

Grenzeloos samenwerken?

Adviezen voor het beter mogelijk
maken van domeinoverstijgende
samenwerking



Grenzeloos samenwerken?

**Adviezen voor het beter mogelijk
maken van domeinoverstijgende
samenwerking**

**De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert
en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.**

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Jan Kremer
Bas Leerink
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2022-01

ISBN: 978-90-5732-313-3
© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Den Haag, 2022

Niets in deze uitgave mag worden openbaar
gemaakt of veeleelvoudigd, 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 [↳ www.raadrvs.nl](https://www.raadrvs.nl)

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| | Samenvatting | 6 |
| 1 | Inleiding | 8 |
| | 1.1 Aanleiding | 8 |
| | 1.2 Complexe zorgvragen, het kan wél! | 9 |
| | 1.3 Vraagstelling en scope | 10 |
| | 1.4 Leeswijzer | 10 |
| 2 | Wat is domeinoverstijgend samenwerken? | 11 |
| | 2.1 Domeinoverstijgend samenwerken als ambigue begrip | 11 |
| | 2.2 Domeinoverstijgende samenwerking in de politiek | 11 |
| | 2.3 Domeinoverstijgende samenwerking in beleid | 12 |
| | 2.4 Perspectief van de RVS | 13 |
| | 2.5 Casuïstiek | 13 |
| 3 | Domeinoverstijgende samenwerking in de praktijk | 14 |
| | 3.1 Vergroten van de kwaliteit van leven voor kwetsbare thuiswonende ouderen | 14 |
| | 3.2 Passende zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) | 16 |
| | 3.3 Betere huisartsenzorg door meer tijd voor de patiënt | 19 |
| 4 | Overkoepelende bevindingen | 21 |
| | 4.1 Eigenaarschap | 21 |
| | 4.2 Voorkomen van (dure) zorg loont vaak niet | 21 |
| | 4.3 Domeinoverstijgend samenwerken vergt veel van betrokkenen | 22 |
| 5 | Domeinoverstijgend samenwerken: kan het wel? | 23 |
| | 5.1 Oplossingen voor de beschreven casuïstiek | 23 |
| | 5.2 Aanpassen van bekostigingssystematiek | 24 |
| | 5.3 Structurele schuringen | 25 |
| 6 | Stelselaanpassingen voor domeinoverstijgende samenwerking | 27 |
| | 6.1 Creatieve vormen van financiering stimuleren | 27 |
| | 6.2 Financieringsmogelijkheden voor inkopers van zorg vergroten | 27 |
| | 6.3 Doelgroepenbenadering voor passende bekostiging en financiering | 29 |
| | 6.4 Tot slot | 29 |
| 7 | Literatuur | 31 |
| | Vorbereiding | 32 |
| | Lijst met geraadpleegde personen | 33 |
| | Publicaties | 34 |

Samenvatting

Steeds meer burgers met een samenloop van psychische en/of somatische problemen zijn voor het ontvangen van *Passende Zorg* aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit verschillende wettelijke domeinen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Dat levert in de praktijk problemen op, omdat deze stelselwetten strak afgebakende logica's hebben met verschillende regelingen van aanspraken of voorzieningen, uitvoerders en financieringsvormen. Daarom is het van belang dat zorgaanbieders *uit de verschillende domeinen* hun activiteiten op elkaar afstemmen en, uitgaande van wat passende zorg is voor een patiënt, bepalen wie welke zorg of ondersteuningstaken uitvoert en financiert. Het is deze afstemming in de praktijk, ook wel 'domeinoverstijgende samenwerking' genoemd, die in de afgelopen jaren onderwerp is geworden van debat in zowel de zorgsector als in de (landelijke en gemeentelijke) politiek. In de praktijk ontstaan regelmatig succesvolle – en door de politiek bejubelde – initiatieven. Desondanks blijft het vaak bij experimenten, proeftuinen en pilots.

Daarom heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) aan de hand van concrete casuïstiek onderzocht hoe de wettelijke stelsels van zorg en ondersteuning aangepast kunnen worden om domeinoverstijgende samenwerking beter mogelijk te maken. De casussen betreffen vormen van domeinoverstijgende samenwerking waarbij de verschillende inkopers van zorg en ondersteuning – zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten – betrokken zijn, die zich bovendien richten op het bieden van meer laagdrempelige zorg en ondersteuning aan burgers om beter passende zorg te bieden en daarmee dure, complexe zorg te voorkomen.

De RVS stelt vast dat domeinoverstijgende samenwerking een concept is waar veel actoren in de zorgsector zich achter scharen, maar dat het vaak onduidelijk is wat er nu precies met 'domeinoverstijgende samenwerking' bedoeld wordt. Die onduidelijkheid hangt samen met de veelheid aan institutionele belangen binnen- en tussen de verschillende zorgdomeinen. Als gevolg daarvan worden samenwerkingsinitiatieven in de praktijk vaak eerst geprezen en gewaardeerd, maar lopen ze uiteindelijk toch vast wanneer ze raken aan de geïnstitutionaliseerde belangen van inkopers en aanbieders van zorg.

In zijn analyse van de casussen constateert de Raad dat er 3 achterliggende oorzaken zijn van het mislukken en haperen van domeinoverstijgende samenwerking.

- Allereerst is samenwerken moeilijk, omdat het *eigenaarschap* van de zorg voor burgers met complexe zorgvragen niet belegd is. De verschillende stelsels zijn relatief goed ingericht op het omgaan met verschillende, vooraf gedefinieerde en gearticuleerde zorgvragen, maar veel minder op het bieden van passende zorg aan personen met complexe gezondheidsproblemen.
- Daarnaast komen veel vormen van domeinoverstijgende samenwerking niet goed van de grond, omdat *investeren in passende zorg vaak niet loont* (wrong-pocket probleem). Wanneer bijvoorbeeld een gemeente, als inkoper van Wmo-zorg, extra uitgaven doet om burgers beter te ondersteunen in het dagelijks leven, wordt daarmee dure zorg binnen de Wlz of Zvw voorkomen. Echter, deze 'winst' slaat niet neer bij de gemeente, maar bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.
- Ten slotte wordt, als gevolg van het beperkte eigenaarschap en de daarmee samenhangende wrong pocket-problematiek, domeinoverstijgend samenwerken *voor zorgverleners vaak als belastend ervaren*. Welwillende bestuurders en professionals proberen binnen de grenzen van domeinen het beste te doen voor burgers door extra tijd te steken in het verlenen van onbetaalde zorg, in het onderling overleggen of in het maken van afspraken en verantwoorden van geleverde zorg. Hoewel samenwerking met andere

beroepsgroepen een zekere mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen vergt, laat de casuïstiek zien dat dit grenzen kent.

In zijn advies reikt de Raad verschillende oplossingsrichtingen aan voor het mogelijk maken van meer duurzame financiering van domeinoverstijgende samenwerking. Echter, goede samenwerking komt niet automatisch tot stand door het (gedeeltelijk) wegnemen van perverse financiële prikkels. Wanneer de onderliggende principes van stelsels ongemoeid blijven zullen er vroeg of laat nieuwe barrières ontstaan. Als we willen dat het succes van domeinoverstijgend samenwerken niet afhankelijk blijft van de inzet van bestuurders en professionals die 'tegen de stroom in' willen werken om passende zorg te bieden, moet er vroeg of laat ook gekeken worden naar de stelselwetten zelf. In een komend advies over de toekomst van zorg gaat de Raad verder in op de vraag hoe zorg en ondersteuning toekomstbestendig kunnen worden georganiseerd.

Hoewel de RVS in dit advies dus niet wil oproepen tot een directe stelselwijziging, wil de Raad wel een krachtige impuls geven aan de discussie over een aantal wezenlijke schuringen tussen de verschillende stelselwetten die goede passende zorg structureel belemmeren. Daarbij gaat het de Raad in het bijzonder om 1) de schuring tussen publiek- en privaatrechtelijke stelselwetten in de zorg, en 2) de schuring tussen de pluriformiteit aan stelselwetten en het verlangen naar meer regie.

Het vinden van oplossingen voor deze meer fundamentele problemen vraagt om een brede, meerjarige discussie. Desondanks is actie nodig om ook op de kortere termijn betere domeinoverstijgende samenwerking mogelijk te maken. Daarom adviseert de RVS verschillende, relatief kleine stelselaanpassingen te doen die samenwerking in de praktijk eenvoudiger maken. In deze lijn van vereenvoudiging ziet de Raad de volgende mogelijkheden:

- Geef een stimulans aan het gebruik van creatieve en bewezen succesvolle vormen van financiering, zoals grens- of overbruggingsbudgetten of *shared savings*-afspraken.
- Zoek naar juridische manieren waarmee inkopers van zorg – waar mogelijk buiten het eigen domein – geld kunnen besteden aan passende zorg.
- Onderzoek de baten van een doelgroepenbenadering voor passende bekostiging en financiering. Hierbij blijven de stelselwetten bestaan, maar wordt de zorg voor een bepaalde afgebakende populatie, zoals kwetsbare thuiswonende ouderen, daar als het ware uitgelicht en binnen één (nieuw) stelsel ondergebracht.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Een groeiende groep Nederlanders is voor een passend zorgaanbod afhankelijk van goede samenwerking tussen inkopers en aanbieders van zorg uit verschillende zorgdomeinen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Jeugdwet (JW). Denk bijvoorbeeld aan thuiswonende ouderen die te maken krijgen met meerdere geriatrische syndromen zoals gezichts- en gehoorstoornissen, verlies van geheugen, vallen, depressie en polyfarmacie. Of aan mensen met een combinatie van somatische en psychologische problemen¹. Als zorgaanbieders uit verschillende domeinen hun activiteiten op elkaar afstemmen en samen bepalen wie welke zorg- of ondersteuningstaken uitvoert (RVS, 2020) – uitgaande van wat passende zorg is voor de patiënt – stijgt de kwaliteit van zorg en kan onnodig dure zorg voorkomen worden.

Het is deze vorm van samenwerking, ook wel *domeinoverstijgende samenwerking* genoemd, die in de afgelopen jaren onderwerp is geworden van debat in zowel de zorgsector als de landelijke en gemeentelijke politiek. Domeinoverstijgende samenwerking onderscheidt zich van meer conventionele vormen van samenwerking 'binnen de keten' in de zin dat aanbieders en inkopers van zorg uit verschillende in plaats van dezelfde domeinen afspraken maken over het bieden van passende zorg (zie het advies over passende zorg van Zorginstituut & NZa, 2020). Een belangrijk principe van passende zorg is het bieden van de juiste zorg op de juiste plek: door eerder in het zorgtraject meer laagdrempelige vormen van zorg en ondersteuning te bieden, ontvangen burgers betere zorg én kan duurdere specialistische zorg voorkomen of uitgesteld worden. Domeinoverstijgende samenwerking is daarmee van waarde voor zowel individuele burgers als voor de houdbaarheid van de zorg voor de samenleving.

