieders.

Op basis van de nadelige effecten van de huidige inkooppraktijk concludeert de RVS dat doorontwikkeling van de zorginkoop wenselijk is. In het volgende hoofdstuk reikt de Raad daarom een ander perspectief op zorginkoop aan met de zorgrelatie als centraal uitgangspunt.

2.1 Zorginkopers missen draagvlak

De Raad komt ten eerste tot de conclusie dat inkopers niet het draagvlak hebben om patiënten/cliënten naar door hen aanbevolen zorgaanbieders te sturen.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Binnen de Zvw staat het model van de gereguleerde competitie centraal.

Het idee is dat concurrentie om de gunst van de verzekerde de zorgverzekeraars stimuleert om de kwaliteit te verhogen, de kosten te beheersen en patiënten tevreden te stellen. De verwachtingen van zorginkoop als een instrument om dit te bewerkstelligen zijn in de loop der jaren toegenomen. Terwijl in de Zvw nog gesproken werd over de mogelijkheid om zowel een polis aan te bieden die voorziet in gecontracteerde zorg als een polis waarbij geen zorg wordt gecontracteerd (TK 2003/2004, p. 4), wordt in de meest recente evaluatie van de Zvw doelmatige zorginkoop als expliciete doelstelling gezien en als aanbeveling geformuleerd om dit te optimaliseren (KPMG Plexus 2014).

De veronderstelling dat zorgverzekeraars zich door middel van (selectieve) inkoop kunnen onderscheiden, is echter niet juist gebleken. Verzekerden willen niet dat de verzekeraar bepaalde zorgaanbieders voor hen contracteert en andere niet contracteert. Zij willen vrij zijn in de keuze voor een zorgaanbieder en laten zich niet graag naar een zorgaanbieder sturen die hun verzekeraar heeft geselecteerd. Omdat verzekerden het idee hebben dat zorgverzekeraars vooral uit zijn op beperking van de kosten, staan ze zeer argwanend tegenover de rol van verzekeraars als inkopers (Hoefman et al. 2015). Onderscheidende dienstverlening voor eigen verzekerden bij zorgaanbieders is evenmin tot stand gekomen. Zorgaanbieders willen geen onderscheid maken tussen patiënten op basis van de zorgverzekeraar bij wie patiënten een polis hebben afgesloten. Verzekerden kiezen hun polis dan ook niet op basis van de kwaliteit van de ingekochte zorg, maar vooral op basis van de hoogte van de premie (BS Health Consultancy 2015, 2016). Concurrentie op basis van de premie geeft verzekeraars wel een prikkel om op de kosten te letten.

Toch stelt de Raad niet dat zorgverzekeraars onvoldoende zorg inkopen of de kwaliteit van het ingekochte zorgaanbod veronachtzamen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en kwijten zich ook van deze taak. Echter, het getrapte mechanisme waarbij zorgverzekeraars concurreren op de zorgverzekeringsmarkt om de gunst van verzekerden door selectief in te kopen op de zorginkoopmarkt, werkt in de praktijk niet zoals gehoopt.

Daarbij was het idee ook dat gereguleerde marktwerking zou leiden tot nieuwe zorgverzekeraars en innovatieve manieren van zorginkoop. In de laatste tien jaar zijn er wel initiatieven geweest van bijvoorbeeld ANNO12 en Zorgeloos die hebben geprobeerd toe te reden, maar hen is het niet gelukt. Met de overname van Promovendum, National Academic en Besured van VGZ door IptiQ waagt zich per 1 januari 2018 voor het eerst een nieuwe zorgverzekeraar op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt (Skipr 2017). Hoewel er meer innovatieve manieren van inkoop zijn ontstaan, zoals meerjarenafspraken, prestatie-inkoop, populatiemanagement en persoonsvolgende bekostiging, zijn de verschillen in inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars beperkt.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz bepaalt dat per regio één inkoper de langdurige zorg binnen de gestelde kaders organiseert. Cliënten blijken het zorgkantoor slecht in beeld te hebben: cliënten of hun naasten raadplegen in de praktijk nauwelijks zorgkantoren bij de keuze van een instelling (RVS 2017a). Zorgkantoren zouden graag deze adviesrol op zich nemen en zo cliënten sturen, maar het lukt ze beperkt om deze rol te pakken. De meeste cliënten maken zelf de keuze voor een zorginstelling. Uit de

praktijkverkenning blijkt dat belangrijke overwegingen bij hun keuze de nabijheid tot familie, het zich thuis voelen in een instelling en de uitstraling van het gebouw zijn.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet (Jw)

Ook binnen de Wmo en de Jw is er sprake van één inkoper, namelijk de gemeente. Het idee is dat de gemeente namens burgers maatschappelijke ondersteuning inkoopt en daarbij voor burgers – meer dan voorheen de rijksoverheid – verschil kan maken. Gemeenten hebben de afgelopen twee jaar volop geëxperimenteerd met het organiseren van zorg en ondersteuning, en als onderdeel hiervan met het inrichten van inkoop en het zoeken naar bekostigingswijzen die passen bij de lokale situatie (RVS 2017a). Daar geeft de wet ook alle ruimte voor. De opgave voor gemeenten is om hun zorgplicht te vervullen en voldoende draagvlak bij burgers en cliënten te krijgen en behouden voor de wijze waarop zij inkopen en sturing geven aan de inrichting van het zorglandschap. De wetgever heeft gemeenten naast de rol van inkoper binnen de Wmo ook die van indicatiesteller en toezichthouder op kwaliteit toebedeeld.

Uitgangspunt in de Wmo en de Jw is dat gemeenten organiseren dat er samen met de cliënt onderzocht wordt wat passende ondersteuning is. Veel gemeenten hebben deze rol neergelegd bij een sociaal wijkteam of een jeugd- en gezinsteam. Het is nog te vroeg om vast te stellen of gemeenten er zo in slagen om voldoende vertrouwen van de cliënt te winnen. Uit het onderzoek van I&O Research (2016) blijkt dat een groot aantal Nederlanders (47%) sceptisch is over de verbeteringen die de decentralisaties gaan bieden in het sociaal domein, hoewel het vertrouwen volgens de onderzoekers wel iets toeneemt.

De Raad komt tot de conclusie dat inkopers er vooralsnog in geen van de domeinen van zorg en ondersteuning in geslaagd zijn om vertrouwen te winnen van burgers, verzekerden, patiënten en cliënten. Dit is echter wel belangrijk, want wanneer dit niet lukt, ondergraaft dit de legitimiteit van inkopers en tast dit het vertrouwen in de stelsels van zorg en ondersteuning in hun geheel aan, omdat zorginkoop een centrale positie inneemt binnen deze stelsels. Hierbij plaatst de Raad wel de kanttekening dat gemeenten nog maar twee jaar bezig zijn met het inkopen van zorg en ondersteuning in het kader van de Wmo en Jw, en dat het daarom te vroeg is om hier al een conclusie te trekken.

Dit roept een meer fundamentele vraag op of patiënten/cliënten een derde partij, die een belang heeft om de kosten te beheersen, als adviseur zouden vertrouwen. Het is de vraag in hoeverre de legitimiteit van inkopers te versterken is of dat geaccepteerd moet worden dat de gecombineerde functie van penning-

meester en inhoudelijk adviseur waarschijnlijk altijd tot een vertrouwensprobleem leidt. Ook in de Verenigde Staten hebben *managed care*-organisaties hiermee geworsteld (zie het kader hierna).

Managed care backlash

Managed care-organisaties (integrale zorgorganisaties) waren in de Verenigde Staten succesvol in het beperken van de stijging van zorgkosten. Ze wisten dit te bereiken zonder dat dit ten koste ging van de objectief gemeten kwaliteit van zorg. Toch keerde in de jaren 90 de publieke opinie zich tegen deze organisaties (de zogenoemde *managed care backlash*). In de perceptie van verzekerden – gevoed door een paar incidenten – zouden *managed care*-organisaties meer geïnteresseerd zijn in het beperken van de kosten dan in het verbeteren van de zorg. Dit had in de VS een golf van wetgeving tot gevolg die verzekerden moest beschermen.
(Bron: Havighurst 2001)

2.2 Zorginkoop sluit onvoldoende aan bij wensen en behoeften van burgers

Ten tweede bestaat bij veel patiënten/cliënten behoefte aan keuzevrijheid voor en regie rond de zorgprofessional, de zorginstelling, de behandeling, de medicatie en de benodigde hulpmiddelen (Ter Berg en Schothorst 2017). Patiënten/cliënten waarderen het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen, ook al gebruikt slechts een beperkte groep actief dit recht (Victoor 2015).

De Raad constateert daarbij dat de wensen en behoeften van mensen pluriform zijn en afhangen van de context, ofwel de leefomstandigheden en voorkeuren van patiënten/cliënten en de setting waarin zorg wordt verleend (RVS 2017d). Veel van deze wensen en behoeften kunnen niet op een centraal niveau vastgesteld en ingekocht worden, maar zijn alleen op het niveau van de zorgrelatie in te vullen. Zorg wordt verleend binnen een afhankelijkheidsrelatie tussen patiënt en professional en is persoonlijk, en dus verschillend voor mensen. De kwaliteit van de zorg wordt binnen de relatie bepaald. De RVS heeft eerder al gepleit voor meer maatwerk in alle geledingen van zorg en ondersteuning, voor meer ruimte voor het wikken en wegen en voor meer situationele oplossingen (RVS 2016a). De huidige inkooppraktijk verhoudt zich slecht tot pluriformiteit in zorg en

ondersteuning. Inkoop en verkoop heeft via standaardisering en massa-inkoop een homogeniserende werking op het zorgaanbod. Dat kan gewenst zijn om ongewenste praktijkvariatie terug te dringen, maar kan ook ten koste gaan van pluriformiteit. Met name het verbinden van financiële consequenties aan prestaties ten opzichte van spiegelinformatie kan leiden tot een dictatuur van middelmaat (zie voor een voorbeeld het kader hierna). Verder werken in sectoren waar veel zorgaanbieders actief zijn inkopers vaak met een paar standaard-contractopties met daarin proces- en structuurvereisten (routine-inkoop). Voorbeelden van proces- en structuurvereisten die inkopers gebruiken uit de praktijkverkenning zijn de omvang van de organisatie, lidmaatschap van een brancheorganisatie, keurmerken, (na)scholingseisen, aanwezigheid van protocollen, de kwaliteit van de bedrijfslocatie, ketenafspraken, het aandeel zzp'ers en het al dan niet onderdeel zijn van een samenwerkingsverband (RVS 2017a).

Inkopen op basis van een behandelindex

Een voorbeeld van de standaardiserende werking van inkoop is de inkoop van fysiotherapie via een behandelindex. De score op een behandelindex laat zien hoe een fysiotherapeut behandelt in vergelijking met andere praktijken met vergelijkbare patiëntengroepen. Een praktijk met een score op de behandelindex van 100 zit op het landelijk gemiddelde. Sommige verzekeraars gebruiken deze behandelindex bij de inkoop, waarbij geldt: hoe hoger de score op de behandelindex, hoe slechter het contract. Ter illustratie: een lage score op de behandelindex levert een overeenkomst A op, een gemiddelde score op de behandelindex overeenkomst B en een hoge score op de behandelindex overeenkomst C. Overeenkomst A is voor de fysiotherapeut het meest aantrekkelijk en overeenkomst C het minst aantrekkelijk. Het doel van de behandelindex is om overbehandeling tegen te gaan door aanbieders die minder dan gemiddeld behandelen te belonen. Het leidt echter ook tot standaardisatie, en hoewel gecorrigeerd wordt voor verschil in patiëntengroepen zorgt het voor prikkels tot onderbehandeling.

Het is overigens niet zo dat patiënten/cliënten op dit moment binnen de Zvw door inkopers belemmerd worden in hun keuzevrijheid. Sterker nog, selectief contracteren is slechts beperkt van de grond gekomen. De Raad stelt dat het

beleid om de positie van de inkoper als selectieve inkoper te versterken op weinig draagvlak kan rekenen en een doodlopende weg is, omdat burgers en verzekerden dit niet willen en het de vraag is of de zorg voor de burger daardoor verbetert. De dreiging van selectieve inkoop heeft op zichzelf al een negatief effect op het vertrouwen van burgers in de zorg.