Op verschillende plekken in Nederland zijn in de afgelopen jaren initiatieven van domeinoverstijgende samenwerking ontstaan. Deze initiatieven lijken succesvol te zijn: ze behalen mooie resultaten en krijgen aandacht vanuit de landelijke politiek. Desondanks is het na een enthousiaste opstartfase vaak ingewikkeld om deze samenwerkingsconstructies te bestendigen. Het blijft vaak bij experimenten, proeftuinen en pilots. Dat is problematisch, omdat het aantal personen dat een beroep moet doen op 'complexe' zorg uit verschillende domeinen in de toekomst zal toenemen (zie kader hierna). Verandering is dus nodig – en urgent – om domeinoverstijgende vormen van samenwerking beter mogelijk te maken.

Toenemende groep burgers afhankelijk van domeinoverstijgende samenwerking

Voor een indicatie van (trends in) de omvang van de groep burgers die te maken krijgt met zorg uit verschillende domeinen en/of een complexe zorgvraag heeft, maken we gebruik van een aantal informatiebronnen. Zo hadden volgens het RIVM bijna 2 miljoen Nederlanders in 2019 contact met de huisartsenpraktijk voor 2 of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Dit is 11% van de bevolking, een percentage dat toeneemt met de stijgende leeftijd; van de burgers van 65 jaar en ouder heeft 39% te maken met multimorbiditeit.² Op basis van declaratiedata schatte Vektis dat 22% van de 65-plussers, ofwel 730.000 ouderen, kwetsbaar is (veel gezondheidsklachten, moeite om regie over hun leven te voeren, en verhoogde kans op ziekenhuisopname of overlijden). Het grootste deel, ongeveer driekwart, van deze groep kwetsbare 65-plussers woont thuis.³ Ook al zijn er geen precieze cijfers over de mate waarin kwetsbare ouderen en mensen met multimorbiditeit behoefte hadden aan zorg uit verschillende domeinen, we weten wel dat domeinoverstijgende samenwerking zich in de praktijk vaak op deze groepen richt (zie ook de voorbeelden in dit

1 Zie bijvoorbeeld: <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen> (VTV 2018)

2 RIVM. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Volksgezondheidszorg.info (link)

3 Vektis (2020). Factsheet kwetsbare ouderen (link).

advies). In de nabije toekomst worden deze groepen groter, met name door de vergrijzing: tussen 2020 en 2030 groeit het aantal 65-plussers met 25%. Het RIVM beschreef in 2018 "het groter worden van de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen" ook als een van de grote maatschappelijke opgaven voor de toekomst van de Nederlandse volksgezondheid.⁴ De toename van het aantal eenpersoonshuishoudens ten opzichte van het aantal samenwonenden versterkt deze trend. Alleenstaanden hebben eerder zorg en ondersteuning nodig. De cijfers vormen een duidelijke indicatie dat het concept van domeinoverstijgend samenwerken belangrijker gaat worden. Domeinoverstijgende samenwerking richt zich in de praktijk overigens ook op andere, soms specifiekere groepen. Zo beschrijven we in dit advies een initiatief gericht op burgers met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Het aantal EPA-patiënten bedroeg in Nederland tussen 2012 en 2018 jaarlijks ongeveer 210.000 en bleef redelijk stabiel.⁵

1.2 Complexe zorgvragen, het kan wél!

Debatten over *hoe* domeinoverstijgende samenwerking beter mogelijk gemaakt kan worden gaan impliciet vaak over de vraag of de bestaande stelsels van wet- en regelgeving wel passend zijn. Elk van die stelselwetten is namelijk gebaseerd op een ander mensbeeld (RVS, 2021a), kent een andere regeling van aanspraak of voorziening en heeft een andere uitvoerder en eigen financieringsvormen. Wanneer zorgverleners geacht worden om over de grenzen van stelsels met elkaar samen te werken, moet dit wel gefaciliteerd worden door de stelsels waarin zij werkzaam zijn. En als dit onvoldoende het geval is, volstaan dan aanpassingen aan de bestaande stelsels of is er meer structurele verandering nodig? Tegelijkertijd lijkt er binnen de zorgsector een bepaalde vorm van voorzichtigheid waarneembaar wanneer het gaat om ingrijpende stelselwijzigingen. Deze worden veelal op voorhand beoordeeld als (onnodig) duur, niet-bewezen effectief en disruptief voor mensen die in de zorg werken (WRR, 2021). Zo stellen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland in het advies *Samen Werken aan passende zorg* (2020): "Stelselwijzigingen zijn complex, duren lang en zijn bovendien niet nodig als gelijk gerichtheid van alle partijen leidt tot de juiste verandering."

In de afgelopen jaren is daarom veel energie gestoken in het benutten van de mogelijkheden die de stelsels wél bieden voor domeinoverstijgende samenwerking. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) richtte hier zelfs een team van medewerkers voor op dat burgers met complexe zorgvragen verder probeert te helpen. In de publicatie *Het kan wél! Complexe zorgvragen bij VWS* (VWS, 2020a) laat het ministerie zien dat er vaak onbenutte ruimte is binnen de bestaande wet- en regelgeving die domeinoverstijgende samenwerking toch mogelijk kan maken. Tegelijkertijd concludeert het ministerie zelf dat "landelijk beleid en regelgeving onwenselijke of onbedoelde effecten hebben. Dan is voor een duurzame oplossing van de knelpunten een verandering op dat niveau nodig" (p. 67). In dat kader maakte de minister van VWS begin 2021 een wetsontwerp⁶ waarmee zorgkantoren (die vallen onder de Wlz) – onder strikte voorwaarden – meer mogelijkheden krijgen om domeinoverstijgende vormen van samenwerking (gericht op preventie) te financieren.⁷ Hoewel het hier geen ingrijpende stelselwijziging betreft, laat dit wetsvoorstel wel zien dat ook het ministerie van VWS zoekt naar manieren om domeinoverstijgende samenwerking te stimuleren door stelselaanpassingen te doen.

4 RIVM (2018). VTV-218. Themaverkenningen. Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag (zie <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>).

5 Vektis (2021). Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). (link).

6 Het wetsontwerp is ter internetconsultatie aangeboden. Er is nog geen wetsvoorstel naar de kamer verstuurd.

7 <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/02/26/voorkomen-van-duurdere-zorg-moet-aantrekkelijker-en-makkelijker-worden-voor-zorgfinanciers>.

1.3 Vraagstelling en scope

In dit advies onderzoekt de RVS op welke manier stelsels aangepast kunnen worden om vormen van domeinoverstijgende samenwerking beter mogelijk te maken. Dit gebeurt aan de hand van concrete casuïstiek waarbij de 3 inkopers van zorg betrokken zijn: gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Per casus analyseren we welke dieperliggende mechanismen ervoor zorgen dat domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk vaak niet lukt. Daarbij kijken we naar verschillen in uitvoering (sturing), naar financiering en naar regelgeving tussen (en binnen) stelsels. De geselecteerde casussen onderscheiden zich, omdat ze laten zien dat domeinoverstijgende samenwerking leidt tot passende zorg voor verschillende groepen. Bovendien hebben ze hier positieve aandacht en complimenten vanuit de landelijke politiek voor ontvangen. Desondanks ondervindt men in deze projecten moeilijkheden in het bestendigen van de samenwerking. We focussen op de belangrijkste stelselwetten in de zorg: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). De casuïstiek die besproken wordt staat echter ook symbool voor problemen bij het mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking in andere domeinen, bijvoorbeeld in de jeugdzorg. Aan de hand van de casuïstiek reflecteren we vervolgens op de vraag wat er in termen van stelsels nodig is om mensen met complexe vragen passende zorg te bieden. Daarbij verhouden we ons ook bewust tot lopende discussies in politiek en beleid over mogelijke stelselaanpassingen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 analyseren we het begrip 'domeinoverstijgend samenwerken' en de verschillende betekenissen die daaraan vanuit de wereld van politiek en beleid gegeven worden. In hoofdstuk 3 presenteren we de bevindingen uit de onderzochte casussen. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 in op de overkoepelende bevindingen. In hoofdstuk 5 reflecteren we op de vraag in hoeverre domeinoverstijgende samenwerking mogelijk is binnen de bestaande stelsels van zorg en ondersteuning. Ten slotte doen we in hoofdstuk 6 aanbevelingen voor het op korte termijn stimuleren van domeinoverstijgende samenwerking binnen de huidige stelsels van zorg en ondersteuning.

2 Wat is domeinoverstijgend samenwerken?

2.1 Domeinoverstijgend samenwerken als ambigue begrip

Voordat we ingaan op de casuïstiek, is het belangrijk om te doen aan begripsverheldering. Aan het begrip domeinoverstijgende samenwerking worden namelijk verschillende betekenissen toegekend. Daarvoor maken we gebruik van de literatuur over integrale zorg (*integrated care*) waarmee domeinoverstijgende samenwerking sterk verwant is. Integrale zorg draait om het integreren van vormen van zorg en ondersteuning. Echter, vaak is onduidelijk welk soort integratie of samenwerking precies bedoeld wordt. We onderscheiden een aantal mogelijke aspecten.

Aspecten van integratie in de zorg

- Allereerst zijn er verschillende **inhoudelijke focussen** denkbaar op de beoogde samenwerking. De focus kan bijvoorbeeld liggen op een specifieke (chronische) patiëntengroep (zoals mensen met diabetes), een groep kwetsbare burgers die het risico lopen hulpbehoevend te worden (thuiswonende ouderen) of een hele populatie.
- Daarnaast kan samenwerking verschillende **doelen** hebben. Zo kan het gaan over het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het op peil houden van de toegankelijkheid van de zorg (in een regio), het voorkomen van (dure) zorg of het verstevigen van het marktaandeel van zorgaanbieders.
- Ook kan samenwerking verschillen in het **onderwerp waarop** wordt samengewerkt. Aanbieders kunnen bijvoorbeeld gedeelde diensten aanbieden, maar samenwerking kan ook plaatsvinden op het gebied van inkoop, ICT of werving van personeel.
- Verder kan samenwerking verschillende **reikwijdtes** hebben. Zo kan het gaan over een samenwerking tussen primair zorgaanbieders, maar kunnen ook gemeenten, sociale partners en partijen uit andere domeinen (zoals woningcorporaties) betrokken zijn.
- Ten slotte valt er een onderscheid te maken in de **intensiteit** van samenwerking. Zo kunnen organisaties uit verschillende domeinen op een ad-hocbasis met elkaar samenwerken door bijvoorbeeld diensten op elkaar af te stemmen. Organisaties kunnen ook kiezen voor een meer gestructureerde manier van samenwerking waarbij informatie en communicatie op een gestructureerde manier gedeeld worden. Nog een stap verder kan gekozen worden voor een vorm van volledige integratie, waarbij een nieuwe entiteit wordt gevormd die middelen, financiering en verantwoordelijkheden bundelt.