Hoewel er een vrijwel volledige keuzevrijheid bestaat binnen het huidige aanbod, voldoet dit niet aan de complexere wensen en behoeften van patiënten/cliënten, en hebben maar weinig patiënten/cliënten de kennis en kunde om wijs te worden uit het bestaande aanbod. Wanneer er sprake is van de inzet van meer dan één zorgaanbieder, zoeken patiënten/cliënten naar een aanspreekpunt, iemand die hen ondersteunt, de weg wijst en aangeeft waar zij recht op hebben. Dit wordt nog versterkt als patiënten/cliënten een beroep moeten doen op zorgaanbieders die via verschillende wetten worden gefinancierd, zo blijkt uit het onderzoek van Ter Berg en Schothorst (2017) en uit het vijfde signaalrapport van Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (2017). Vooral mensen met chronische zorg- en ondersteuningsbehoeften blijken op dit moment niet te krijgen wat zij eigenlijk nodig hebben.

De huidige manier van inkoop en bekostiging van zorg en ondersteuning heeft vaak perverse prikkels in zich: die is gericht op behandeling en niet per se op de beste oplossing voor de specifieke patiënt (de gewenste pluriformiteit) en heeft geen focus op preventie. Onder preventie wordt hier het voorkomen van zorg en ondersteuning in brede zin verstaan. Dit gaat ook om oplossingen die buiten het medische model liggen; zie ook het advies *Recept voor maatschappelijk probleem* (RVS 2017c). Mensen zullen de voorkeur hebben voor het voorkomen van het ontstaan van een zorg- of ondersteuningsvraag boven behandelen. Daarbij leidt meer medische zorg niet altijd tot betere gezondheid (Welch 2015). Doordat inkopers op veel plekken in zorg en maatschappelijke ondersteuning betalen per behandeling of consult, loont gezondheidsbevordering en het voorkomen van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor zorgverleners en professionals niet.² Daarnaast speelt bij preventie vaak het probleem dat de partij die opdraait voor de kosten niet profiteert van de opbrengsten en daardoor minder geneigd zal zijn te investeren. Wanneer bijvoorbeeld een gemeente ondersteuning of preventie vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) of de Wmo biedt, kan dit leiden tot minder kosten in de Wlz of in de Zvw (bijvoorbeeld wijkverpleging of ggz).

2.3 Zorginkoop leidt tot ongewenste effecten

Ten derde concludeert de Raad dat zorginkoop en -verkoop, zonder dat burgers en professionals een toegevoegde waarde ervaren, wel een aantal ongewenste effecten met zich meebrengt.

Zowel zorginkopers als zorgverleners investeren fors in een goed verloop van het inkoop- en verkoopproces: er worden veel data vergaard en geanalyseerd (*business intelligence*), en inkoop- en verkoopafdelingen zijn opgericht of uitgebreid. Ook nemen inkopers zorgverleners in dienst, en andersom blijken als reactie hierop zorgaanbieders inkopers in dienst te nemen. Het is de vraag of al deze inspanningen uiteindelijk leiden tot een hogere kwaliteit van de zorg en de maatschappelijke ondersteuning of dat ze slechts zorgen voor meer overhead en op hun beurt kunnen leiden tot een inkoopwedloop en zelfs uitmonden in een conflict (zie kader). Ook binnen de Wlz en Wmo – waar inkoop nog maar een korte historie heeft – wordt veel geld en menskracht geïnvesteerd in de inkoop (Van Diepen en Van de Gevel 2017). Inkoop is daarmee ‘losgezongen’ van de inhoud van zorg en lijkt van middel tot doel verheven.

Media opzoeken bij conflict

De laatste jaren worden bij conflicten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over zorginkoop regelmatig de media opgezocht. Vooral bij de inkoop van medisch-specialistische zorg, maar ook meer recent bij de inkoop van wijkverpleging zien we dat naar de media stappen of hiermee dreigen een middel voor de aanbieder is om de verzekeraar onder druk te zetten. Hier zijn zorgverzekeraars gevoelig voor, want dit kan ten koste gaan van hun reputatie en kan hen verzekerden kosten. Hoewel het hele spel waarbij partijen een zo goed mogelijke deal willen afsluiten en daar verschillende middelen voor inzetten vanuit instellingsbelangen te verklaren is, kan dit vanuit een maatschappelijk belang onwenselijk zijn. Het kost middelen en energie die niet leiden tot betere zorg voor patiënten en cliënten, en het tast het vertrouwen in het zorgstelsel aan. Er is inmiddels een geschillencommissie voor (pre) contractuele onenigheid (zowel mediation als arbitrage) (TK 2014/2015). (Bron: RVS 2017a)

Zorgaanbieders, professionals en cliënten/patiënten ervaren dat inkopers met hun inkoopinstrumenten de professionele verantwoordelijkheid inperken en dat ze op de stoel van de zorgverlener of professional gaan zitten (RVS 2017a). Inkopers hebben de neiging om zich te richten op proces- en structuurdetails, deze te willen vastleggen en hierop te sturen. Inkoop legt de nadruk op datgene wat afrekenbaar is, op wat zorginkopers kunnen meten en waar ze zorgverleners op kunnen afrekenen. Er is dan nauwelijks ruimte voor factoren die niet kwantificeerbaar te maken zijn. Het stellen van centrale normen en detaillistische procesvereisten gaat voorbij aan de verschillen tussen patiënten/cliënten en zorginstellingen. Zorginkoop gericht op rechtmatigheid staat vaak op gespannen voet met pluriformiteit. Waar de zorginkopers een sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van de zorgverkopers, ervaren zorgverleners het contracteerproces als eenzijdig: ‘tekenen bij het kruisje’.

Ten slotte stimuleert inkoop aanbieders om beproefde methodes te hanteren die op korte termijn zekerheid bieden, maar ontmoedigt inkoop het verbeteren van zorg door innoveren en anders organiseren. In zijn briefadvies *Implementatie van e-health vraagt om durven ruimte* gaat de Raad uitgebreid in op de relatie tussen zorginkoop en innovatie (RVS 2017b). In dit briefadvies stelt de RVS dat het bij jaarcontracten voor aanbieders riskant is om te investeren in innovatie. Het gevaar bestaat immers dat ze na het jaar van investeren een slechter contract krijgen of zelfs het contract verliezen, waardoor investeringen niet terugverdiend worden. Zo schieten zorgaanbieders met de invoering van een innovatie als e-health zichzelf vaak dubbel in de voet. Vergoedingen voor zorgaanbieders zijn namelijk afgestemd op aantallen verrichtingen en uren zorg, terwijl veel e-health juist het aantal verrichtingen (zoals ziekenhuisopnames of zorgbezoeken) wil terugdringen. Hierdoor verlaagt e-health de inkomsten voor zorgaanbieders, terwijl zij wel de kosten dragen voor het invoeren ervan.

2.4 Wisselende betrokkenheid van burgers

Ten vierde ervaren burgers zelf een beperkte betrokkenheid bij zorginkoop en ervaren zij zorgverzekeraars en zorgkantoren als verlengde arm van de rijksoverheid in plaats van als belangenbehartiger van hun verzekerden.

De Raad merkt op dat veel zorginkoop eigenlijk bestaat uit het uitvoeren van beleidsregels van de NZa, het invulling geven aan wensen van de minister of het naleven van bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Het principe van het beheersen van de kosten is dominant. En bij onwelgevallige uitkomsten van zorginkoop vinden overheid en politiek het lastig om niet te interveniëren, waarmee de

werking van zorginkoop als sturingsinstrument ondergraven wordt. Binnen de langdurige zorg zijn zorgkantoren voornamelijk uitvoerders van de Wlz. Het zorgkantoor voert zijn taak uit omdat die is opgedragen door de wetgever en niet door een achterban.

Uit de praktijkverkenning blijkt dat patiënten/cliënten en burgers wisselend betrokken zijn bij de zorginkoop. Burgers zien de zorgverzekeraar vaak niet als een partij die hun belangen behartigt, maar als zorginkoper namens de overheid. Daar komt immers de opdracht tot beperking van het budget en bewaking van de rechtmatigheid vandaan. Uit de praktijkverkenning blijkt evenwel dat zorgverzekeraars zich steeds meer inspannen om patiënten te betrekken bij de zorginkoop (RVS 2017a). Ook zorgkantoren zoeken steeds meer afstemming met cliënten en in de Wlz is te zien dat de rol van cliëntvertegenwoordiging inmiddels stevig wettelijk verankerd is. Voor patiëntenverenigingen blijft het daarbij nog wel de vraag of deze grotere betrokkenheid leidt tot daadwerkelijke invloed op het beleid. Binnen de Wmo zijn gemeenten nog zoekende naar hoe zij bijvoorbeeld een Wmo-raad goed kunnen benutten of andere instrumenten kunnen ontwikkelen; de invloed van de Wmo-raad blijkt op dit moment nog beperkt te zijn (RVS 2017a).

2.5 Succesvolle zorginkoop

Hoewel het stelsel niet functioneert zoals verwacht en zorginkoop tot negatieve effecten leidt, heeft het instrument ook veel opgeleverd voor de kostenbeheersing en de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Daarnaast zien we dat de praktijk van zorginkoop zich aan het ontwikkelen is en er goede initiatieven en experimenten zijn die veel energie bij aanbieders en inkopers losmaken. Zo hebben zorgverzekeraars voor hun verzekerden een flinke besparing weten te realiseren door het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen en hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal, orthopedische schoenen en gehoorapparaten. Het instrument van de zorginkoop lijkt hier wel te passen, omdat het om definieerbare producten gaat in plaats van een zorgrelatie tussen patiënt en professional. Daarnaast vervult zogenoemde stille of strategische zorginkoop, vooral bij ziekenhuiszorg, een positieve rol om tot een verbetering van het zorglandschap te komen door middel van meerjarencontracten en daarin gedefinieerde prestaties en garanties (RVS 2017a). Zo is bijvoorbeeld het zorglandschap in Noordoost-Groningen met behulp van zorgverzekeraar Menzis gemoderniseerd en verbeterd. Zorginkoop heeft gezorgd voor meer specialisatie, daar waar er een relatie is tussen het vaker behandelen en professionele kwaliteit. Denk aan de borstkankerzorg. Tot slot maken verzekerden steeds meer gebruik van het

aanbod van verzekeraars voor zorgadvies en -bemiddeling. Deze positieve rol blijft voor verzekerden echter vaak onzichtbaar en komt niet direct in de polis terug.

Binnen de Wlz zien we dat met de contouren van contracteringsbeleid van zorgkantoren voor 2018 – te vinden in het document *Samen waarde toevoegen voor de klant* van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – in elk geval een andere weg is ingeslagen: zorgkantoren zouden zich moeten aansluiten bij het kwaliteitskader en er komen meerjarige overeenkomsten en experimenten met persoonsvolgende bekostiging (ZN 2017). In de praktijk zijn er echter nog wel verschillen tussen zorgkantoren.

Gemeenten lijken mede door middel van de zorginkoop de organisatie van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp te verbeteren. Gemeenten hebben meer ruimte en een sterkere positie dan zorgverzekeraars en zorgkantoren om hun eigen stempel op de maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp te drukken. Ze maken meer gebruik van nieuwe contractvormen en verlaten de productfinanciering zoals deze in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd toegepast. Zo is de decentralisatie gepaard gegaan met een aanzienlijke budgetbeperking die grotendeels goed is opgevangen, en is met de kanteling een werkwijze ingezet die meer uitgaat van de zorgvraag en de wensen en behoeften van de zorgvrager en wat deze met behulp van het netwerk zelf kan. Ook maken verschillende gemeenten meerjarige afspraken met aanbieders over het te leveren zorgaanbod of sluiten ze in gezamenlijke verbanden contracten met aanbieders.

Uit de praktijkverkenning blijkt in het algemeen dat zorgaanbieders door zorginkoop zelfbewuster zijn geworden (RVS 2017a). Het heeft hen onder meer gestimuleerd om goed na te denken over waar hun toegevoegde waarde ligt, over hoe zorg en ondersteuning efficiënter geleverd kunnen worden en over hoe zij opener kunnen zijn over de kwaliteit van zorg- en dienstverlening.