2.2 Domeinoverstijgende samenwerking in de politiek

Het geloof in (domeinoverstijgende) samenwerking in de zorg heeft in de afgelopen periode sterke politieke tractie gekregen, mede door de coronacrisis. In de crisisfase ontstonden nieuwe – voorheen ondenkbare – vormen van afstemming en coördinatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars om zorg beschikbaar te houden, ondanks de grote druk en de beperkende maatregelen. Verschillende politici en politieke partijen pleitten dan ook voor het vasthouden van die ‘samenwerking’. Zo stelde voormalig minister Hugo de Jonge in een interview met *Trouw* dat de coronacrisis duidelijk heeft gemaakt dat het bestaande stelsel niet toekomstbestendig is en samenwerking binnen het stelsel zelf bevorderd moet gaan worden.⁸

⁸ Interview Hugo de Jonge in *Trouw* op 21 februari 2021 (link)

Ook minister Ernst Kuipers stelde recentelijk dat meer samenwerking in de zorg noodzakelijk is.⁹ Andere partijen zoals de SP, GroenLinks, PvdA, CU, D66, CDA en VVD pleitten eveneens in hun verkiezingsprogramma's voor een sterkere rol voor 'samenwerking' in de zorg. Domeinoverstijgende samenwerking wordt daarbij – naar gelang de politieke oriëntatie – gezien als een alternatief voor of aanvulling op (doorgeschoten) marktwerking in de zorg. Gezien de brede en urgente opgaven waar de zorg voor staat, moeten inkopers en aanbieders van zorg samenwerken om zorg beschikbaar, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Ook in het coalitieakkoord van VVD, D66, CDA en CU wordt het belang van 'samenwerking' en 'ontschotting' benadrukt. Samenwerking lijkt dus gezien te worden als een geschikt coördinatiemechanisme om zorg in de toekomst beschikbaar en toegankelijk te houden. Daarbij wordt niet concreet ingegaan op hoe die samenwerking er in de praktijk uit moet zien en wat het betekent voor de opzet van de stelsels.

2.3 Domeinoverstijgende samenwerking in beleid

Waar domeinoverstijgende samenwerking in de politieke arena vooral de vorm aanneemt van een utopische belofte, worden in beleidsvisies verschillende voorstellen gedaan om domeinoverstijgende samenwerking een meer structurele plaats te geven in het zorgstelsel. Zo houden de NZa en het Zorginstituut in het advies *Samenwerken aan passende zorg* (2020) een pleidooi om te kiezen voor domeinoverstijgende samenwerking gefocust op specifieke populaties, zoals thuiswonende ouderen of mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), ondersteund door gedifferentieerde vormen van bekostiging. Bovendien werkt de NZa aan voorstellen om integratie van zorg mogelijk te maken aan de hand van domeinoverstijgende betaaltitels.¹⁰ Het blijft echter onduidelijk voor welke specifieke populatie domeinoverstijgende samenwerking dan prioriteit dient te krijgen. Bovendien zijn de voorstellen voornamelijk gericht op integratie van bekostiging tussen de Zvw en Wlz (onder andere de Wmo 2015 valt buiten de invloedssfeer van de NZa).

Naast een inhoudelijke focus op specifieke populaties wordt er in voorstellen voor domeinoverstijgende samenwerking vaak gesproken over verschillende *doelen* waaraan domeinoverstijgende samenwerking moet bijdragen. Zo wordt in de discussienota *Zorg voor de Toekomst* van het ministerie van VWS (2020b) gesproken over verbetering van patiëntenzorg (micro), het op peil houden van regionale beschikbaarheid van zorg (meso) en het bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg (macro). In een recent wetsvoorstel van het ministerie van VWS krijgen zorgkantoren (Wlz) meer ruimte om vormen van (preventieve) zorg te financieren die buiten de grenzen van het Wlz-domein vallen. De beoogde doelen van dit wetsvoorstel voor domeinoverstijgende samenwerking zijn meervoudig: enerzijds gaat het om hogere kwaliteit van zorg (ouderen kunnen langer in goede gezondheid thuis wonen), maar anderzijds gaat het ook om de betaalbaarheid van zorg.¹¹ Daarom schrijft de nieuwe wet voor dat zorgkantoren alleen kunnen meebetalen aan vormen van samenwerking die aantoonbaar kostenbesparend zijn¹².

Er wordt dus door bestuurlijke en toezichthoudende instanties in de zorg gewerkt aan het mogelijk maken van samenwerking, maar over de gewenste vorm en richting is nog veel onduidelijk. Wat is het belangrijkste motief om met domeinoverstijgende samenwerking aan de slag te gaan? En afhankelijk daarvan, welke partij wordt dan geacht vorm te geven aan domeinoverstijgende samenwerking: is dat de grootste verzekeraar, het zorgkantoor,

9 <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/artikel/5280008/minister-ernst-kuipers-corona-gaat-niet-meer-weg-langer-termijn>

10 <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/05/10/geef-uw-mening-over-een-nieuwe-sectoroverstijgende-betaaltitel-voor-de-zorg>

11 <https://www.internetconsultatie.nl/domeinoverstijgendesamenwerking>

12 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-544.html>

zorgaanbieders zelf of mogelijk een publieke regisseur? En voor welke 'populatie' heeft het werken aan domeinoverstijgende samenwerking de grootste prioriteit?

2.4 Perspectief van de RVS

Het is juist door die interpretatieve flexibiliteit dat bijna alle actoren in de zorgsector domeinoverstijgende samenwerking zien als iets wat bevorderd moet worden. Bovendien heeft 'domeinoverstijgend samenwerken' een inherent positieve connotatie: samenwerking, daar kun je toch niet tegen zijn?! Toch schuilt er een risico in het focussen op domeinoverstijgende samenwerking als oplossing voor de zorgvragen van burgers, namelijk dat de discussie over de onderliggende mechanismen van de stelsels niet gevoerd wordt en daarmee aanpassingen die mogelijk zijn uitblijven. De Raad benadrukt dat de door burgers *ervaren samenhang* voorop moet staan bij het nadenken over de gewenste organisatie en financiering van zorg en de functie van domeinoverstijgende samenwerking. Dit betekent ook dat er altijd ruimte moet blijven bestaan voor de pluriformiteit aan opvattingen over wat *juiste* en *passende* zorg is. Het domeinoverstijgend en integraal organiseren en financieren van zorg kan dus nooit een doel op zichzelf zijn, maar een middel om de ervaren samenhang in zorg en ondersteuning voor burgers te vergroten.

2.5 Casuïstiek

In de casuïstiek die de Raad onderzoekt staat het verhogen van de ervaren samenhang in zorg en ondersteuning voor burgers voorop. Bovendien dragen de genoemde casussen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, tegen lagere kosten. Het zijn dus voorbeelden die aansluiten bij de manier waarop in de wereld van politiek en beleid gesproken wordt over domeinoverstijgend samenwerken. Verschillende van deze voorbeelden hebben dan ook op positieve aandacht kunnen rekenen van Den Haag, bijvoorbeeld in de vorm van een werkbezoek met de minister of de staatssecretaris. Wat deze casussen delen, is dat ze, ondanks de positieve aandacht, geen duurzame plek hebben bemachtigd in het zorgstelsel. Daarmee bedoelen we dat de samenwerkingsverbanden nog altijd afhankelijk zijn van tijdelijke (project)financiering, of nog altijd belemmerd worden in hun activiteiten door bestaande wet- en regelgeving. In de analyse van deze casussen kijken we naar de onderliggende oorzaken van deze belemmeringen. Daarbij richten we ons niet alleen op de directe oorzaken, maar hebben we ook oog voor de meer structurele barrières die domeinoverstijgende samenwerking bemoeilijken.

3 Domeinoverstijgende samenwerking in de praktijk

In dit hoofdstuk beschrijven we verschillende vormen van domeinoverstijgende samenwerking in de praktijk. We kijken zowel naar casussen waarbij de kwaliteit van zorg de belangrijkste drijfveer van samenwerking is als naar casussen waarbij de houdbaarheid van het zorgaanbod de stimulans voor samenwerking vormt. De beschrijving van elk van de casussen betreft een interpretatie van de RVS en is dus niet herleidbaar naar uitspraken of opvattingen van de geïnterviewde betrokkenen.

3.1 Vergroten van de kwaliteit van leven voor kwetsbare thuiswonende ouderen

Achtergrond

Sinds 2015 (het jaar van de hervormingen van de langdurige zorg) stimuleert het ministerie van VWS ouderen actief om langer thuis te blijven wonen met steun van hun sociale netwerk, onder andere via beleidsprogramma's zoals Langer Thuis. De kern van de hervormingen in de langdurige zorg is dat de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) werd opgesplitst in 4 verschillende wetten (Wmo 2015, Wlz, Zvw en Jeugdwet) met het doel om ouderen zo lang mogelijk thuis te voorzien van een passend aanbod van zorg en ondersteuning. Ouderen met een relatief lichtere zorgvraag kregen onder andere daardoor geen toegang meer tot het verzorgingstehuis. Mede als gevolg daarvan is het aantal zelfstandig thuiswonende ouderen sterk gestegen.

Bij het bieden van passende zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen zijn veel partijen betrokken, zoals gemeenten, zorgkantoren, woningcorporaties en verschillende zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. Voor thuiswonende ouderen wordt zorg en ondersteuning aanvankelijk betaald vanuit de Zvw en de Wmo 2015. Wanneer de zorgvragen van ouderen toenemen in zwaarte, wordt zorg gefinancierd vanuit de Wlz, waarbij ouderen in veel gevallen pas wanneer het thuis echt niet meer gaat naar een Wlz-instelling gaan. In de praktijk is het voor ouderen vaak onduidelijk welk zorgaanbod er voor hen beschikbaar is en of ze daarvoor in aanmerking komen (Plaisier en Den Draak, 2021). Als gevolg daarvan missen kwetsbare thuiswonende ouderen vaak een passend zorgaanbod, zeker wanneer hun zorgvragen complexer worden, bijvoorbeeld door een combinatie van ingewikkelde psychische en somatische klachten. In de evaluatie van de hervormingen in de langdurige zorg van het SCP uit 2018 geven huisartsen aan dat zij zich zorgen maken over het ontbreken van passende zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen met complexe problemen (Kromhout en de Klerk, 2018). Daardoor krijgen ouderen dikwijls geen passende zorg en belanden ze onnodig in een Wlz-instelling of een andere vorm van (dure) intramurale zorg.

Om deze thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen betere zorg te bieden, startte Ester Bertholet als specialist ouderengeneeskunde in 2011 een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde. Deze praktijk biedt zorg aan thuiswonende ouderen met (hoog)complexe zorgvragen: Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO). MESO-zorg wordt – via een Stepped Care-model¹³ – pas ingezet als de inspanningen van de huisarts, samen met die van de praktijkondersteuner en eventueel een adviserend consult van de specialist ouderengeneeskunde, niet voldoende zijn. In het Stepped Care-model maken de huisarts en de specialist ouderenzorg of het MESO-team gezamenlijk de afweging

¹³ Met stepped care wordt de patiënt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is. Er wordt dus gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten. (link)

voor het inzetten van passende zorg. Dat draagt bij aan kostenbewustzijn en in veel gevallen ook aan kostenreductie (Barnhoorn & Bertholet, 2015).