Deze positieve rol van zorginkoop moet volgens de Raad zichtbaarder worden en verder uitgebouwd worden. Het gaat hier onder andere om strategische zorginkoop om het zorglandschap te verbeteren en om meer traditionele inkoop van (generieke) geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Noten

- 2 Beargumenteed kan worden dat preventie niet onder de strekking van de Zvw valt. Kosten van geïndiceerde preventie kunnen echter wel onder de Zvw vallen, en ook hier kan geïnvesteerd worden in het voorkomen van (zwaardere) behandelingen.

3 Ander perspectief

In het vorige hoofdstuk beschreef de Raad de conclusie dat zorginkoop anders werkt dan bedacht. Het heeft resultaten opgeleverd, maar zorgt ook voor negatieve effecten. Zo staat de praktijk van zorginkoop ver af van burgers en van wat zij belangrijk vinden, is zorginkoop van middel tot doel geworden, missen zorginkopers draagvlak, en zijn inkopers verworpen tot uitvoerders van het beleid van de rijksoverheid.

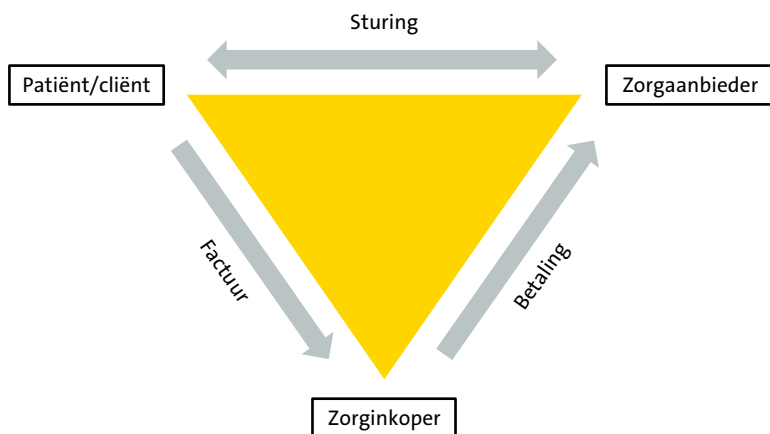
In dit hoofdstuk schetst de Raad eerst op hoofdlijnen langs een aantal leidende principes een ander perspectief op zorginkoop. In dit perspectief stoppen zorginkopers met (de dreiging van) jaarlijks selectieve inkoop en gedetailleerde proces- of structuurafspraken. Ze laten de relatie tussen patiënt/cliënt en zorgprofessional leidend zijn voor het aansturen van zorg en maatschappelijke ondersteuning. Binnen dit perspectief geldt er een belangrijke gedeelde verantwoordelijkheid van aanbieders en inkopers voor het beheersen van de zorguitgaven en dus verantwoord omgaan met publieke middelen. Deze verantwoordelijkheid kunnen ze waarmaken door te werken met meerjarenafspraken, met daarbij in het bijzonder aandacht voor innovatie en preventie. Voor beschikbaarheidsfuncties is duidelijke regie van belang. Tot slot streven inkopers en aanbieders naar eenvoud van administratie en delen ze data met elkaar en met patiënten en professionals.

Binnen dit perspectief is de zorgrelatie tussen de patiënt/cliënt en de zorgprofessional het centrale uitgangspunt. Door te focussen op die zorgrelatie beoogt de Raad de afstand tussen burgers – patiënt/cliënt/verzekerde – en de collectief georganiseerde zorgstelsels te verkleinen en het vertrouwen van burgers in de organisatie van de zorg en maatschappelijke ondersteuning te herstellen. De Raad beseft dat dit perspectief niet van de ene op de andere dag geregeld is. Omdat het een proces van vallen en opstaan is, is het nodig om verschillende benaderingen en experimenten een kans te geven. De Raad wil niet het ene stelsel door het andere vervangen, maar juist de ruimte scheppen om de praktijk te laten groeien op basis van de geadviseerde principes. Dat kan ook, omdat in de praktijk al veel goede voorbeelden te zien zijn, zoals in paragraaf 2.5 is beschreven.

In het volgende hoofdstuk geeft de Raad een eerste uitwerking aan de betekenis van dit perspectief voor de sturing en de organisatie van zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp binnen de huidige wettelijke kaders (Zvw, Wlz, Wmo en Jw) en doet hij een aantal concrete aanbevelingen.

3.1 Zorgrelatie centraal

De Raad vindt dat de patiënt/cliënt samen met een professional in principe bepaalt wat passende zorg is. Bij de decentralisaties van de Wmo en Jw was dit ook het uitgangspunt. Selectie van aanbieders verloopt niet meer via selectieve inkoop, maar via een gezamenlijke beslissing van de patiënt/cliënt met de professional. De specifieke context van de praktijk en (behandelings)voorkeuren van de patiënt/cliënt kunnen dan een zwaarwegende rol spelen in de beslissing. Afhankelijk van het type zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld acuut, electief of chronisch) zal de ene keer de rol van de professional groot zijn en de andere keer die van de patiënt/cliënt zelf.



Figuur 1: Individuele zorgrelatie sturend voor het aanbod in zorg en ondersteuning
Gewenste sturing vanuit het perspectief van de burger en betaling door de inkoper

Deze lijn betekent dat op het niveau van de zorgrelatie de rol van zorginkopers heel beperkt is. Ze betalen de factuur op basis van prestaties, prijzen en budgetten die binnen meerjarencontracten zijn afgesproken en ze innen, als dat wettelijk is vastgesteld, een eigen bijdrage of het eigen risico (zie figuur 1). In het perspectief van de Raad maken inkopers voor de korte termijn geen afspraken meer met zorgverleners: ze stoppen met de jaarlijkse (dreiging van) selectieve inkoop en gedetailleerde kwaliteitsafspraken op proces- of structuurniveau.

Dit perspectief legt de verantwoordelijkheid voor goede zorg bij professionals neer en biedt ruimte voor intrinsieke motivatie. De huidige praktijk van het gedetailleerd contracteren op proces- en structuurindicatoren, in combinatie met sterke (financiële) prikkels, beïnvloedt het gedrag van organisaties en professionals en beperkt daarmee de professionele verantwoordelijkheid (de professional verliest als het ware zijn vak). Deze indicatoren zijn vaak overlappend of komen boven op de normen die bepaald zijn door de beroeps- of wetenschappelijke verenigingen die ook al een leidraad vormen voor het professioneel handelen. In het perspectief van de Raad wikken en wegen patiënten/cliënten samen met professionals over de beste oplossing in een bepaalde situatie.

Het centraal stellen van de zorgrelatie zal ruimte geven aan pluriformiteit. Patiënten/cliënten krijgen zorg en ondersteuning die beter aansluiten op wat zij wensen en nodig hebben, en collectieve middelen kunnen gericht ingezet worden. Een voorbeeld van hoe meer pluriformiteit tot hogere kwaliteit en beheersbare uitgaven kan leiden, is het Zweedse initiatief van een centrum voor persoonsgerichte zorg in Sahlgrenska University Hospital in Gotenburg. Gezamenlijk door patiënten en professionals overeengekomen zorgplannen bij heupbreuken en chronische hartklachten leiden hier tot korter verblijf in het ziekenhuis, minder angst en onzekerheid, minder complicaties, betere pijnbestrijding en kostenbesparingen (Ekman et al. 2015).

Om dit te bereiken moet er nog meer ruimte komen voor gezamenlijke besluitvorming. In zijn advies *Zonder context geen bewijs* heeft de RVS al aanbevelingen gedaan om gezamenlijke besluitvorming te versterken (RVS 2017e). Zo adviseerde de Raad om gezamenlijke besluitvorming beter op de context van de patiënt af te stemmen en om patiëntenorganisaties samen met zorgverleners en andere betrokkenen het initiatief te laten nemen voor het ontwikkelen van keuzehulpen die uitgaan van wat patiënten belangrijk vinden. Het perspectief vraagt dat er binnen deze gezamenlijke besluitvorming ook aandacht is voor het verantwoord omgaan met collectieve middelen. Op het gesprek over de vraag of de zorg en

maatschappelijke ondersteuning de kosten waard zijn, rust nu nog een groot taboe. De Raad vindt dat het gesprek over kosteneffectiviteit en doelmatigheid een onlosmakelijk onderdeel moet zijn van de kwaliteitskaders in de zorg. Daarbij zal er vanuit het oogpunt van beheerste zorguitgaven, maar ook vanuit het oogpunt van medische veiligheid en professionele kwaliteitseisen, altijd een bandbreedte gelden waarbinnen oplossingen moeten vallen. Deze bandbreedte wordt bepaald door wettelijke kaders, het budgettair macrokader, het pakket van verzekerde zorg, eventueel een indicatiestelling en prestaties die de NZa of de gemeente heeft vastgesteld.

Van zorgaanbieders mag verwacht worden dat ze op een maatschappelijk verantwoorde wijze zorg en maatschappelijke ondersteuning verlenen. Overbehandeling past hier niet bij, omdat tegenover de maatschappelijke kosten geen baat voor een patiënt staat. Stakeholders mogen aanbieders hierop aanspreken (ook vanuit de eed van Hippocrates). Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zijn zorgaanbieders bovendien verplicht om ‘goede zorg’ aan te bieden. Onder goede zorg wordt in de wet verstaan: *“zorg van goede kwaliteit en van goed niveau”*, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. In deze norm ligt al besloten dat overbehandeling niet is aan te merken als ‘goede zorg’ (want niet doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht en soms zelfs niet veilig). De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van deze wettelijke norm.

Bij de zorgverlener zou, meer dan nu, doelmatig en efficiënt werken via zijn eigen professionaliteit, audits, peer-to-peer-intervisie, richtlijnen en kwaliteitskaders ondersteund moeten worden. Op grond van de WGBO en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) zijn zorgverleners gehouden de zorg van een goede hulpverlener te betrachten en daarbij onder meer te handelen in overeenstemming met de professionele standaarden die gelden voor hun beroepsgroep. Overbehandeling is daarmee ook professioneel gezien aan te merken als zorg die niet aan deze normen voldoet en die in het uiterste geval ook aan de tuchtrechter kan worden voorgelegd. Dit vraagt van zorgverleners professionaliteit; naast hoogwaardige vakinhoudelijke kennis moeten zij ook beschikken over een sterk reflectief vermogen op hun eigen handelen en dat van anderen (RVS 2016b). De Raad ziet meer soelaas in het bevorderen van doelmatig werken via de kwaliteit dan via de contractering/bekostiging. Op het niveau van zorgprofessionals moeten sterke financiële risico's worden vermeden. Hier gaat een sturende werking vanuit, dit gaat ten koste van de verantwoordelijkheid van de professional en het tast het vertrouwen van de patiënt/cliënt in de zorgprofessional aan. Wel zouden professio-

nals goed betrokken moeten zijn bij doelmatigheidsvraagstukken op instellings- of mesoniveau en hierin medeverantwoordelijkheid moeten dragen. Zij hebben immers vaak het beste zicht op waar het beter of efficiënter kan.

Ook van patiënten en cliënten mag verwacht worden dat zij vanuit goed patiëntschap verantwoordelijkheid nemen voor gepast zorggebruik, en hier mogen zij door professionals op worden aangesproken. Vrije keuze van de patiënt/cliënt kan de motivatie voor goed patiëntschap vergroten en helpt om de professionele relatie tussen de aanbieder en patiënt in belang te herstellen. Om overconsumptie te ontmoedigen, kennen de verschillende stelsels nu eigen bijdragen en eigen risico's voor patiënten en cliënten. Over de merites van deze instrumenten wordt politiek verschillend gedacht en biedt onderzoek op dit moment onvoldoende houvast (Van Kleef et al. 2017). Het is belangrijk om de inrichting van het systeem van eigen bijdrage en eigen risico goed tegen het licht te houden. Via experimenten kan gezocht worden naar een systematiek die goed past bij het perspectief om de zorgrelatie meer centraal te stellen. Wat betreft richting kan gedacht worden aan een eigen bijdrage per bezoek in plaats van een eigen risico of eigen bijdrage per jaar, waarbij bijvoorbeeld via een maximum rekening wordt gehouden met chronisch zieken.

Kortom, de ruimte die professionals en patiënten krijgen om zorg en ondersteuning in te vullen is niet vrijblijvend. Een goede professional dient altijd bereid te zijn verantwoording af te leggen over goede kwaliteit van zorg tegen aanvaardbare kosten. Zowel professionals als aanbieders moeten het vanzelfsprekend vinden dat zij uitleggen waarom zij voor een bepaalde behandeling of methodiek hebben gekozen (zich *accountable* opstellen).