De praktijk werkt via de zelfontwikkelde MESO-methodiek. Bij de praktijk zijn naast specialisten ouderengeneeskunde ook andere professionals in dienst, zoals geriatrisch verpleegkundigen en een secretaresse/managementassistent. De kern van de MESO-methodiek is dat extra geriatrische expertise wordt ingezet in de eerste lijn, onder het hoofdbehandelaarschap van de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde maakt een plan van aanpak, passend bij de context van de oudere. Gemiddeld duurt de inzet van de MESO-zorg 6 maanden. De praktijk adviseert en begeleidt de behandeling van de oudere tot er een nieuw evenwicht is bereikt en de huisarts en de andere professionals het weer zelf aankunnen. Een belangrijke component van de MESO-zorg is het multidisciplinair overleg met betrokken zorgverleners, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, wijkteammedewerkers, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en wijkverpleegkundigen, dat wordt georganiseerd door de praktijk ouderengeneeskunde. Door de tijd te nemen om te overleggen met verschillende groepen professionals die betrokken zijn bij de zorg voor een thuiswonende oudere, kan er passende zorg geboden worden die aansluit bij de situatie van de oudere.

Voortgang project

In de eerste periode opereert de MESO-praktijk dankzij tijdelijke innovatiefinanciering door ZonMw en zorgverzekeraar Menzis. Vervolgens wordt de praktijk bekostigd vanuit een speciale tijdelijke innovatie-dbc met een integraal tarief van de NZa. Het multidisciplinaire overleg wordt uit deze integrale dbc bekostigd. Gedurende deze tijd worden ook de eerste effecten van de MESO-aanpak duidelijk. Hoewel de extra inzet van geriatrische expertise leidt tot een zeer sterke toename in het aantal gestelde diagnoses per oudere, lukt het ook om verwijzing naar het ziekenhuis of verpleeghuis uit te stellen of zelfs overbodig te maken. Daarmee worden de kosten die gemaakt worden per oudere in de Zvw bijna gehalveerd. In de Wlz wordt er per oudere een gemiddelde besparing behaald van ruim 80% doordat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Ondanks de positieve resultaten is de praktijk ouderengeneeskunde na 10 jaar nog steeds afhankelijk van experimentele project- en innovatiesubsidies. Om te kijken of er meer structurele financiering kan komen voor deze vorm van zorg, wordt er sinds 2020 getest met de aanpak op andere locaties, zoals Rotterdam, Tiel en Zoetermeer, in samenwerking met andere zorgverzekeraars.

Dieperliggende problematiek

Hoe kan het nu dat een bewezen succesvolle aanpak na 10 jaar nog altijd geen geschikte financiering heeft? Een belangrijke reden voor de moeizame bestending van MESO-zorg binnen het stelsel is dat de bewijslast voor dit soort vernieuwende initiatieven ligt bij de innovators zelf. Zo financiert het ministerie van VWS momenteel het driejarige MESO-project met als belangrijke opgaven het aannemelijk maken van de herhaalbaarheid van de genoemde eerder behaalde resultaten (nu onder andere omstandigheden), het ontwikkelen van een kwaliteitstandaard en het bijdragen aan het realiseren van een vorm van duurzame financiering. Het zijn uitdagende opgaven met onzekere uitkomsten – de criteria voor positieve besluitvorming zijn immers onbekend – en opnieuw een lange periode van onzekerheid.

Belangrijke aspecten van de MESO-methodiek, waaronder het multidisciplinaire overleg, het afstemmen en coördineren van passende integrale zorg door betrokkenen uit de nulde, eerste en waar nodig tweede lijn, worden als een vorm van indirecte zorg gezien, en het vergoed krijgen van deze zorg is niet eenvoudig. Dat betekent dat vernieuwende praktijken – zeker als er sprake is van wat indirecte zorg wordt genoemd – altijd tijd en moeite zullen moeten steken in het beargumenteren dat de geleverde zorg passender en meer doelmatig *is* dan reguliere zorg om in aanmerking te komen voor financiering. Daarnaast is er voor het structureel 'bestendigen' van vernieuwende zorg meer bewijs nodig dat laat zien dat de geleverde zorg ook op andere plaatsen doelmatiger is. Hoewel het te prijzen valt dat de praktijk ouderengeneeskunde van Ester Bertholet erin is geslaagd om de MESO-zorg voortdurend onder de aandacht te brengen, zodat er nu ook mee geëxperimenteerd wordt op andere plaatsen, zijn er veel vergelijkbare innovaties die blijven steken in een experimentele fase.

De moeizame inbedding van de MESO-methodiek legt tegelijkertijd een breder probleem bloot over de gefragmenteerde bekostiging van medisch-generalistische zorg onder de Wlz en Zvw, zoals MESO. MESO-zorg werd (via verschillende beleidsregels) vergoed vanuit een Zvw-subsidieregeling en momenteel vanuit de experimentruimte voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP, ook onder de Zvw). De positionering van MESO-zorg in de eerste lijn maakt het mogelijk huisartsen te ondersteunen in de opgave om kwetsbare ouderen thuis beter te helpen en zodoende het langer thuis blijven wonen mogelijk te maken en te stimuleren. Echter, met de overgang naar de GZSP bleek dat MESO-zorginnovatie niet meer beschikbaar is voor thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie die gekozen hebben voor een leveringsvorm zonder behandeling, zoals een persoonsgebonden budget (pgb) of modulair pakket thuis (mpt). Hoewel zorg van een specialist ouderengeneeskunde wel nog mogelijk is vanuit de Wlz (H335) geldt deze prestatie niet voor MESO zorg, omdat deze meer omvat dan alleen de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Als gevolg daarvan is MESO-zorg op basis van de huidige wet- en regelgeving niet toegankelijk voor thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie, terwijl er juist deze groep baat heeft bij de MESO-zorg.

Om de fragmentatie in de bekostiging van de medische basiszorg voor ouderen met complexe zorgvragen weg te nemen, adviseerde de NZa over de plaats van de medisch-generalistische zorg (MGZ) voor Wlz-patiënten. De kern van het advies was dat de MGZ voor Wlz-cliënten onder één regime (Wlz of Zvw) zou moeten worden geplaatst, zodat Wlz-cliënten een samenhangend aanbod aan zorg kunnen krijgen. Het belangrijkste voordeel van het verplaatsen van de MGZ naar de Zvw is dat dit de ongelijkheid tussen ouderen vermindert en doelmatige inzet van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde mogelijk maakt, onder de regie van de zorgverzekeraar. Positionering van de MGZ onder de Wlz heeft als mogelijk voordeel dat de verantwoordelijkheid voor de organisatie van een passend zorgaanbod bij de Wlz-aanbieder komt te liggen, en de verantwoordelijkheid voor doelmatige inkoop van zorg bij het zorgkantoor. Echter, de bestaande ongelijkheid en fragmentatie blijven hiermee bestaan.

3.2 Passende zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Achtergrond

Vanuit het ideaal dat de participatie en zelfredzaamheid van mensen met een psychische kwetsbaarheid vergroot moet worden, is de intramurale capaciteit in ggz-instellingen de afgelopen jaren afgebouwd. Daardoor worden burgers met een psychische kwetsbaarheid steeds vaker ambulante behandeld en ondersteund. De organisatie en financiering van de behandeling en ondersteuning van deze groep burgers is sterk versnipperd over verschillende domeinen. Zo wordt de geneeskundige ggz betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De openbare ggz, dagbesteding, ambulante ondersteuning en beschermd wonen worden betaald vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Zorg bij langdurige psychische problemen wordt betaald vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Bovendien kan aanspraak op psychiatrische zorg volgen uit de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvvggz). Om passende zorg en ondersteuning te leveren aan mensen met een psychische kwetsbaarheid is intensieve samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders noodzakelijk, zo concludeert ook de Commissie Toekomst beschermd wonen in 2015 in haar rapport *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*.

Mede naar aanleiding van dit rapport hebben 3 zorgaanbieders (Cosis, GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord-Nederland), 3 gemeenten (Emmen, Assen en Hoogeveen/De Wolden), 2 zorgverzekeraars (Zilveren Kruis en VGZ) en de regionale huisartsenvereniging in 2015 het project Optimaal Leven geïnitieerd. Het project heeft als doel om mensen met een psychische kwetsbaarheid in Drenthe beter te ondersteunen. Door laagdrempelige samenhangende hulp te bieden, kan terugval voorkomen worden en de kwaliteit van leven verhoogd worden. De basis voor het project ligt in een studie die het zorggebruik van EPA-cliënten in de regio in beeld brengt. Uit de studie blijkt dat er sprake is van sterke onderbehandeling in de regio: de prevalentie van behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is lager dan de verwachte prevalentie. Daarnaast blijkt dat een deel van de EPA-cliënten onder

behandeling staat bij verschillende FACT-teams¹⁴ en bovendien ook nog ambulante begeleiding ontvangt. Betere afstemming tussen zorgverleners (*matched care*) kan kosten besparen en betere ondersteuning bieden aan patiënten/cliënten.¹⁵

In de gemeenten Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden zijn proeftuinen gestart met Optimaal Leven-teams en in september 2021 is in Midden-Drenthe ook gestart met een Optimaal Leven-team. In de Optimaal Leven-teams werken (voormalig) FACT-medewerkers van GGZ Drenthe en VNN, ambulante begeleiders van Cosis, en buurtwerkers uit welzijnsorganisaties. De Optimaal Leven-teams leveren integrale zorg – organisatie-overstijgend – rondom een cliënt en mét de cliënt. In de teams komen verschillende organisaties en domeinen samen (Wlz, Zvw, Wmo 2015). De teams bieden passende zorg door over de grenzen van de organisaties heen samen te werken.

Voortgang project

Het project laat veelbelovende resultaten zien, zo blijkt uit verschillende praktijkevaluaties die het project in de afgelopen jaren uitvoerde. Door de samenwerking wordt onderhandeling eerder herkend. Ook zorgt het integrale aanbod van zorg voor een snellere op- en afschaling in zorg, waardoor beter aangesloten kan worden op de zorgbehoefte van burgers. Zowel de betrokken cliënten als de organisaties zijn positief over de nieuwe vorm van samenwerken en de invloed daarvan op de kwaliteit van zorg. In de afgelopen jaren is gewerkt aan onderling vertrouwen, een inhoudelijke werkwijze (herstelgericht) en een gezamenlijke manier van verantwoorden en registreren. Ook vanuit de landelijke politiek is er interesse getoond in de nieuwe werkwijze van de Optimaal Leven-teams. In 2019 kwam toenmalig staatssecretaris Paul Blokhuis op werkbezoek en liet zich lovend uit over de werkwijze, die hij beschouwde als een voorbeeld van het bieden van passende zorg waar in Den Haag van geleerd kan worden.