3.2 Gedeelde verantwoordelijkheid van zorginkopers en -aanbieders

Als patiënten/cliënten samen met professionals bepalen wat nodig is, bestaat het risico dat dit leidt tot een openeinderegeling en onbeheersbare zorguitgaven. De vrees is dat patiënten/cliënten en professionals overgaan tot onnodig zorggebruik en hiermee de collectiviteit ondergraven. De Raad is van oordeel dat dit risico te beperken is door prikkels om te behandelen – die er nog steeds op veel plekken zijn – in de meerjarenafspraken zo veel mogelijk weg te nemen en zo meer ruimte te bieden aan gezamenlijke besluitvorming van patiënten/cliënten met professionals op basis van inhoudelijke in plaats van financiële overwegingen, zoals in de vorige paragraaf besproken. Binnen het perspectief van de RVS blijft het uitgangspunt dat de rijksoverheid en gemeenten kaders vaststellen voor de budgettaire uitgaven aan zorg en ondersteuning.

In het perspectief van de Raad hebben zorginkopers en zorgaanbieders een gedeelde verantwoordelijkheid om over meerdere jaren te zorgen voor beheerste uitgavenontwikkeling. Inkopers/landelijke uitvoerders spannen zich in om voor meerdere jaren reële tarieven en budgetten vast te stellen. Deze tarieven/budgetten, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntenpopulatie, kunnen alle aanbieders – die voldoen aan de kwaliteitseisen – declareren (het fungeert als een raamovereenkomst). Het is van belang dat deze standaardprestaties en tarieven/budgetten zo min mogelijk prikkels genereren voor het leveren van onnodige zorg. Om de uitgaven te beheersen en innovatie en preventie te stimuleren, hebben inkopers een prikkel om met aanbieders andere bekostigingsprestaties af te spreken, zoals gebundelde betaling, een abonnements-tarief, shared-savings-constructies, taakgerichte bekostiging, persoonsvolgende bekostiging, populatiebekostiging, enzovoort. Dit betekent een einde aan de jaarlijkse prijsconcurrentie en de opslagen en afslagen voor aanbieders die niet voldoen aan de proces- en structuureisen die de inkoper boven op de algemene kwaliteitseisen stelt.

Waarom willen aanbieders afspraken maken met inkopers als zij ook een standaardtarief kunnen declareren? De Raad ziet dat aanbieders daar een aantal redenen voor hebben:

- Het geeft aanbieders voor meerdere jaren financiële zekerheid. Dit geeft rust binnen de organisatie en maakt het gemakkelijker om financiering rond te krijgen bij banken.
- Het geeft aanbieders de ruimte om zorg en ondersteuning echt anders te organiseren en zo te verbeteren. Hiervoor kunnen volledig nieuwe prestaties met inkopers afgesproken worden.
- Met de inkoper kunnen afspraken gemaakt worden over een gestroomlijnd en geautomatiseerd administratief proces. Dit levert gemak op voor de aanbieder, de professional en de cliënt/patiënt.

Waarom willen inkopers afspraken met aanbieders maken als zij ook gewoon de factuur kunnen betalen?

- Inkopers kunnen op deze manier voor hun leden, verzekerden of burgers de zorg en ondersteuning verbeteren en moderniseren. Dit is hun missie.
- Afspraken maken eenvoudige administratieve afhandeling mogelijk en daar zijn burgers, aanbieders en inkopers bij gebaat.
- Inkopers – met uitzondering van de zorgkantoren – lopen financiële risico's die beheerst kunnen worden met meerjarige afspraken over de uitgavenontwikkeling.

Een mogelijk interessante optie voor inkopers om meerjarige overeenkomsten te stimuleren is om patiënten/cliënten te belonen wanneer deze naar een aanbieder gaan waarmee een meerjarige overeenkomst is afgesloten. Dit kan bijvoorbeeld via het (gedeeltelijk) kwijt schelden van het eigen risico of de eigen bijdrage. Voor zorgaanbieders is dit aantrekkelijk, want dit kan ervoor zorgen dat meer patiënten/cliënten voor hen kiezen, en voor de inkoper levert dit het voordeel op dat een groter deel van de zorguitgaven gedekt wordt door meerjarenafspraken. Het is overigens wel de vraag of patiënten en cliënten zich op basis van een financieel voordeel laten sturen; mogelijk staan zij hier wantrouwend tegenover en zien ze dit als zorg en ondersteuning van mindere kwaliteit.

Mocht het Budgettair Kader Zorg onverhoopt (ver) worden overschreden, ondanks het verminderen van op behandeling gerichte bekostiging en het maken van meerjarige afspraken en het monitoren hiervan, dan kan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – net als nu het geval is – als laatste redmiddel besluiten om in te grijpen. Dit kan bijvoorbeeld door aanbieders een korting op te leggen, de eigen bijdrage of het eigen risico te verhogen, of het pakket te verkleinen.

Meerjarig partnerschap tussen zorginkopers en aanbieders kan de ruimte voor nieuwkomers beperken. Afspraken die bestaande aanbieders zekerheid bieden, beperken immers de ruimte voor nieuwe aanbieders om te groeien. Andersom kan vrije toetreding van nieuwe aanbieders ertoe leiden dat het makro kader overschreden wordt en dat ook bestaande aanbieders met budgetafspraken gekort worden. Deze spanning is niet nieuw en bestaat op dit moment ook.

Binnen het perspectief dat de Raad hier ontvouwt, wordt er in principe niet selectief gecontracteerd en kunnen zorgaanbieders die voldoen aan de kwaliteits-eisen zorg en ondersteuning aanbieden. De Raad acht dit verantwoord, omdat er al toezicht is op de toetreding tot de markt van nieuwe aanbieders. Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) moeten alle instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat volgens de Wlz of de Zvw, beschikken over een toelating (artikel 5). De eisen om voor een toelating in aanmerking te komen zijn nader uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi en in de Beleidsregels WTZi. Het CIBG, een agentschap van het ministerie van VWS dat diensten voor registers levert, heeft de taak om te toetsen of een zorgaanbieder voldoet aan de eisen voor (wijziging van de) toelating. Met voorwaarden is aan de voorkant niet te voorkomen dat er in de praktijk nog steeds ondermaatse zorg wordt geleverd, maar de mazen in het net worden wel kleiner gemaakt. Hierdoor worden de kansen voor malafide aanbieders kleiner. Mocht er toch een ondeugdelijke

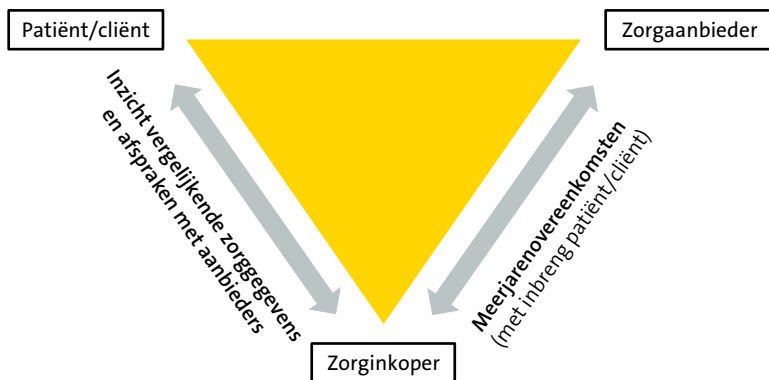
aanbieder toetreden, dan is er altijd nog het risicogestuurd toezicht van de IGZ. De IGZ heeft het toezicht op nieuwe toetreders onlangs geïntensiveerd. Afhankelijk van de risicoklasse waarin ze vallen, worden ze binnen vier weken tot zes maanden na hun start bezocht door de IGZ.

Om de toetreding van nieuwe zorgaanbieders te reguleren, stelt de Raad voor om de kwaliteitseisen van nieuwe toetreders aan te scherpen en om na een jaar te toetsen of de aanbieders betrouwbaar zijn. Daarnaast zou een instelling die veel meer uren zorg levert dan nodig of die patiënten te zwaar indiceert, daarop aangesproken moeten worden door de IGZ of de inkoper en in het uiterste geval de vergunning moeten kunnen verliezen, omdat de instelling in een publiek gefinancierde context slechte zorg levert. Ook gemeenten kunnen borgen dat aanbieders over voldoende professionele kwaliteit beschikken en afspraken maken over het leveren van zorg en ondersteuning in een netwerk of keten.

De Raad verwacht dat deze praktijk van meerjarenafspraken over de bekostiging en prestaties zorgt voor een beheerste uitgavenontwikkeling. Vooral ook omdat de huidige kaasschaafsystematiek van het jaarlijks korten slechts tot beperkte doelmatigheidswinsten leidt, terwijl het echt anders organiseren van zorg een groter potentieel heeft, maar een meerjarenperspectief vereist. Dit vraagt wel van inkopers, aanbieders en overheid dat ze onzekerheid accepteren – die gepaard gaat met een andere manier van werken – en stappen durven zetten om zorg en maatschappelijke ondersteuning te verbeteren in het belang van de patiënt/cliënt.

3.3 Meerjarenafspraken; aanbieders en inkopers als contractpartners

Binnen het gekozen perspectief van de Raad richten zorginkopers zich op de zogenoemde strategische zorginkoop, die via meerjarenafspraken richting geeft aan het gewenste zorglandschap en de daarvoor beschikbare zorgbudgetten (zie figuur 2). In de praktijk gaat het vaak om wederzijdse afhankelijkheid. Het is in dit geval in het belang van de inkoper, de aanbieder, de professional en de burger dat deze relatie wordt ingevuld als partnerschap, waarbij de partners gezamenlijk bekijken hoe ze binnen de financiële kaders de zorg en ondersteuning kunnen verbeteren.



Figuur 2: Strategische inkoop op de achtergrond

De zorginkoper sluit meerjarenovereenkomsten, waarin de administratieve handelingen worden geregeld en de gewenste ontwikkelingen voor de lange termijn worden afgesproken. Dit noemen we strategische inkoop. Hierbij zetten zorginkopers benchmarkgegevens in voor het verbeteren van het zorglandschap.

Zo ontstaat voor zorgaanbieders meer ruimte en stimulans voor samenwerking en voor investeringen in innovatie en preventie. Ze hoeven immers niet meer hun energie te steken in het jaarlijkse contracteren en kunnen in plaats daarvan bekijken hoe ze over meerdere jaren de zorg voor patiënten/cliënten kunnen verbeteren door die echt anders te organiseren. Doordat prikkels voor behandelen sterk verminderen, zullen de aanbieders hier ook financieel minder voor gestraft worden. Zorgaanbieders/professionals onderzoeken voortdurend of de zorg beter kan dan tot nog toe. Wanneer er nieuwe werkwijzen, behandelingen en methodieken in gebruik raken die beter aansluiten op de wensen en behoeften van de patiënt/cliënt, zouden deze overgenomen moeten worden.

Waar vernieuwing tot stevige maatschappelijke opbrengsten leidt, terwijl er onvoldoende of geen opbrengsten voor de individuele instelling tegenover staan – omdat opbrengsten elders neerslaan of de innovatie niet past binnen de huidige prestaties – kunnen zorginkopers via meerjarenafspraken innovatie stimuleren. Dit geldt eveneens voor situaties waarin het overstappen naar nieuwe behandelwijzen, methodieken en e-health-oplossingen ten koste gaat van omzet, werk of inkomen. Ook kunnen zorginkopers het initiatief nemen als uit hun data blijkt dat er enorme kansen liggen voor vernieuwing. Op dit niveau kunnen ook herstructureringsopgaven opgepakt worden, bijvoorbeeld wanneer er overaanbod is. Zorginkopers zouden budget moeten reserveren voor het stimuleren van samenwerking over de systemen heen, casemanagement, digitale

infrastructuur, herstructurering, preventie en innovatie. Zij kunnen ook ruimte bieden aan collectieve initiatieven van burgers/patiënten als zorgcoöperaties die de gevestigde orde kunnen uitdagen.

Deze meerjarenafspraken hebben natuurlijk invloed op het gedrag van patiënten/cliënten en professionals. Als een inkoper afspraken maakt met zorgaanbieders over concentratie en deconcentratie van zorg, bepaalt dat later de keuzemogelijkheden van patiënten/cliënten. En als partijen besluiten om grootschalige investeringen in e-health te doen, dan hebben patiënten/cliënten en professionals later de mogelijkheid om over te stappen op digitaal ondersteunde zorg. Andersom zou het een harde voorwaarde moeten zijn dat patiënten/cliënten en professionals goed betrokken worden bij structuurbeslissingen en dat het gedrag van patiënten/cliënten, zoals het uiten van voorkeuren, een belangrijke factor is bij overwegingen op dit niveau. Wanneer patiënten bijvoorbeeld nabijheid van zorg heel belangrijk vinden, dan moet dit meegenomen worden in de beslissing over concentratie van zorg en kan het besluit niet slechts gebaseerd zijn op een betere professionele kwaliteit of efficiency. Zorginkopers en aanbieders mogen alleen afspraken maken over het verdelen van zorg als ze daarvoor expliciet steun hebben van patiëntenorganisaties. Ook is er een adviesrol voor cliëntenraden van de instellingen, zoals al wettelijk verankerd is in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).

3.4 Regie bij beschikbaarheidsfuncties

Er zijn beschikbaarheidsfuncties waarin de zorgrelatie tussen professional en patiënt/cliënt de zorg niet kan aansturen. Voorbeelden zijn de klinische spoedzorg en de opvang van verwarde personen. Onder beschikbaarheidsfuncties verstaat de Raad de zorg en ondersteuning die altijd beschikbaar moeten zijn, los van de concrete vraag of een specifiek moment, en die zonder regie niet adequaat tot stand zouden komen. Als een patiënt spoedeisende hulp nodig heeft, is er niet of nauwelijks ruimte voor gezamenlijke besluitvorming. De patiënt vindt het dan vooral belangrijk om snel hulp te krijgen van goede professionals. Een strak ingerichte spoedzorgketen is dan een voorwaarde. Hierbij geldt dat spoedzorg dure zorg is en dat het belangrijk is dat deze doelmatig is. Een duidelijke regisseur kan in dit geval zorgen voor een dekkend en goed functionerend spoedzorgnetwerk binnen een bepaalde regio. Eén zorginkoper (of één als vertegenwoordiger als er meerdere zijn) kan bij specifieke beschikbaarheidsfuncties een duidelijk regierol vervullen vanuit een meerjarig partnerschap.

3.5 Eenvoud bij administratieve afhandelingen

Verder wensen patiënten/cliënten en professionals administratief gemak. Op basis van de focusgroepgesprekken stelt de Raad dat slechts een klein percentage van de patiënten/cliënten bereid en in staat is om echt zelf zorg in te kopen: zelf onderhandelen, contracten afsluiten, bijbehorende administratie doen en verantwoording afleggen (Ter Berg en Schothorst 2017). Dit zijn patiënten die afhankelijk zijn van langdurige zorg die zij nu en in de toekomst kunnen regelen via het persoonsgebonden budget (pgb). Van belang is wel dat deze zelf in te kopen zorg – net als zorg in natura – binnen de randvoorwaarden moet passen. Maar als patiënten/cliënten op een gemakkelijkere manier een aanbod kunnen selecteren dat bij hun wensen en behoeften aansluit, hoeven zij niet terug te vallen op een pgb.

Daarnaast zitten de meeste patiënten/cliënten er niet op te wachten om zelf de kosten voor te schieten en daarna te declareren bij een zorgverzekeraar, of zij kunnen het niet overzien. Het is voor patiënten/cliënten veel gemakkelijker als de verzekeraar, net als nu meestal het geval is, rechtstreeks geautomatiseerd betaalt aan de zorgaanbieder. Eventueel gaat de factuur via de patiënt/cliënt, zodat deze zicht heeft op de gemaakte kosten. Met behulp van ICT moet dit zonder veel rompslomp voor de patiënt/cliënt te regelen zijn.

Zorginkopers zorgen voor een efficiënt en effectief betalings- en factureringsproces. Zorgaanbieders kunnen dan gemakkelijk (digitaal) factureren. De facturen worden snel door inkopers voldaan, en eventuele eigen bijdragen of eigen risico's worden bij de patiënt/cliënt geïnd. Verzekerden/burgers kunnen eenvoudig digitaal hun gegevens raadplegen en aanpassen en een overzicht krijgen van gedeclareerde prestaties en kosten.

3.6 Delen van data

Ten slotte beschikken inkopers van zorg en ondersteuning over een goudmijn aan kennis en informatie doordat ze de zorg en hulp betalen op basis van prestaties. Ze hebben de bijzondere positie dat ze overzicht over het geheel hebben en ze kunnen dit gebruiken om zorg en ondersteuning te verbeteren.

Zo is het in het belang van patiënten/cliënten en zorgprofessionals dat zij toegang hebben tot geanonimiseerde informatie op basis waarvan zij verstandig kunnen kiezen en de zorg en ondersteuning kunnen verbeteren. Zorginkopers stellen aan patiënten, cliënten, professionals en aanbieders hun big data beschikbaar. Deze kunnen zij gebruiken als benchmarkinformatie om beslissingen

te nemen en de zorg te verbeteren. Het is uiteindelijk aan aanbieders, professionals en patiënten/cliënten om op basis van deze informatie te kiezen en te leren. Voor gemeenten is dit vanwege hun publieke karakter waarschijnlijk gemakkelijker te regelen dan voor zorgverzekeraars. De RVS bereidt een advies voor over openheid en openbaarheid waarin aandacht zal zijn voor dit vraagstuk.

Deze spiegelinformatie kunnen zorgaanbieders en professionals ook gebruiken om verantwoording af te leggen over hun handelen. Zo is ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan. Verder geldt hierbij het principe dat vreemde ogen dwingen. Bij meerjarige overeenkomsten is er een rol voor de inkoper om te kijken of het gaat zoals afgesproken is en of aanpassingen gewenst zijn. Dit is bij de meeste langjarige contractrelaties gebruikelijk.

4 Aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk heeft de Raad zes principes geformuleerd die naar zijn oordeel leidend moeten zijn voor een effectief partnerschap tussen zorgaanbieders en inkopers en waarbij de relatie tussen de patiënt/cliënt en professional centraal staat. In dit hoofdstuk worden deze principes vertaald in concrete aanbevelingen die geordend zijn langs de wettelijke kaders waarbinnen de inkoop nu is geregeld: Zvw, Wlz, Wmo en Jw.

4.1 Zorgverzekeringswet

Voor de Zvw adviseert de Raad zorgverzekeraars om in te zetten op vrije keuze, waarbij ze op de achtergrond meerjarige contracten afsluiten met zorgaanbieders. Door deze meerjarige afspraken vernieuwen en verbeteren ze de zorg voor hun verzekerden. Ze komen in samenspraak met aanbieders tot nieuwe prestaties en bekostigingsafspraken die ruimte geven aan de zorgrelatie, kosten beheersen en innovatie en preventie stimuleren. Aanbieders en inkopers moeten hier maximaal de ruimte voor krijgen. Daarom beveelt de Raad aan om de verplichting te laten vervallen dat een prestatie alleen gedeclareerd kan worden als de NZa deze vaststelt. Bij de klinische spoedzorg is de behoefte aan regionale regie en beschikbaarheid belangrijker dan de mogelijkheid voor verschillende zorgverzekeraars om verschillende meerjarenafspraken te maken. De Raad adviseert daarom dat één zorgverzekeraar alle acute zorg inkoopt als regiovertegenwoordiger namens alle zorgverzekeraars binnen een regio.

Aanbeveling 1a: Vrije keuze voor de verzekerde met op de achtergrond strategische zorginkoop is de norm.

Binnen het perspectief van de Raad is vrije keuze voor de verzekerde de norm en wordt het aanbod niet beperkt. Vrije keuze bij de verzekerde vergroot de motivatie voor goed patiëntschap en vergroot het vertrouwen in informatie vanuit de zorgverzekeraar. De patiënt beslist samen met de zorgprofessional welke zorg, aanbieder en behandelingen het beste aansluiten bij de wensen en behoeften. De kosten worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar toetst of de gedeclareerde prestaties binnen de voorwaarden van de Zvw vallen. Als dit het geval is, dan betaalt de verzekeraar en int eventueel het eigen risico.

Er is sprake van zorgcontractering, maar dan op de achtergrond. Risicodragende concurrerende zorgverzekeraars willen de premie voor hun verzekerden laag houden, waardoor het voor hen loont om meerjarige contracten af te sluiten. Binnen deze meerjarige contracten maken ze afspraken met aanbieders over prestaties en bekostigingsmodellen. Zo zorgen ze voor een beheerste uitgavenontwikkeling. Waar meerjarige overeenkomsten leiden tot lagere kosten, kunnen zorgverzekeraars dit voordeel deels teruggeven aan patiënten/cliënten, bijvoorbeeld door het eigen risico of de eigen bijdrage deels kwijt te schelden. De combinatie van een vrije keuze voor de verzekerde/burger met op de achtergrond strategische inkoop leidt zo tot beheerste zorguitgaven. In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat zowel aanbieders als inkopers belang hebben bij het sluiten van meerjarige contracten.

Binnen de Zvw kunnen aanbieders afspraken maken met zorginkopers over innovatie en preventie. In de praktijk zijn hier steeds meer voorbeelden van: de meerjarenafspraken van CZ/VGZ met het Brabantse ziekenhuis Bernhoven, de meerjarenovereenkomst van Menzis met het Martini Ziekenhuis in Groningen, de meerjarenafspraken van CZ, Menzis en Multizorg met de Santeon-ziekenhuizen over borstkankerzorg, de prestatie-inkoop door Zilveren Kruis, en de kwaliteitsalliantie tussen Radboudumc en VGZ. Hoewel zorgverzekeraars vaker meerjarenafspraken maken met aanbieders, is dit nog steeds eerder uitzondering dan de regel. Meerjarenafspraken worden met name in de ziekenhuiszorgsector afgesloten. Ziekenhuizen hebben een grote invloed op het financiële resultaat van zorgverzekeraars en verzekeraars kunnen niet om hen heen. Een strategisch partnerschap is dan een goede strategie vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar. Zorg als fysiotherapie en kraamzorg wordt daarentegen als routineproduct ingekocht, omdat deze zorg vanuit de zorginkoper gezien strategisch minder interessant is. Voor patiënten is deze zorg wel van belang, en ook binnen deze sectoren liggen mogelijkheden om te innoveren en in te zetten op preventie. Voor zorgaanbieders is er ook de mogelijkheid om zelf – of bijvoorbeeld in een coöperatie met de zorginkoper – een gezondheidsorganisatie of netwerk te ontwikkelen waarvan patiënten lid kunnen worden.

Bekostiging op maat

Curatieve zorg kent een grote diversiteit aan zorgtypen. Idealiter worden verschillende typen ook anders bekostigd. Zo maken Christensen et al. in de curatieve zorg onderscheid tussen drie modellen: de oplossingswinkel (*solutionshop*), het waardecreatieproces (*value-adding process*) en het gefaciliteerd gebruikersnetwerk (*facilitated user network*). Volgens hen worden alle drie de modellen idealiter anders betaald: de oplossingswinkel via een betaling per prestatie, het waardecreatieproces via betaling op uitkomst en het gefaciliteerde gebruikersnetwerk op basis van een lidmaatschap. Kortom, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten de ruimte hebben om bekostiging op maat af te spreken.

(Bron: Christensen et al. 2009)

Er moet ruimte blijven voor verschillende bekostigingsmodellen (zie het kader hiervoor). Wel verwacht de Raad dat er verschuivingen in de dominantie van de huidige bekostigingsmodellen optreden. Zo zal er veel minder afgerekend worden op basis van dbc's, consulten, tijd en verrichtingen. Deze betalingssystemen kennen perverse prikkels voor onnodige zorg. De Raad vindt het van belang dat niet het bekostigingssysteem de zorg aanstuurt, maar beslissingen van patiënten in interactie met professionals. Dit kan door te werken met 'zwakke' prikkels en door professionals de ruimte te geven om de middelen in te zetten waar zij dat het meeste nodig achten. Zorginkopers en aanbieders kunnen bijvoorbeeld via de contractering meerjarige budgetten of abonnementstarieven afspreken, met eventueel een bescheiden prestatiecomponent tegen mogelijke nadelige effecten van budgetteringsmodellen, zoals wachtlijsten, *cherry picking* en onderbehandeling. Deze afspraken bieden meer ruimte voor het terugdringen van overbehandeling en bureaucratie, voor het voeren van het gesprek, voor betere coördinatie van zorg, voor samenwerking tussen professionals en voor aandacht voor preventie. Ook bieden deze afspraken goede aanknopingspunten om de kosten te beheersen. Daarnaast verwacht de Raad dat zorginkopers met zorgaanbieders vaker afspraken maken over zogenoemde *bundled payments*, waarin voor een specifieke patiëntengroep een keten van zorg wordt gecontracteerd waarbij de uitkomsten voor deze patiënten medebepalend zijn voor de betaling.