Ondanks de veelbelovende resultaten blijft de toekomst van het project onzeker: de betrokken partijen hebben voor de komende periode ingezet op een verlenging van de proeftuinperiode. Die onzekerheid over de toekomst komt door de nieuwe fase waarin het project is beland: de projectsubsidie van ZonMw is afgelopen en partijen zijn – zoals altijd het uitgangspunt is geweest – bezig met het maken van (werk)afspraken waarbinnen het project kostenneutraal ingebed wordt binnen het sociaal domein. Dat vraagt heldere werkafspraken, gedeelde uitgangspunten en passende samenwerkingsafspraken. Bovendien blijft de samenwerking op financieel niveau een optelsom van drie organisaties en daarmee onzeker. Medewerkers uit de Optimaal Leven-teams voeren namelijk veel activiteiten uit die niet vergoed worden binnen de huidige stelsels. Denk aan consultatie op cliëntniveau, begeleiding en verantwoording van het in en uit zorg gaan van patiënten (dit past bij het beeld van chronische psychiatrische kwetsbaarheid) of het informeel contact met cliënten. Het laten werken van de samenwerking vraagt van alle organisaties om een blijvende investering, in tijd en geld. Hoewel duidelijk is geworden dat dit ook veel oplevert, is het succes van het project dus afhankelijk van de betrokkenheid en bevlogenheid van de betrokken bestuurders en medewerkers.

Dieperliggende problematiek

Het voorbeeld van het project Optimaal Leven staat voor een dieperliggende problematiek. Gezien de complexiteit en inherente grilligheid van de zorgvraag van mensen met een psychische kwetsbaarheid is er geen aangewezen domein waarbinnen deze groep burgers het best geholpen kan worden. Mensen met een psychische kwetsbaarheid kennen namelijk vaak een patroon waarbij ze sterk wisselend wel en niet in beeld zijn bij hulpverleners. Deze groep mensen zou het best geholpen zijn met enige mate van stabiliteit en een zorgaanbod dat zich aanpast aan het type (zorg)vraag dat op dat moment speelt. Maar dit is in de praktijk lastig te realiseren, omdat zorg die geleverd wordt steeds opnieuw verantwoord moet worden aan

¹⁴ FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment.

¹⁵ In een FACT-team worden mensen met een EPA behandeld door een verschillende hulpverleners zoals maatschappelijk werkers, (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, verslavingsdeskundigen, ervaringsdeskundigen en woonbegeleiders.

gemeente en verzekeraar. Door de versnipperde organisatie en financiering van zorg en ondersteuning is er dus **geen partij die de verantwoordelijkheid kan nemen** voor de kwaliteit van leven van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Hoewel zorgverleners wel pragmatische manieren zoeken om toch betrokken te blijven bij cliënten, vraagt dit een investering van de kant van de zorgaanbieder. De tijd die zorgverleners besteden aan het bieden van zorg wordt immers niet altijd (direct) vergoed vanuit de verschillende zorgdomeinen. Hoewel er binnen het project Optimaal Leven afspraken zijn gemaakt over het versneld afgeven van een tijdelijke indicatie om daarmee het probleem van ongedekte kosten te voorkomen, blijkt uit de evaluaties van het project (Optimaal Leven, 2021) dat het tijdig afgeven van met name Wmo-indicaties een aandachtspunt blijft. Het laten slagen van de samenwerking en de herstelgerichte aanpak **vergt dus veel van zorgverleners**. Zij hebben immers een 'uitzonderingspositie' binnen de organisaties waarvoor zij werken en moeten zich een nieuwe werkwijze eigen maken. Dit blijft het geval als de samenwerking geen structurele organisatorische vorm krijgt en de teams in financiële en personele zin afhankelijk blijven van de verschillende organisaties waaruit ze voortkomen. Domeinoverstijgend samenwerken binnen de grenzen van de bestaande domeinen is dus 'hard werken' voor de betrokken zorgverleners die continu institutionele barrières moeten overbruggen.

Naast de verantwoordelijkheid vormen **perverse financiële prikkels** een probleem bij het bieden van passende zorg aan mensen met een EPA. Op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wmo 2015 hebben gemeenten een relatief grote verantwoordelijkheid en beleidsvrijheid om maatregelen te nemen in het kader van gezondheidsbevordering. Daarnaast geeft de Wmo 2015 gemeenten de verantwoordelijkheid voor het – volledig risicodragend – organiseren van passende ondersteuning aan mensen die niet op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving. Denk aan hulp aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. Deze wettelijke bevoegdheden sluiten goed aan bij de principes van passende zorg waarbij gezondheidsbevordering, het voorkomen van ziekte en het organiseren van zorg rondom mensen centraal staat. Eerder onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS liet bijvoorbeeld zien dat domeinoverstijgende samenwerking kan leiden tot hogere kosten in de Wmo 2015 en Zvw, maar ook tot sterk lagere kosten in de Wlz. Daarmee is samenwerking in zijn geheel kostenbesparend, maar niet voor de gemeente als mogelijke regisseur.¹⁶ In de afgelopen jaren zijn de kosten voor de Wmo 2015 voor verschillende gemeenten gestegen, mede door de aanzuigende werking van het abonnementstarief in de Wmo 2015. Omdat Wmo-budgetten niet geoormerkt zijn, kan het voor gemeenten financieel aantrekkelijk zijn om zorgkosten af te wentelen op de Wlz of (gedeeltelijk) de Zvw. Immers, als gemeenten investeren in het voorkomen van dure zorg, is dit een investering waar geen concrete winst tegenover staat. De bestaande financiële krapte leidt er bovendien toe dat gemeenten niet toekomen aan het voeren van gezondheidsbeleid dat op de lange termijn kostenbesparend is, zo concludeerde de Visitatiecommissie financiële beheersbaarheid sociaal domein nog in 2020 (VNG, 2020). De perverse financiële prikkel voor 'afschuiven' is recentelijk ook inzichtelijk gemaakt in onderzoek naar uitgavenontwikkeling in de Wmo 2015 en Wlz. Daaruit blijkt dat gemeenten zorgkosten in toenemende mate afwentelen op de Wlz (Alders en Schut, 2021). Deze praktijk van afschuiven is geen bewust beleid – gemeenten werken hard aan het bieden van passende ondersteuning aan burgers – maar wordt veroorzaakt door een perverse financiële prikkel. Het verschuiven van zorgkosten naar de Wlz wordt mogelijk versterkt door de recente verruiming van toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.¹⁷ Dit heeft geleid tot toename van aanvragen die 47% hoger lag dan de verwachting. Het is echter de vraag in hoeverre deze toestroom wenselijk is. Behandeling van mensen met een EPA zou idealiter gericht moeten zijn op herstel, terwijl de Wlz bedoeld is voor mensen met levenslange, onomkeerbare aandoeningen.

¹⁶ Zie kamerbrief over stand van zaken domein-overstijgende samenwerking (link)

¹⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316706_22/1/

3.3 Betere huisartsenzorg door meer tijd voor de patiënt

Achtergrond

In de afgelopen jaren is de werkdruk onder huisartsen sterk gestegen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) wist dit probleem succesvol te agenderen in politiek Den Haag en binnen het zorgveld zelf. Een van de resultaten hiervan is dat zorgverzekeraar VGZ in 2015 startte met de pilot 'Meer tijd voor de patiënt'. Het doel van de pilot is om huisartsen meer tijd te geven per patiënt, waardoor ze betere zorg leveren aan burgers en daarbij zoeken naar niet-medische oplossingen voor hun problemen. Hierdoor zou bovendien het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis en andere (dure) vormen van zorg teruglopen, terwijl de kwaliteit van dienstverlening verhoogd wordt. Onderdeel van het bredere project van VGZ is een pilot die wordt gestart in Afferden. Daar zetten de verzekeraar en de huisartsenpraktijk in op het verminderen van het aantal patiënten per huisarts. Sinds 2015 krijgen huisartsen meer tijd om goede zorg te bieden aan patiënten. Zorgverzekeraar VGZ was bereid de benodigde 0,4 fte aan extra huisartsuren te financieren. Geïnspireerd door het concept 'positieve gezondheid'¹⁸ zette de praktijk in op het zoeken naar andere, liefst niet-medische oplossingen voor de problemen van burgers. Daarnaast werd de financiering van huisartsenzorg in Afferden gewijzigd. Het verrichtingensysteem van consulten en visites werd aan de hand van de omzet van de praktijk in 2014 omgezet in een vast bedrag per patiënt per jaar, dat in 4 kwartalen werd uitbetaald.

Voortgang project

De resultaten van de pilot in Afferden zijn erg positief. De praktijk verwees 25% minder naar het ziekenhuis, het aantal medicatievoorschriften daalde en de ervaren kwaliteit van zorg ging omhoog. Ook steeg het werkplezier van huisartsen. Het aantal contacten in de praktijk daalde met 25%; wel waren de contacten langer in duur. Ook de administratieve lasten namen tot groot genoegen van de huisartsen duidelijk af. De huisartsen schatten dat er – als gevolg van de afname in verwijzingen – een besparing had opgetreden van bijna € 500.000 ten opzichte van de verwachte zorgkosten van de praktijkpopulatie in Afferden¹⁹.

Dit succes trok ook de aandacht van het ministerie van VWS. Toenmalig minister Bruins kwam op werkbezoek, en op de Dag van de Preventie in april 2019 noemde toenmalig staatssecretaris Blokhuis de casus-Afferden een goed voorbeeld van 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'. Na het eerste succes wordt in Afferden nagedacht over financieringsmogelijkheden om de nieuwe manier van werken een vervolg te geven. De gelden die bespaard zijn onder de Zvw kunnen wellicht ingezet worden om verder te voorkomen dat mensen ziek worden en naar het ziekenhuis moeten. In overleg met het burgerinitiatief Afferden Samen Beter ontstond het initiatief om de besparingen in te zetten voor een dorpsfonds. Burgers konden zelf ideeën indienen voor preventieactiviteiten in het sociaal domein. De provincie Limburg verstreekte subsidie voor de uitwerking van het plan.

Echter, uitbreiding van de pilot werd geblokkeerd door VGZ toen het Maasziekenhuis in Boxmeer in financiële problemen kwam. Hoewel het ziekenhuis in april 2019 overeind gehouden werd, onder andere door financiële steun van het ministerie van VWS zelf, moest het teruglopende ziekenhuisbezoek gekeerd worden om het ziekenhuis toekomst te geven. Uitbreiding van de pilot was dan ook onwenselijk, omdat deze bijdroeg aan het teruglopende ziekenhuisbezoek in het Maasziekenhuis. Bovendien werd de huisartsenpraktijk Afferden gevraagd om actief mee te denken over manieren waarop het aantal verwijzingen naar het Maasziekenhuis verhoogd kan worden. Dit ging dus regelrecht in tegen de doelen uit de initiële pilot. Daarnaast ging het dorpsfonds niet door. De gemeenteraad besloot tot een bezuiniging van € 1 miljoen per jaar op het sociaal domein, omdat de begroting structureel overschreden werd. Het dorpsfonds, dat een verschuiving van middelen naar het sociaal domein beoogde, stond haaks op de ambitie van de gemeente om te bezuinigen op het sociaal domein. Bovendien

¹⁸ Zie <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

¹⁹ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/zinnige-zorg-dreigt-utopie-te-worden.htm>

was een dergelijke verschuiving van middelen niet mogelijk voor VGZ, dat aangaf middelen uit de Zvw niet te kunnen inzetten in het sociaal domein. Het gevolg was dat preventieve activiteiten niet uitgebreid konden worden en mensen pas aanspraak konden maken op (zware) zorg als klachten verergeren.