Aanbeveling 1b: Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vrij om tot prestaties te komen die afwijken van die welke de NZa heeft vastgesteld.

Binnen de Zvw is er in theorie ruimte voor verschillende betalingsmodellen. In de praktijk is die ruimte nu door de wet beperkt: alle prestaties moeten door de NZa zijn goedgekeurd en beschreven. De Raad vindt het belangrijk dat zorgaanbieders in samenspraak met zorginkopers de ruimte hebben om tot betere en slimmere prestaties te komen dan de NZa nu bepaalt. Zo kunnen contractpartners bekostiging beter laten aansluiten op gewenste zorg en ondersteuning en krijgen ze ruimte voor samenwerking, innovatie en preventie. Dit betekent overigens niet dat oude prestaties verdwijnen. Op bestaande prestaties kan altijd teruggevallen worden en in de praktijk kunnen deze als gemeenschappelijke taal blijven dienen. Hierbij geldt overigens nog steeds dat aanspraken onderdeel moeten zijn van het verzekerde pakket en dat de NZa kan ingrijpen als prestaties vanuit een maatschappelijk oogpunt onwenselijk zijn. In het wetsvoorstel over markttoezicht in de gezondheidszorg, dat nog in behandeling is bij Tweede Kamer, wordt voorgesteld om stapsgewijs per sector meer ruimte te geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf afspraken te maken over prestaties (TK 2015/2016a). Dit wetsvoorstel is inmiddels door de Tweede Kamer controversieel verklaard. De Raad adviseert een nieuw kabinet om dit alsnog mogelijk te maken.

In het perspectief blijven verschillende zorgverzekeraars waar gewenst meerjarenafspraken maken: over prestaties, tarieven, budgetten, netwerkvorming, innovatie en preventie. Juist met het oog op het belang van keuzevrijheid, pluriformiteit en checks-and-balances kunnen meerdere zorginkopers hier een toegevoegde waarde hebben. Wel zijn in de praktijk vaak één of twee dominante zorgverzekeraars leidend. Een uitzondering vormt volgens de Raad de acute zorg; hier weegt de behoefte aan regionale regie en beschikbaarheid zwaarder dan de mogelijkheid voor verschillende zorgverzekeraars om meerjarige afspraken te maken.

Aanbeveling 1c: Een zorgverzekeraar koopt alle acute zorg en geboortezorg in als regiovertegenwoordiger namens alle zorgverzekeraars binnen een regio.

Bij beschikbaarheidsfuncties zoals de acute zorg is het volgens de Raad van belang dat één zorgverzekeraar een duidelijke regierol op zich neemt. Concurrentie tussen zorgverzekeraars levert bij spoedeisende zorg geen toegevoegde waarde en onderscheid tussen verzekeraars is hierbij niet relevant. Voor de patiënt is van belang dat spoedeisende hulp snel aanwezig is en van hoge professionele kwaliteit is. Omdat het hier dure infrastructuur betreft, moet er ook op de

kosten gelet worden en moet voorkomen worden dat er te veel aanbod ontstaat. De Raad adviseert de rijksoverheid daarom één zorgverzekeraar, bijvoorbeeld die met het grootste marktaandeel, namens alle zorgverzekeraars afspraken te laten maken binnen een regio. Mogelijk kan een tweede verzekeraar meekijken en toetsen of de dominante verzekeraar deze rol naar behoren invult. Dit is feitelijk het teruggrijpen op een tot 2008 bestaand model van regiovertegenwoordiging. De Raad beveelt aan om hiervoor de bestaande traumaregio's te hanteren, met het Regionaal Overleg Acute Zorg als overlegplatform. Wel moeten binnen dit overleg voldoende regionale coördinatie en doorzettingsmacht aanwezig zijn. Ook is een sterkere vertegenwoordiging van burgers en patiënten gewenst. Bij de uitwerking is het belangrijk om voldoende checks-and-balances in te bouwen.

Hierbij is ook van belang dat binnen de reguliere zorg en ondersteuning initiatieven gestimuleerd worden die de druk op de acute zorg kunnen verminderen. De dominante verzekeraar die als regiovertegenwoordiger de regie op zich neemt, heeft daarbij overigens zelf een groot financieel belang om hier afspraken over te maken.

4.2 Wet langdurige zorg

Voor de Wlz beveelt de RVS aan om persoonsvolgende bekostiging in te voeren. Bij de uitvoering maakt de Raad vervolgens onderscheid tussen de langdurige gehandicaptenzorg en de langdurige ouderenzorg. Hij beveelt aan om de uitvoering van de langdurige gehandicaptenzorg bij één landelijk administratiekantoor neer te leggen, met regionaal opererende uitvoeringskantoren. De Raad beveelt aan de langdurige ouderenzorg op termijn over te hevelen naar de Zvw. Zo kunnen ook hier zorgaanbieders met zorgverzekeraars meerjarige afspraken maken over de structuur van het zorglandschap.

Aanbeveling 2a: Breid de initiatieven om in de Wlz persoonsvolgende bekostiging in te voeren uit.

Bij de vertaling van het geschetste perspectief naar de Wlz ziet de Raad een centrale rol voor persoonsvolgende bekostiging. Bij dit model krijgt een zorginstelling een bedrag per cliënt die gebruik maakt van de diensten van de instelling (de cliënt krijgt als het ware een voucher). Als er een ruim aanbod is van zorgverleners, geeft persoonsvolgende bekostiging mensen keuzevrijheid, want zij kunnen naar de instelling gaan die het beste aansluit bij hun wensen en behoeften. De relatie tussen de patiënt/cliënt – eventueel samen met de

belangenbehartiger – en de zorgaanbieder is dan direct leidend voor de ontwikkeling van het zorglandschap en dat versterkt de pluriformiteit van het zorgaanbod. Aanbieders worden zo gestimuleerd om hierop in te spelen. Omdat binnen dit model de prijs vastligt, wordt er niet geconcentreerd op de prijs. Op dit moment lopen er twee pilots waarin met persoonsvolgende bekostiging wordt geëxperimenteerd: in Zuid-Limburg (ouderenzorg) en Rotterdam (gehandicaptenzorg) (TK 2015/2016), en zijn er zorgkantoren die op deze manier de langdurige zorg financieren.

De methodiek van persoonsvolgende bekostiging wordt ook wel het Zeeuwse model genoemd, omdat Zeeuwse gemeenten zo de huishoudelijke hulp bekostigen. Ook in Scandinavische landen gebruiken gemeenten deze bekostigingsmethode voor thuiszorg en ouderenzorg. Het lijkt vooral goed te passen bij zorg waarbij cliënten kunnen kiezen tussen aanbieders en deze aanbieders zich kunnen onderscheiden op gebieden die voor cliënten belangrijk zijn. Ook is bij persoonsvolgende bekostiging van belang dat de verwachte kosten voor een gemiddelde patiënt/cliënt goed te voorspellen zijn en dat er niet te grote kostenverschillen tussen patiënten/cliënten bestaan. Binnen de langdurige zorg kunnen de huidige zorgzwaartepakketten (ZZP's) als basis dienen.

Binnen het perspectief van de Raad staat de zorgrelatie tussen de professional en patiënt/cliënt centraal: zij beslissen samen wat nodig is. Op dit moment zijn er experimenten, waarbij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een deel van de indicatiestelling uitbesteedt aan zorgverleners, en steekproefsgewijs controleert of het goed gebeurt (regelarme initiatieven). Deze ontwikkeling past bij het perspectief zoals geschetst in hoofdstuk 3. Voor aanbieders die de indicatiestelling niet op zich kunnen nemen – bijvoorbeeld omdat ze te klein zijn – kan het CIZ dit blijven doen. Indicatiestelling door een professional heeft verschillende voordelen. De professional is meestal al bekend met de cliënt en heeft beter zicht op diens persoonlijke situatie en omstandigheden. En als de wensen en behoeften van de cliënt veranderen, kan de indicatiestelling hier sneller op aangepast worden. De Raad ziet de indicatiestelling nadrukkelijk niet als een instrument om de kosten te beheersen.

Binnen de Wlz kan er onderscheid gemaakt worden tussen de langdurige gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Aanbeveling 2b: Leg de uitvoering van de langdurige gehandicaptenzorg bij één landelijk administratiekantoor, met regionaal opererende uitvoeringskantoren.

Voor de langdurige gehandicaptenzorg kunnen de zorgkantoren afgeschaft worden. In plaats hiervan neemt een landelijke uitvoerder (zoals de NZa of het Centraal Administratie Kantoor (CAK)) deze taak op zich, eventueel met regionaal opererende uitvoeringskantoren. Doordat betaling van zorg gebeurt op basis van voorkeuren van cliënten in relatie tot de indicatie, zijn inkoopafspraken over volume en prijs niet meer aan de orde en hebben zorgkantoren geen toegevoegde waarde. Daarbij is het belangrijk dat diversiteit van de zorgkantoren bij de verschillende zorgverzekeraars verdwijnt, omdat die verwarring oplevert bij de verzekerde en tot onnodige complexiteit leidt bij aanbieders en cliënten.

Persoonsvolgende bekostiging kan als een opneinde regeling worden gezien. Doordat de uiteindelijk gemaakte kosten afhankelijk zijn van het aantal zorgvragers en de zorgzwaarte, zijn de kosten niet volledig beheersbaar. Bij beleidsmakers kan de vrees bestaan dat cliënten onnodig zorg gebruiken en professionals te veel of te zwaar indiceren. De Raad ziet voor de langdurige gehandicaptenzorg een taak voor de landelijke uitvoerder om het financiële kader te bewaken. De landelijke uitvoerder kan – op basis van politieke besluitvorming – via het meerjarig vaststellen van tarieven en budgetten voor een beheerste uitgavenontwikkeling zorgen.

Voor de langdurige gehandicaptenzorg kan de landelijke uitvoerder innovatie via de regionaal opererende uitvoeringskantoren faciliteren met hiervoor gereserveerde middelen. Zo kunnen knelpunten opgelost worden en zouden instellingen die inzetten op innovatie voor verbetering van de zorg en kostenbeheersing beloond kunnen worden.

Aanbeveling 2c: Hevel op langere termijn de intensieve langdurige ouderenzorg over naar de Zvw.

Volgens de RVS is er veel voor te zeggen om de intensieve langdurige ouderenzorg, die nu onder de Wlz valt, op termijn over te hevelen naar de Zvw.

In de eerste plaats zijn langdurige ouderenzorg en curatieve zorg naar elkaar toe gegroeid. De gemiddelde verblijfsduur in een verpleeghuis wordt steeds korter. Langdurige ouderenzorg lijkt deels steeds meer laatstelevensfasezorg te worden. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat geriatrie revalidatie het gemiddelde drukt en dat er ook cliënten zijn met een tamelijk langdurig

verblijf. Vice versa wordt curatieve zorg steeds vaker langdurige ouderenzorg, zoals veel chronische zorg. De Raad vindt dat er ruimte moet komen voor nieuwe concepten voor de keten huisarts–ziekenhuis–wijkverpleging, waar grote knelpunten bestaan in de organisatie van het eerstelijnsverblijf. Door langdurige ouderenzorg onder de Zvw te brengen, krijgen zorgaanbieders, ondersteund door risicodragende zorgverzekeraars, meer mogelijkheden – en meer belang – om deze te ontwikkelen.