Het stoppen van de uitbreiding van het project leidde tot ophef en uiteindelijk ook tot Kamervragen²⁰ aan de toenmalige minister voor Medische Zorg. Uiteindelijk maakte VGZ in 2020 bekend de pilot Afferden verder uit te breiden voor wat betreft het aanbieden van extra huisartsenuren aan andere praktijken in de regio, maar te stoppen met vergoeden middels een abonnementsstarief. Dit betekent dat de huisartspraktijk Afferden de inkomsten weer via verrichtingen moet declareren. Omdat het aantal verrichtingen sterk gedaald is, betekent dit een zeer forse daling van het inkomen van de huisartsen, die alleen gecompenseerd kunnen worden als het aantal verrichtingen weer fors zou stijgen. Dit staat haaks op de doelen uit het initiatief 'Meer tijd voor de patiënt' en leidt bovendien tot een toename van administratieve lasten. In december 2021 heeft VGZ aangegeven dat ze samen met de NZa wil kijken hoe de pilot in Afferden toch kan doorgaan met het abonnementsstelsel en of die is uit te breiden met 5 tot 8 praktijken in de regio om helder te krijgen wat nu de meerwaarde is van het abonnementsstelsel in het kader van 'Meer tijd voor de patiënt'. Daarnaast blijken het rijk en de provincie Limburg in het kader van de regiodeal Noord-Limburg bereid om € 1 miljoen te investeren om 25 huisartspraktijken in Noord-Limburg te laten samenwerken met burgerinitiatieven en gemeentes met 'positieve gezondheid' als gemeenschappelijke taal, met daarbij expliciet de optie om bespaarde kosten in de zorg te investeren in het sociaal domein, zo mogelijk in de vorm van (dorps)fondsen. De NZa speelt een rol bij de monitoring van dit project.

Dieperliggende problematiek

Hoewel het vreemd lijkt dat zorgverzekeraar VGZ geen premiegelden wilde inzetten om de verschuiving van middelen naar het sociaal domein te vergoeden, is dit in lijn met de bedoeling van de Zvw. Bij de instelling van deze wet is bewust gekozen voor een privaatrechtelijk stelsel met publieke waarborgen zoals de acceptatieplicht en de zorgplicht (op basis van artikel 54, 3^e schaderichtlijn). De kern van dit privaatrechtelijke juridische regime is dat de zorgverzekering een individuele schadeverzekering is. Dit betekent dat premiegelden alleen ingezet kunnen worden voor het vergoeden van individuele schade of het voorkomen van het (individuele) risico op gezondheidsschade. Het verschuiven van geld naar het sociaal domein voldoet niet aan deze voorwaarden, aangezien er geen directe relatie te leggen valt tussen de te nemen maatregelen en het individuele risico op gezondheidsschade. Bovendien zijn zorgverzekeraars risicodragend voor uitgaven in de Zvw, een politieke wens om doelmatige zorginkoop te stimuleren. Dit betekent ook dat het – in de logica van de Zvw – een 'goed recht' van zorgverzekeraars is om hun (eigen) financiële belangen te dienen, ook wanneer dit strijdig is met wat gezien wordt als 'het maatschappelijk belang'. Ook voor de gemeente is het, gezien de bestaande stelsels van zorg en ondersteuning, niet verwonderlijk dat zij geen heil zien in het dorpsfonds. Immers, uitgaven in het sociaal domein drukken zwaar op de begroting van de gemeente en verdringen andere uitgaven. Bovendien komen de financiële opbrengsten van extra investeringen in het sociaal domein niet ten bate van de gemeente. Mogelijke besparingen vinden immers plaats in de Zvw of Wlz.

20 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/01/30/beantwoording-kamervragen-over-project-meer-tijd-voor-de-patient>

4 Overkoepelende bevindingen

De verschillende casussen illustreren de moeizame realiteit die domeinoverstijgend samenwerken soms kan zijn. Hoewel elke beschreven casus een eigen dynamiek en context kent, zijn er verschillende overkoepelende problemen die in alle casussen in meer of mindere mate terugkomen. Bovendien zijn deze problemen hardnekkig, in de zin dat ze inherent verbonden zijn met een aantal belangrijke aannames achter de belofte van domeinoverstijgend samenwerken.

4.1 Eigenaarschap

Aanname 1

Domeinoverstijgende samenwerking veronderstelt dat zorgaanbieders en inkopers uit verschillende domeinen, met verschillende inhoudelijke expertise en organisatorische belangen, in staat zijn samen te werken aan een gedeeld doel: het leveren van passende zorg door middel van substitutie.

In de casussen wordt duidelijk dat samenwerken aan een gedeeld doel van substitutie in de praktijk moeilijk is, omdat eigenaarschap van de zorg voor burgers met 'complexe' zorgvragen niet belegd is. Verschillende beleidsmatige veranderingen van de afgelopen periode, zoals de decentralisaties, het scheiden van wonen en zorg en de ambulantisering in de ggz hebben geleid tot een (groeïende) populatie van burgers met een zorgvraag die zich begeeft op verschillende domeinen. Bijkomend probleem is dat de aard van de zorgvraag soms maakt dat deze groep burgers niet goed in staat is aan te geven wat er nodig is voor de organisatie van een passend zorgaanbod. Denk bijvoorbeeld aan een persoon met een psychische kwetsbaarheid die thuis in een psychose raakt nadat deze niet meer in een formeel zorgtraject zit. Dit had wellicht voorkomen kunnen worden, maar de zorgvraag wordt pas zichtbaar als deze sterk is verzaagd. De verschillende stelsels zijn dus relatief goed ingericht op het omgaan met verschillende, vooraf gedefinieerde en gearticuleerde *zorgvragen*, maar in mindere mate in het bieden van passende zorg aan bepaalde groepen *personen*.

Door de focus op specifiek afgebakende zorgvragen in de stelsels is het voor zorgaanbieders in de praktijk moeilijk om eigenaarschap te tonen voor het bieden van passende zorg aan burgers, al zouden ze dat wel willen. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar in het project Optimaal Leven, waarbij medewerkers uit de Optimaal Leven-teams in de evaluatie aangeven (onbetaald) tijd te besteden aan het onderhouden van contact met cliënten die niet meer in een zorgtraject zitten om te voorkomen dat zij terugvallen. Ook in de casus van de praktijk ouderengeneeskunde (MESO-zorg) is het onduidelijk welke partij verantwoordelijk moet zijn voor het bieden van medisch-generalistische basiszorg aan thuiswonende ouderen. Domeinoverstijgend samenwerken om passende zorg te bieden aan kwetsbare burgers is dus niet mogelijk wanneer er geen partij is die de eigenaar is van de hele, bredere zorgvraag van groepen burgers.

4.2 Voorkomen van (dure) zorg loont vaak niet

Aanname 2

Alle deelnemende partijen hebben baat bij domeinoverstijgende samenwerking. Er is een gedeeld doel waarvoor de partijen elkaar nodig hebben.

Hoewel domeinoverstijgende samenwerking veronderstelt dat alle partijen een belang hebben bij samenwerking, zijn er veel vormen van domeinoverstijgende samenwerking die niet van de grond komen, omdat die belangen er vaak niet zijn bij inkopers en aanbieders van zorg. Dit wordt ook wel het *wrong-pocket*-probleem genoemd. Kortweg komt het erop neer dat de partij die investeert in het bieden van meer passende zorg hier niet de baten van heeft. Wanneer een

gemeente, als inkoper van Wmo-zorg, extra uitgaven doet om burgers beter te ondersteunen in het dagelijks leven, wordt daarmee dure zorg binnen de Wlz of Zvw voorkomen. Echter, deze 'winst' slaat niet neer bij de gemeente, maar bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. In andere woorden: er is wel winst, maar deze komt niet in de 'juiste zakken' terecht, waardoor het voorkomen van dure zorg niet loont voor inkopers van zorg.

Het *wrong pocket*-probleem komt niet alleen voor in Nederland, zo blijkt uit een vergelijkende studie van het RIVM naar de rol van preventie in nationale zorgstelsels (Heijink & Struijs, 2016). Wat wel uniek is aan Nederland is de privaatrechtelijke aard van de Zorgverzekeringswet (in het Europees recht) met publieke randvoorwaarden. Het investeren in domeinoverstijgende vormen van samenwerking, gericht op het voorkomen van dure zorg via collectieve vormen van preventie, is daarmee slechts beperkt mogelijk voor verzekeraars als het gaat om meer collectieve vormen van preventie. Maatregelen zoals investeringen in de gezondheid van wijken, verduurzaming van verouderde woningen of investeringen in publieke voorzieningen zijn daarmee niet mogelijk voor verzekeraars, terwijl deze investeringen wel veel invloed hebben op de publieke gezondheid.

4.3 Domeinoverstijgend samenwerken vergt veel van betrokkenen

Aanname 3

Bij domeinoverstijgende samenwerking zijn zorgverleners met verschillende vormen van expertise, werkwijzen en routines daadwerkelijk in staat om deze verschillen in de praktijk te overbruggen. Het vereist flexibiliteit en samenwerkingsvaardigheden om af te wijken van routines en open te staan voor andere vormen van kennis en ervaring.

Het gevolg van het beperkte eigenaarschap en de daarmee samenhangende *wrong pocket*-problematiek is dat domeinoverstijgend samenwerken voor zorgverleners vaak als belastend wordt ervaren. Zo komt in de evaluaties van het project Optimaal Leven naar voren dat nieuwe vormen van samenwerking veel vragen van zorgverleners. Vaak fungeren welwillende professionals en bestuurders in deze contexten als *boundary spanners* die op de grenzen van domeinen proberen het beste te doen voor burgers door onbetaalde zorg te verlenen en extra uren te steken in het overleggen, het maken van afspraken en het documenteren van geleverde zorg. Hoewel deze initiatiefnemers terecht worden geprezen, kent dit ook een schaduwzijde: veel initiatieven slagen niet, zorgprofessionals en aanbieders raken gedesillusioneerd, en kwetsbare burgers missen nog altijd passende zorg door het gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking. Hoewel bij samenwerking met andere beroepsgroepen een zekere mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen belangrijke kwaliteiten zijn voor zorgverleners, laat de casuïstiek zien dat dit ook grenzen kent. Het mag niet zo zijn dat de extra arbeid die samenwerking vraagt, volledig ten laste komt van de eigen tijd van zorgprofessionals. Goede samenwerking is onderdeel van goede zorg en vraagt ook om tijd en daarom ook om passende, structurele bekostiging.