In de tweede plaats vermindert het overhevelen van de Wlz naar de Zvw het aantal perverse prikkels voor het gedrag van patiënten/cliënten en zorginkopers die ontstaan door verschillen tussen de stelsels. De eigen bijdrage van cliënten voor de Wlz is bijvoorbeeld nu veel hoger dan het eigen risico van patiënten voor de Zvw. Dit verschil kan ertoe leiden dat cliënten de Wlz vermijden en te lang thuis blijven wonen. Daarnaast bestaat nu het gevaar dat risicodragende zorgverzekeraars en gemeenten patiënten/cliënten onder de Wlz willen laten vallen en daarmee hun risico's beperken.

In de derde plaats beperkt het terugbrengen van het aantal stelsels de complexiteit voor cliënten binnen de langdurige ouderenzorg. Nu is het, vooral voor cliënten met complexe zorgvragen, heel lastig om alle vereisten van de stelsels, die van elkaar verschillen, te kunnen overzien en daar adequaat gebruik van te maken. In plaats van de huidige drie stelsels Wlz, Zvw en Wmo hebben cliënten in dit voorstel nog maar te maken met twee stelsels: de Zvw en de Wmo (de laatste voor begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp).

Hierop vooruitlopend kan ook hier een systeem van persoonvolgende bekostiging ingevoerd worden en kunnen zorgverzekeraars in partnerschap via meerjarenafspraken bepaalde knelpunten, bijvoorbeeld rond personeel en het eerstelijnsverblijf, aanpakken en innovatie stimuleren. Na overgang van de complexe ouderenzorg naar de Zvw kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders het persoonsvolgende karakter gemakkelijk continueren in combinatie met meerjarige inkoopafspraken.

4.3 Wet maatschappelijke ondersteuning en Jeugdwet

Binnen de Wmo en de Jw adviseert de Raad de rijksoverheid en politiek om gemeenten de ruimte te geven om te experimenteren met maatwerkoplossingen voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp en hiervan te leren. Ook gemeenten stellen de zorgrelatie centraal en richten zich met name op het verbeteren van maatschappelijke ondersteuning en zorg in een meerjarig

partnerschap met zorgaanbieders. Omdat klassiek aanbesteden als vorm van selectief contracteren hier niet bij past, beveelt de Raad aan om de verplichting om zorg en maatschappelijke ondersteuning aan te besteden te laten vervallen. Ten slotte adviseert de Raad om de inkoop van specialistische jeugdzorg bij één regiovertegenwoordiger neer te leggen.

Aanbeveling 3a: Rijksoverheid en politiek geven gemeenten ruimte om te experimenteren met maatwerkoplossingen voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Gemeenten stellen hierbij de zorgrelatie centraal en doen dit in een meerjarig partnerschap met aanbieders.

De Raad onderstreept het belang dat gemeenten blijven experimenteren om te onderzoeken welk model goed past bij hun lokale situatie. Er is immers nog onvoldoende kennis en ervaring bij gemeenten om te bepalen welk model voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp het beste past in de betreffende gemeente en wat de gevolgen daarvan zijn, als er al een optimaal model bestaat. Het zoeken naar innovatieve en bij de lokale situatie aansluitende betaaltitels en bekostigingsmodellen past bij wat de Raad ook voorstaat in de Zvw. De Raad stelt het belang voorop dat gemeenten hun beleidsvrijheid gebruiken om te zoeken naar hoe zij voor hun burgers maatwerkoplossingen kunnen bieden binnen het collectief gefinancierde stelsel. De Raad ziet graag dat gemeenten samen met aanbieders in meerjarig partnerschap onderzoeken hoe zij dit het beste kunnen organiseren. De Raad beveelt de rijksoverheid en de politiek aan om gemeenten daadwerkelijk vrij te laten in de uitvoering van de Wmo en de Jw en de verantwoording daarover.

Vanuit het perspectief dat de Raad aanreikt, zijn verschillende bekostigingsmodellen denkbaar. Heeft zorg en ondersteuning meer het karakter van een collectieve voorziening, dan lijkt hier taakgerichte financiering (populatie-bekostiging) meer bij te passen. Binnen dit model selecteert de gemeente één of meer aanbieders voor het uitvoeren van een taak voor een populatie. De aanbieder is vrij om deze taak zo goed mogelijk in te vullen. Wordt daarentegen de nadruk gelegd op keuzevrijheid voor patiënten/cliënten en hun naasten om op basis van individuele wensen en behoeften de zorg in te vullen, dan is outputgerichte financiering (zoals persoonsvolgende bekostiging of traject-financiering) geschikter. Een inspanningsgerichte uitvoering lijkt minder bij het perspectief van de RVS te passen, omdat de Raad gemeenten adviseert te stoppen met de jaarlijks inkoopcyclus op basis van gedetailleerde contracten en de hiermee gepaard gaande financiële prikkels.

Partijen bouwen dan vanuit partnerschap onderling vertrouwen op. Tegelijk biedt dit voortgaande overleg ruimte om andere aspecten te agenderen en mee te nemen, zoals innovatie, preventie en data-uitwisseling. De vele gegevens over zorg en ondersteuning die de gemeente gaandeweg verzamelt, spelen tot nu toe nauwelijks een rol in de strategische inkoop door gemeenten. Ze kunnen die data veel meer benutten voor kennis- en visievorming op de organisatie van het zorglandschap en hiermee in meerjarige overeenkomsten met aanbieders sturing geven aan doelmatige en betere zorg.

Binnen de Wmo en Jw is nadrukkelijk het doel dat het eigen netwerk van mensen met een hulpvraag meer betrokken worden bij de zorg of ondersteuning. De gemeente moet in het kader hiervan beoordelen in hoeverre het netwerk van de cliënt/hulpvrager kan worden benut om knelpunten in de leefsituatie te verminderen. Conform het geschetste perspectief besteedt de gemeente die voor deze beoordeling verantwoordelijk is, deze taak uit aan een zorgprofessional. Dit kan zijn een lid zijn van het sociaal wijkteam, een jeugd- en gezinsteam, een zorgconsulent of anderszins. Deze professional komt in samenspraak met de cliënt tot een zorgvraag en keuze voor een zorgaanbieder/ professional of neemt kortdurende hulp zelf ter hand.

Aanbeveling 3b: Gemeenten hebben de ruimte om niet aan te besteden en in te zetten op meerjarig partnerschap.

Bij meerjarig partnerschap past aanbesteden, in elk geval in klassieke zin, niet. Het kan gezien worden als vorm van selectief contracteren: aanbesteden gaat vaak uit van een opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie en concurrentie (op kwaliteit en prijs) en is bovendien een complex en intensief bestuurlijk en juridisch proces.

Er blijkt overigens in de praktijk nog onduidelijkheid over wanneer gemeenten precies verplicht zijn aan te besteden. In een brief aan de Tweede Kamer stelt staatssecretaris Van Rijn dat dit ervan afhangt of er sprake is van een te subsidiëren activiteit of een overheidsopdracht (TK 2016/2017). Voor overheidsopdrachten boven € 750.000 geldt in het sociale domein een vereenvoudigd aanbestedingsregime. Gemeenten hebben hier veel vrijheid voor de invulling van de procedure.

In dit kader steunt de RVS de initiatieven van de Werkgroep aanbesteden Jeugdwet en Wmo 2015 en PIANno (het expertisecentrum aanbesteden) om gemeenten te ondersteunen bij de inkoop en de aanbesteding in het sociaal domein. De Raad beveelt deze initiatieven daartoe aan om inzet van hun ondersteuning te maken dat gemeenten ervoor kunnen kiezen om niet aan te besteden en in te zetten op meerjarig partnerschap. Dit is in lijn met de principes die de Raad adviseert.

Aanbeveling 3c: Een gemeente koopt als regiovertegenwoordiger voor meerdere gemeenten de weinig voorkomende specialistische jeugdzorg in.

Ook binnen het sociale domein zijn er beschikbaarheidsfuncties te onderscheiden, zoals zeer weinig voorkomende specialistische jeugdzorg. Voor een klein en variabel aantal jeugdigen per gemeente is deze specialistische jeugdzorg noodzakelijk, tegen relatief hoge kosten. De instellingen die deze opvang bieden, zijn vaak bovenlokaal of landelijk actief. Om de beschikbaarheid van deze jeugdzorg te borgen, is het goed dat een regiovertegenwoordiger namens verschillende gemeenten in een regio afspraken maakt met aanbieders van specialistische zorg. Dit gebeurt in de praktijk overigens al vaak, omdat op landelijk niveau is afgesproken dat deze zorg regionaal of bovenregionaal ingekocht wordt.

5 Conclusie

De Raad adviseert om met een ander perspectief naar zorginkoop als sturend mechanisme te kijken. Dit is een combinatie van enerzijds ruimte, vertrouwen en verantwoordelijkheid voor zorgprofessionals en patiënten/cliënten om de pluriforme zorgvraag te beantwoorden, en anderzijds meerjarenafspraken tussen zorginkopers en zorgaanbieders om de ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning op een doelmatige en effectieve wijze te regelen. Hierbij geldt dat aanbieders en inkopers in de regel wederzijds afhankelijk zijn en dat inkoop ingevuld wordt als partnerschap.

Een belangrijke conclusie binnen dit advies is dat de beleidstheorie in de praktijk niet blijkt te werken. Zorginkopers lukt het niet of zeer beperkt om via jaarlijkse selectieve inkoop sturing te geven aan het zorglandschap. Gelukkig zien we in diezelfde praktijk allerlei initiatieven ontstaan waarmee op een andere manier invulling aan de zorginkoop wordt gegeven. Zo worden op steeds meer plekken meerjarige afspraken gemaakt over het verbeteren van het zorglandschap, wordt er regelarm gewerkt en zien we experimenten met persoonsvolgende bekostigingsmodellen. Het andere perspectief dat de Raad in dit advies aanreikt, is ook nadrukkelijk geïnspireerd door ontwikkelingen in de praktijk – al hebben die een beperkte schaal. De Raad wil dan ook nadrukkelijk niet het ene stelsel door het andere vervangen, maar vindt het belangrijk dat er ruimte komt voor de praktijk om zich op basis van de geadviseerde principes door te ontwikkelen.

Wat een belangrijke omslag in het gangbare denken is, is het respecteren van de vrije keuze van de patiënt/cliënt. De Raad is van mening dat dit helpt bij het herwinnen van het vertrouwen van de burger in zijn zorgverzekeraar, bij het vergroten van de motivatie voor goed patiëntschap en bij het herstellen van het belang van de professionele relatie tussen aanbieder en patiënt/cliënt. In dit advies constateert de RVS dat zorginkoop binnen de Zvw en Wlz niet werkt zoals achter de tekentafel bedacht is. De Raad adviseert om af te stappen van het maken van beleid op basis van de onrealistische aannames en van de verwachting dat door het beleid te optimaliseren, de praktijk alsnog volgens deze logica gaat werken.

Verder constateert de Raad dat – hoewel inkoop niet werkt zoals bedacht – de inzet van inkopers om hun rol waar te maken binnen bepaalde sectoren in het stelsel, naast positieve effecten, tot vele nadelige effecten heeft geleid. Met name in deelsectoren waar de inkomer een sterke positie heeft ten opzichte van de

zorgaanbieder zien we dat routinematige inkoop aanstuurt op standaardisatie en wantrouwen en ten koste gaat van preventie en innovatie. Hier is de inkoop-transactie te dominant geworden en is de zorgrelatie in het gedrang geraakt.

De Raad wil met het aanreiken van dit andere perspectief op zorginkoop een andere praktijk van zorginkoop bewerkstelligen, één waarbij de zorgrelatie centraal staat en op de achtergrond ondersteund wordt door strategische inkoop. Deze andere praktijk moet norm worden en geen uitzondering zijn. Het volgen van dit perspectief zorgt enerzijds voor dat de legitimiteit in de verschillende zorgstelsels versterkt wordt; de zorg komt weer dicht bij burgers te staan en professionals krijgen hun vak terug. Anderzijds kan de burger via de meerjaren-afspraken profiteren van de grotere inzet op netwerkvorming, preventie en innovatie. Zorginkopers acteren daarbij namens hun burgers/verzekerden en niet als verlengstuk van de overheid.