5 Domeinoverstijgend samenwerken: kan het wel?

De voorbeelden uit hoofdstuk 4 laten zien dat domeinoverstijgende samenwerking in de praktijk positieve resultaten oplevert voor de kwaliteit van zorg, inclusief de patiënttevredenheid. Zowel bij inkopers als bij aanbieders van zorg is er bereidheid om organisatorische en culturele barrières te slechten en burgers zo passende zorg te bieden. In gebieden waar het bestaande zorgaanbod onder druk staat, lijkt deze bereidheid het grootst te zijn, aangezien *niet* samenwerken eigenlijk geen optie is. Wat de voorbeelden ook gemeen hebben, is dat zorg en de bijbehorende financiële middelen *eerder* in het zorgtraject van patiënten worden ingezet om sneller te kunnen inspelen op de zorgvraag en aldus zwaardere zorg te voorkomen. Daarmee is in beginsel ook de betaalbaarheid van de zorg gediend. Het gegeven dat de zorg is ondergebracht in verschillende wettelijke regelingen en daarmee als het ware is 'opgeknipt', staat dit echter in de weg. Bovendien zijn initiatieven zoals deze afhankelijk van pilots en tijdelijke subsidies.

De RVS begon dit advies met de vraag hoe domeinoverstijgende samenwerking beter geborgd kan worden in het zorgstelsel. In dit hoofdstuk kijken we aan de hand van de beschreven casuïstiek naar manieren waarop dit zou kunnen. Vervolgens spiegelen we deze oplossingen aan de bredere problemen rondom domeinoverstijgend samenwerken: in welke mate valt te verwachten dat domeinoverstijgende samenwerking hiermee beter geborgd is in de stelsels? We beschrijven eerst per casus oplossingen die binnen de huidige stelsels door te voeren zijn. Vervolgens gaan we in op de meer fundamentele schuringen tussen de stelsels.

5.1 Oplossingen voor de beschreven casuïstiek

Casus 1: vergroten van de kwaliteit van leven voor kwetsbare thuiswonende ouderen

Het probleem dat mensen met een Wlz-indicatie geen gebruik kunnen maken van diensten van een specialist ouderengeneeskunde (SO), is te ondervangen door de aanspraak op medisch-generalistische basiszorg – waaronder hulp of begeleiding van een SO – onder te brengen in de Zvw (zoals in hoofdstuk 4 is geschetst). Een andere oplossing kan zijn de SO te blijven bekostigen vanuit de Wlz, maar dan wel het scheiden van wonen en zorg strikter door te voeren door het ook te laten gelden voor de zwaardere zorgzwaartepakketten. Hierdoor is er geen onderscheid meer tussen mensen die onder de Wlz intramuraal verblijven en mensen die thuis (blijven) wonen. Zo kan de SO ook toegankelijk gemaakt worden voor mensen die met een Wlz-indicatie thuis wonen. Kortom, het is van belang om de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen niet langer te spreiden binnen de verschillende stelselwetten, maar toe te werken naar vereenvoudiging aan de inkoopkant van zorg. Voor beide opties – onderbrengen in de Zvw dan wel in de Wlz – zou kunnen gelden dat de aanspraak op begeleiding door een SO mogelijk is voor patiënten vanaf een bepaald zorgzwaarteprofiel. Hiertoe kan worden aangesloten bij het gedachtegoed achter de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging van de NZa, die met ingang van 2022 van kracht is. Met deze beleidsregel wordt toegewerkt naar een bekostiging die een meer inhoudelijke contractering op basis van zorgzwaarte en kwaliteit stimuleert. Met dit experiment, dat 5 jaar zal lopen, wordt het beter mogelijk om meer recht te doen aan de oplopende zorgzwaarte die een gevolg is van het feit dat mensen langer zelfstandig thuis (moeten) blijven wonen. Dit helpt ook om zwaardere verpleeghuiszorg te voorkomen of in ieder geval uit te stellen.

Casus 2: passende zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

In de casus Optimaal Leven zijn er mensen met EPA die soms (intensieve) zorg nodig hebben en soms niet. Door deze mensen meer continu begeleiding, behandeling en/of ondersteuning te bieden wordt getracht (met succes) periodes van terugval en zwaardere zorg te voorkomen. De aanspraak op zorg die deze mensen nodig hebben sluit niet altijd goed aan bij het lichte

ondersteuningskarakter van de Wmo, maar ook niet bij de Wlz, die meer permanente zwaardere zorg veronderstelt. Een mogelijke oplossing hiervoor is het bieden van een *tijdelijke* indicatie voor chronische zorg, die een basis kan vormen voor de samenwerking rondom deze groep mensen, gericht op herstel. Een andere oplossing zou zijn om de samenwerking die ontstaat rondom mensen met EPA-problematiek meer structureel te bekostigen. Deze samenwerking kost tijd en middelen, en levert besparing van zorgkosten op, maar wordt als zodanig niet structureel bekostigd.

Casus 3: betere huisartsenzorg door meer tijd voor de patiënt

Door ruimer de tijd te nemen voor patiënten wordt het aantal verwijzingen naar de tweede lijn behoorlijk teruggedrongen. Echter, het continueren van deze werkwijze vergt medewerking van de zorgverzekeraar, die te maken heeft met het belang van het ziekenhuis in de regio dat ook toegankelijk moet blijven. Om uit deze impasse te komen, kan het helpen om een additioneel tarief te introduceren voor mensen met een zwaarder cliëntprofiel als aanvulling op het huisartsenabonnement: een abonnement-plus. Een dergelijk uitgebreid abonnementstarief maakt meer tijd nemen voor patiënten structureel mogelijk. Ook hier gaat het om toevoegen van structurele vormen van bekostiging die samenwerking mogelijk maken. Echter, het is ook van belang dat zorgverzekeraars een duidelijke visie en strategie hebben voor het voorkomen van dure zorg en het verplaatsen van zorg. De druk om een ziekenhuis in stand te houden mag niet ten koste gaan van de noodzakelijke transformatie van zorg en ondersteuning.

5.2 Aanpassen van bekostigingssystematiek

Bij elk van de beschreven oplossingsrichtingen ligt de focus op bekostiging. In deze paragraaf beschrijven we in meer algemene zin een aantal aanpassingsmogelijkheden in de bekostiging. Onder bekostiging verstaan we de wijze waarop een zorginkoper een aanbieder van zorg of ondersteuning betaalt. Door mogelijkheden voor bekostiging toe te voegen of de bekostiging van zorg voor mensen met domeinoverstijgende problemen te vereenvoudigen, kan een oplossing geboden worden voor de genoemde voorbeelden.

De huidige zorgpraktijk wordt gekenmerkt door sterk gefragmenteerde vormen van bekostiging, bijvoorbeeld per activiteit (bv. een huisartsconsult), per patiënt (bv. een bundel/pakket van zorg per diabetespatiënt) of per burger (bv. een abonnementstarief per ingeschrevene bij de huisarts), of een vast budget per periode. Op dit moment verschillen de bekostigingsvormen *tussen* domeinen (Wlz, Zvw, Wmo 2015), maar ook *binnen één* domein. De Zvw bijvoorbeeld kent voor iedere sector een eigen bekostiging; denk aan dbc's voor de medisch-specialistische zorg en consulten voor de huisartsenzorg. Binnen de huidige opzet van de stelsels zijn er mogelijkheden om via een andere bekostiging samenwerking te stimuleren. Zo worden zorgaanbieders in verschillende sectoren nu betaald per activiteit (consult of verrichting). Dit biedt geen prikkel voor coördinatie, maar stimuleert aanbieders juist om de eigen activiteiten te maximaliseren. Die volumeprikkel verdwijnt wanneer de bekostiging van verschillende zorgaanbieders wordt geïntegreerd, zoals gebeurt bij de integrale bekostiging van de geboortezorg. Daarin wordt één bedrag uitgekeerd voor het totale pakket aan zorg door eerstelijns verloskundigen, gynaecologen/ziekenhuizen en kraamzorg. Zij verdelen dit bedrag onderling en worden zo extra geprikkeld tot afstemming over het totale pakket aan zorg. Een dergelijke aanpassing kan binnen de huidige stelsels worden ingevoerd, maar is daarmee wel gebonden aan de grenzen van die stelsels. Met andere woorden, integrale bekostiging voor geboortezorg of een andere (deel)populatie blijft binnen de grenzen van de Zvw en kan geen zorg of ondersteuning uit andere stelsels omvatten. Door de stelselgrenzen *porreuzer* te maken, ontstaan mogelijkheden om via bekostiging samenwerking qua typen zorg/ondersteuning en typen aanbieders nog breder te stimuleren (hierop komen we in het laatste hoofdstuk terug). Ook via beloningsafspraken (belonen van uitkomsten of *shared savings*) kunnen aanbieders worden geprikkeld om samen te werken. Dit verloopt meer indirect, vanuit de veronderstelling dat betere uitkomsten of besparingen op zorgkosten behaald worden door betere coördinatie of afstemming. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre het verbreden van de *mogelijkheden tot bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking*, bijvoorbeeld via zorgbundels, voor echte verandering zal zorgen.

Wat de genoemde voorstellen vooral doen, is het gedeeltelijk wegnemen van perverse financiële prikkels en juridische barrières tot samenwerking. Dat betekent niet dat domeinoverstijgende samenwerking gericht op het bieden van betere zorg aan burgers vervolgens tot stand komt. Onderliggende logica's van de stelsels blijven immers gelijk en de druk op de financiële houdbaarheid van de zorg zal blijven toenemen. Daardoor zullen investeringen in domeinoverstijgende samenwerking alleen worden gedaan als het inzichtelijk is dat dit bijdraagt aan de houdbaarheid van zorg. Met andere woorden: het daadwerkelijk investeren in domeinoverstijgende samenwerking zal niet vanzelf toenemen als inkopers geen zekerheid hebben dat die investering daadwerkelijk iets oplevert. Als gevolg van die onzekerheid ontstaat het risico dat er juist nieuwe (administratieve en bureaucratische) barrières ontstaan voor domeinoverstijgende samenwerking.

5.3 Structurele schuringen

De gepresenteerde oplossingen voor de beschreven casuïstiek bestaan eruit dat nieuwe vormen van domeinoverstijgende samenwerking worden ingepast in de bestaande stelselwetten. Dat kan wellicht voor deze initiatieven helpen, aangezien deze inmiddels voldoende zijn uitgekristalliseerd en zich al hebben bewezen. Echter, deze oplossingen komen aan de late kant en zijn daarom niet altijd voldoende toegespitst op de ontwikkeling van nieuwe vormen van domeinoverstijgende samenwerking, die vaak jaren tijd vergen voordat ze voldoende uitgewerkt zijn en hun weg vinden in de praktijk. Daarmee zijn de initiatieven te veel afhankelijk van de bevoegdheid, de inzet en het doorzettingsvermogen van zorgverleners en bestuurders. Omdat het omwille van de kwaliteit van zorg belangrijk is om zorg 'naar voren te halen' en daar ook met beleid op in te zetten, is het van belang om deze beweging of transitie beter en meer structureel te ondersteunen of faciliteren.