Ook binnen dit perspectief is volgens de Raad een beheerste uitgavenontwikkeling mogelijk. Op de achtergrond hebben zorginkopers en aanbieders er immers belang bij om hierover afspraken te maken en op behandeling gerichte prikkels te verminderen. Daarnaast verwacht de Raad dat het centraal stellen van de zorgrelatie tussen patiënt/cliënt en zorgprofessional solidariteit minder anoniem maakt en leidt tot minder calculerend gedrag en oneigenlijk zorggebruik. Desalniettemin beseft de RVS dat het perspectief op het aspect van kosten-beheersing nog verder uitgewerkt moet worden. De Raad ziet dit nadrukkelijk als een opgave voor de toekomst waar zorginkopers, zorgaanbieders, professionals en patiënten-/cliëntenvertegenwoordigers samen vernieuwend in kunnen zijn. Een interessante mogelijkheid is om patiënten/cliënten te belonen wanneer zij naar aanbieders gaan waarmee een meerjarige overeenkomst is afgesloten, zoals via het (gedeeltelijk) kwijtschelden van de eigen bijdrage of het eigen risico.

De Raad heeft in de gesprekken met aanbieders, patiënten-/cliëntenorganisaties en zorginkopers gemerkt dat het perspectief absoluut elementen in zich heeft die het voor hen een wenkend perspectief maken. Maar partijen houden elkaar gevangen in het paradigma van jaarlijkse beheersing, rechtmatigheid en bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Aanpassingen zoals de Raad die voorstelt, zullen de vertrouwenssprong die partijen moeten maken mogelijk wel vergemakkelijken.

Literatuur

Berg, J. ter en Y. Schothorst (2017). *Persoonsgestuurde zorg en behoeften van burgers*. Kwalitatief onderzoek ten behoeve van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Amsterdam.

BS Health Consultancy (2015). *Klein wint van groot. Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2015*. Vinkeveen: BS Health Consultancy.

BS Health Consultancy (2016). *Zorgverzekeringsmarkt blijft een prijzenmarkt. Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2016*. Vinkeveen: BS Health Consultancy.

Christensen, C.M., J.H. Grossman en J. Hwang (2009). *The innovator's prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.

Diepen, A. van en B. van de Gevel (2017). Zorginkoop op gespannen voet met pluriforme zorgvraag. *Deal!*, mei 2017, p. 38-39.

Ekman, I., H. Hedman, K. Swedberg en C. Wallengren (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *The BMJ*, 2015, 350, h160.

Havighurst, C.C. (2001). The Backlash Against Managed Health Care: Hard Politics Make Bad Policy. *Indiana Law Review*, vol. 34, nr. 2, p. 395-417.

Health Futures Lab (2016). *Future Health Index. The capacity to care*. Geraadpleegd op 18 augustus 2017 via http://www.ehealthnews.eu/images/stories/pdf/future_health_index_report_2016.pdf.

Hoefman, R.J., A.E.M. Brabers en J.D. de Jong (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL.

Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (2017). *Klem in zorgsysteem. Vooral mensen met complexe zorgvraag lopen vast*. Vijfde signaalrapport, april 2016-april 2017. Utrecht: Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

I&O Research (2017). *3-Meting 'De decentralisaties in het sociaal domein'*. Maart 2017. Enschede/Amsterdam: I&O Research.

Kleef, R. van, R. Douven en J. Newhouse (2017). Pleidooi voor een experiment met eigen risico in de zorg. *Economische Statistische Berichten (ESB)*, jg. 102, nr. 4748, p. 186-188, 13 april 2017.

KPMG Plexus (2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Eindrapportage september 2014.

Meurs, P. (2015). Alles is inkoop. *Zorgvisie*, nr. 9, september 2015.

Raaij, E. M. van (2016). *Purchasing Value. Purchasing and supply Management's Contribution to Health Service Performance*. Inaugurele rede. Rotterdam: Erasmus University.

RVS (2016a). *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2016b). *Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017a). *Inkoop safari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017b). *Implementatie van e-health vraagt om durven en ruimte*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017c). *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017d). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017e). *Op naar persoonsgestuurde zorg? Verslag minisymposium 2 december 2016*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVZ (2014). *De stem van verzekerden. Advies over de legitimiteit van zorgverzekeraars*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

SCP (2013). *Burgerperspectieven 2013/1*. Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Skipr (2017). *Nieuwe zorgverzekeraar betreedt Nederlandse markt*. 6 juli 2017. Geraadpleegd op: <https://www.skipr.nl/actueel/id31082-nieuwe-zorgverzekeraar-betreedt-nederlandse-markt.html> (18 augustus 2017).

TK (2003/2004). *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29 763, nr. 3.

TK (2014/2015). *Kwaliteit van zorg. Brief regering over de verbetering van de kwaliteit van zorg en duurzame betaalbaarheid van de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 31765, nr. 116.

TK (2015/2016a). *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg, 11-04-2016*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34445, nr. 2.

TK (2015/2016b). *Voorhangbrief experimenten persoonsvolgende bekostiging, 13-06-2016*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 129.

TK (2016/2017). *Antwoord van staatssecretaris Van Rijn op vragen van de leden Bergkamp en Raemakers over het al dan niet verplicht aanbesteden in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, Aanhangsel van de Handelingen, Aanhangselnummer 2041, 9 juni 2017.

Victoor, A. (2015). *(How) do patients choose a healthcare provider?* Tilburg: Tilburg University.

Welch, G. (2015). *Less Medicine, More Health. 7 Assumptions That Drive Too Much Medical Care*. Boston MA: Beacon Press.

ZN (2017). *Samen waarde toevoegen voor de klant*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Adviesvoorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit Bas Leerink (commissievoorzitter), Greet Prins, José Manshanden (commissielid tot 1 juli 2017) (raadsleden), Bart van de Gevel en Albertine van Diepen (adviseurs).

Geraadpleegde deskundigen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd. Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

In het kader van de inkoop safari

Drs. Wout J. Adema RA MBA	St. Antonius Ziekenhuis
Maarten Akkerman	Zilveren Kruis
Hans van de Berg	BTK Kraamzorg
Drs. Hilde van Bijnen	CZ
Monique Boer	Kraamzorg Monique Boer
Henk Bolhuis	Warande
Drs. Linda Boot	Pameijer
Nicole Bosman	Gemeente Almere
Drs. Gertrude van den Brink	Middin
Shireen van den Broek MSc	CZ
Drs. Nynke Dijkstra	Gemeente Amersfoort
Peter Dohmen	Zilveren Kruis
Drs. Joas Duister	Menzis
Roland Eising	Zilveren Kruis
Drs. Olivier Gerrits	Zilveren Kruis
Drs. Joel Gijzen	CZ
Guzelien Hermans	Gemeente Almere
Margret Hink	Zilveren Kruis
Bert Holman	Koepel Wmo-raden
Prof. dr. Mark van Houdenhoven	St. Maartenskliniek
Mr. Moniek van Jaarsveld	Warande
Prof. dr. Hugo Keuzenkamp	Westfriesgasthuis
Prof. dr. Ab Klink	VGZ
Herm Kuipers	Gemeente Amersfoort
Martijn Laterveer	LOC Zeggenschap in zorg
Drs. Wim van der Meeren	CZ
Jan Megens MCC	Menzis
Ferry Middelink	Gemeente Purmerend
Corina Munts	Careyn
Ir. Hans van Noorden	VGZ

Peter van der Nulft MBA	Gemeente Purmerend
Saskia van Opijnen	Careyn
Drs. Adrie van Osch	Brabant Zorg
Mr. Heleen Post	Patiëntenfederatie Nederland
Martijn Rengelink	Gemeente Almere
Gerco Rietveld	Strategist
Mr. drs. Tim Robbe	Aboukir & Robbe Advocaten
Drs. Ad Romme	Middin
Daan Rooijmans	CZ
Drs. Anja Schouten	Zorgbalans
Drs. Henk Snapper RA RC	UMCG
Drs. Mark Spit RC	UMCG
Peter de Visser	Incluzio
Stef van der Weerd	Gemeente Rotterdam
Drs. Ruben Wenselaar	Menzis
Erik-Jan Wilhelm	Zilveren Kruis

Expertmeeting over organisatorische innovatie, 1 juli 2016

Hans van Putten	Thomashuizen en Herbergier
Drs. Ard Leferink	Buurtzorg Nederland
Ruud Klarenbeek	JP van den Bent Stichting
Dr. Igor Tulevski	Cardiologie Centra Nederland
Drs. Mariska de Groot	Medisch Spectrum Twente

Expertmeeting over technologische innovatie, 19 juli 2016

Drs. Erik Booden	Het LangeLand Ziekenhuis
Christ-Jan Danen MBA	Thuiszorg West-Brabant
Sebastiaan Delissen MA	Menzis
Drs. Gitta Gallé	Deventer Ziekenhuis
Drs. Joep de Groot	CbusineZ
Rob Hoogma	Siza
Eric Janson MD MPH	St. Anna Zorggroep
Harry Nienhuis MD	Menzis
Drs. Maarten van Rixtel	Sensire
Drs. Janneke de Schutter	Tzorg
Dr. Marc Veldhoven	ZuidZorg

Personen die als inhoudelijk expert hebben meegelezen bij een concept van dit advies

Prof. dr. ir. Erik van Raaij	Rotterdam School of Management & Erasmus University & Institute of Health Policy & Management
Carl Jacobs	Consumentenbond
Dr. Jolien Grandia	Radboud/ EUR
Drs. Frida van den Maagdenberg	AMC
Anouk op het Veld	Andersson Elffers Felix
Jan-Dirk Sprokkereef	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Reinier ter Kuile	Programma i-Sociaal Domein
Duco Stuurman	Gemeente Amsterdam
Mindert Mulder	Regulator
Monique Peltenburg	Netwerk directeuren sociaal domein
Prof. dr. Henk Nies	Vilans

Inleiders en panelleden mini-symposium ‘Op naar persoonsgestuurde zorg?’

Prof. dr. Guus van Montfort	ActiZ/Universiteit Twente
Mr. Erno Kleijnenberg	Oud ONVZ
Mr. drs. Tim Robbe	Aboukir & Robbe Advocaten
Peter de Visser	Incluzio
Aline Molenaar	Per Saldo
Drs. Kees van der Burg	VWS
Prof. dr. Jan Telgen	Universiteit Twente

Verder is in het kader van de adviesvoorbereiding gesproken met

Drs. Pieter Vos	PieterVosZorgAdvies
Drs. Robert Mouton MPH	Klimmendaal revalidatiespecialisten
Drs. Olof King	Diabetesvereniging Nederland
Mr. Dharma Behari	Diabetesvereniging Nederland
Tessa van der Plicht LLM, Msc	NZa
Mr. Koen Klootwijk	NZa
Dr. Margreet Boersma	Instituut voor Financieel Economisch Management
Bart de Bruin MPM	Stichting Physis
Prof. dr. ir. Erik van Raaij	Rotterdam School of Management & Erasmus University & Institute of Health Policy & Management
Prof. dr. Jan Telgen	Universiteit Twente
Prof. dr. Henk Nies	Vilans

Drs. Bas van den Dungen	VWS
Drs. Ernst van Koesveld	VWS

Een concept-redeneerlijn van dit advies is gepresenteerd op

Zorgverzekeraarscongres 2017	12 mei 2017
Ledenraadpleging NVZ	28 juni 2017
Ledenraadpleging ActiZ	9 augustus 2017

Afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
dbc's	diagnosebehandelcombinaties
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
Jw	Jeugdwet
MBI	Macrobeheersingsinstrument
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	persoonsgebonden budget
pvb	persoonsvolgende bekostiging
SEH	Spoedeisende Hulp
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBGO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
zbc's	zelfstandige behandelcentra
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP's	Zorgzwaartepakketten

Publicaties

Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop.

Advies, nummer 17-08, oktober 2017.

De vele kanten van eenzaamheid.

Verkenning, nummer 17-07, juli 2017.

Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.

Advies, nummer 17-06, juni 2017.

Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.

Advies, nummer 17-05, juni 2017.

De Zorgagenda voor een gezonde samenleving.

Publicatie, nummer 17-04, april 2017.

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.

Advies, nummer 17-03, maart 2017.

Inkoopsafari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.

Verkenning, nummer 17-02, februari 2017.

Implementatie van e-health vraagt om durven en ruimte.

Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.

Bundel, nummer 16-04, december 2016.

Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.

Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.

Advies, nummer 16-02, mei 2016.

Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.

Advies, nummer 16-01, april 2016.

Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS.
Publicatie, nummer 15-01, december 2015.