Wanneer gesproken wordt over 'domeinoverstijgende samenwerking' gaat het over substitutie van zorg die zorginkopers en aanbieders zelf initiëren. Het gaat niet om opgelegde substitutie, maar over vormen van substitutie die ontstaan uit noodzaak om zorg toegankelijk te houden, de kwaliteit van zorg te verhogen of de continuïteit van een individuele aanbieder te borgen. Echter, die vrijwilligheid kent ook beperkingen, zo zagen we in hoofdstuk 4. Er zijn problemen rondom eigenaarschap, perverse financieringsprijkkels en toenemende druk op individuele zorgprofessionals om over domeinen heen te werken. Daarom moet er vroeg of laat ook gekeken worden naar de stelselwetten zelf. Hoewel de RVS in dit advies niet wil oproepen tot een directe stelselwijziging, wil de Raad wel een krachtige impuls geven aan de discussie over een aantal wezenlijke schuringen tussen de verschillende stelselwetten die goede passende zorg structureel belemmeren. We lichten twee voornaamste schuringen hieronder toe.

Schuring tussen publiek- en privaatrechtelijke stelsels

Het privaatrechtelijke verzekeringskarakter waarop de Zvw gestoeld is, verhoudt zich moeilijk met domeinoverstijgende samenwerking gericht op preventie en het bieden van meer passende zorg. Nederlandse ingezetenen zijn verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten met een zorgverzekeraar van eigen keuze. De essentie van een verzekeringsovereenkomst is dat de verzekeringnemer premie betaalt en in ruil daarvoor aanspraak heeft op behandeling of vergoeding als het risico waarop de verzekering betrekking heeft intreedt. Met andere woorden: als een indicatie is gesteld dat het verzekerde risico zich voordoet, heeft de verzekeringnemer aanspraak op de prestatie die schade als gevolg van dat risico herstelt of beperkt. Het gaat om prestatie en weder prestatie. Dit verzekeringskarakter is zo sterk dat een zorgverzekeraar zich niet kan beroepen op het bereiken van een omzetplafond om de weder prestatie niet te leveren. Hoe sterk dit is, hebben we in de jaren 80 van de vorige eeuw gezien met de vorming van zogenoemde 'hartbruggen', onder andere naar Houston. Er was toen een gebrek aan voldoende hartchirurgische capaciteit; niettemin konden verzekerden die een indicatie voor een dergelijke ingreep hadden met succes een beroep doen op vergoeding van deze ingreep buiten de landsgrenzen.

Het verzekeringskarakter brengt ook met zich mee dat de verzekeraar de zorg moet leveren zoals die in de verzekeringsovereenkomst is opgenomen. De inhoud van het verzekerde pakket

is omschreven in de Zvw. De zorgaanspraken zijn daarin weliswaar functioneel omschreven, maar die sluiten vooral aan bij de bestaande praktijk. Huisartsenzorg is bijvoorbeeld omschreven als 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Niet geschikt dus om een transitie (over domeinen heen) te ondersteunen of faciliteren. Met andere woorden: aanspraken in de Zvw zijn redelijk gefixeerd. Als de indicatie is gesteld, staat de aanspraak van een individu vast en heeft de verzekeraar de plicht te leveren. Het zijn individuele aanspraken. De aanspraken kunnen niet – zoals vanuit de Wmo 2015 bijvoorbeeld wel het geval is – op een meer collectief niveau geleverd worden.

Schuring tussen pluriformiteit van stelselwetten en verlangen naar meer regie

De toenemende zorgen over de houdbaarheid van zorg, in combinatie met de collectief gedeelde ambitie om te komen tot passende zorg voor iedere Nederlander, vragen om meer regie in de organisatie van zorg en ondersteuning. Die samenhang wordt nu vooral gezocht in het creëren van meer samenhang binnen de verschillende domeinen, zoals via hoofdlijnenakkoorden. Binnen het domein van de Zorgverzekeringswet pleitten 3 grote verzekeraars (CZ, ZK, Menzis) er in een verkiezingspaper voor dat de grootste 2 regionale zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars in de regio meerjarige afspraken maken over de inkoop van zorg. Hoewel dit geen fundamentele aanpassing van de Zvw vereist, wordt feitelijk de concurrentie op de inkoopmarkt (Zvw) sterk verminderd. Hoewel er goede stappen genomen worden, laat dat onverlet dat vroeg of laat de vraag moet worden beantwoord *welke partij vanuit welke visie* vorm moet geven aan de manier waarop samenwerking in de praktijk tot stand komt, en onder welke voorwaarden. Deze regievraag wordt op dit moment veelal vermeden: de hoop bestaat dat wanneer partijen 'gelijkgericht' samenwerken aan het bieden van passende zorg, de neuzen dezelfde kant op zullen staan (zie het advies *Samenwerken aan passende zorg*, Zorginstituut en NZa, 2020). Hoewel de RVS de agenda van de NZa onderschrijft, is discussie over een aantal wezenlijke schuringen in de stelsels onvermijdelijk. Immers, het verlangen van de overheid naar meer grip op uitgaven in de zorg staat haaks op de basisbeginselen van de huidige privaatrechtelijke Zorgverzekeringswet. Eerder concludeerde de RVS al dat de hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm uitgewerkt raken (RVS, 2021c).

Daarom zal er in de toekomst meer nodig zijn dan het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking binnen het huidige stelsel. Verschillende grote maatschappelijke opgaven vragen om andere vormen van samenwerken, ook met partijen buiten de zorgsector, zoals de toename van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het sluiten van een domeinoverstijgend akkoord met een helder doel – zoals eerder bepleit in het RVS-advies *Opnieuw akkoord?* (RVS, 2021c) – kan helpen om gerichte samenwerking op gang te brengen. Het stellen van een duidelijk doel voor de terugdringing van sociaaleconomische gezondheidsverschillen kan daarbij helpen om de activiteiten van verschillende betrokken partijen uit de zorg en daarbuiten (sociaal domein, wonen, onderwijs, gemeenten, Belastingdienst) te structureren. Ook valt te denken aan een doel voor de kwaliteit van wonen en leven voor thuiswonende ouderen. Dit vraagt om een meerjarig traject, waarbij helder en inzichtelijk gemaakt wordt wat de maatschappelijke opgave behelst, welke partijen daarbij betrokken moeten worden, welke afspraken er nodig zijn en hoe monitoring van de gestelde doelen het best kan plaatsvinden. Ook zijn data uit verschillende bronnen nodig om te komen tot een maatschappelijke businesscase die laat zien welke maatschappelijke baten tegenover investeringen in het terugdringen van gezondheidsachterstanden staan. Stelselwijziging geneest immers geen patiënten, maar duidelijk is dat het huidige stelsel een groeiende groep burgers 'zieker' maakt. Daarom is het belangrijk om serieus werk te maken van voorstellen die nu al zijn gedaan om bestaande stelselgrenzen te versoepelen waar dit kan. Echter, dit moet óók ten dienste staan van het debat over de richting waarin het bestaande zorgstelsel zich dient te ontwikkelen. Daarbij gaat het niet alleen om samenwerking binnen de zorgsector, maar ook daarbuiten met partijen uit het sociaal domein, wonen en onderwijs.²¹

²¹ Immers, de gezondheidsproblemen van mensen hebben vaak een maatschappelijke oorzaak, zo stelde de RVS in het advies Recept voor maatschappelijk probleem (2017).

6 Stelselaanpassingen voor domeinoverstijgende samenwerking

Hoewel er structurele beperkingen bestaan voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking – en discussie over de toekomstbestendigheid van stelsels dus nodig is – is het van belang om ook binnen de huidige stelsels van zorg en ondersteuning te zoeken naar mogelijkheden voor het stimuleren van domeinoverstijgende samenwerking. De gepresenteerde voorbeelden laten zien dat deze vormen van samenwerking een positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van zorg en potentieel kostenbesparend zijn. Voldoende redenen dus om na te denken over meer algemene en structurele mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking en om ook de daarmee gewenste en noodzakelijke verschuiving van geldstromen naar 'de voorkant' van zorgtrajecten te bevorderen. We zien hiertoe de volgende mogelijkheden.

6.1 Creatieve vormen van financiering stimuleren

Een eerste optie, die op verschillende plaatsen al wordt toegepast (zoals bij de aanpak van maatwerk voor multiprobleemhuishoudens), is de inzet van grens- of overbruggingsbudgetten. Dit kan gezien worden als een manier om grenzen tussen stelselwetten tijdelijk buiten werking te stellen. Hierbij worden budgetten van zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente (kunstmatig) bij elkaar gevoegd wanneer niet of niet meteen duidelijk is vanuit welke wet de zorg die iemand nodig heeft moet worden bekostigd. Daarmee kan wel meteen zorg worden verleend en wordt de toegang tot zorg voor deze persoon of dit gezin verbeterd. Wanneer gedurende het traject of achteraf duidelijk wordt vanuit welke wet de zorg geleverd is, vindt verrekening plaats. Bij deze optie gaat het om quick wins: grensbudgetten helpen om de toegang tot zorg te verbeteren. De zorgverlening komt sneller op gang en voorkomen wordt dat mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden. Een vergelijkbare, maar al meer structurele creatieve oplossing is het Kavelmodel, waarbij regionale spelers zoals zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten middelen bundelen en investeren in de gezondheid van de regio. Via een *shared savings*-constructie worden bespaarde zorgkosten verdeeld onder deelnemende partijen. Maar zoals de genoemde voorbeelden laten zien, gaat het bij domeinoverstijgende samenwerking veelal om een wezenlijke en permanente verschuiving van zorg 'naar voren'. De geldstromen moeten die verschuiving volgen, niet incidenteel en tijdelijk, maar blijvend. Het louter zoeken naar creatieve oplossingen faciliteert de gewenste transitie onvoldoende en lijkt op langere termijn onhoudbaar.

6.2 Financieringsmogelijkheden voor inkopers van zorg vergroten

Een meer structurele verschuiving van zorg en de daarbij behorende bekostiging is dan ook nodig om die transitie te ondersteunen door stelselwetten poreuzer te maken. Dat betekent dat de belangrijkste inkopers van zorg (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars) meer mogelijkheden moeten krijgen om geld te besteden aan passende zorg, ook buiten het eigen domein. Voor de verschillende inkopers (c.q. wettelijke stelsels) zien we de volgende mogelijkheden:

- **Zorgkantoren:** Voor zorgkantoren biedt het voorgelegde wetsvoorstel voor domeinoverstijgende samenwerking mogelijkheden om passende zorg buiten het eigen domein te financieren. Het wetsvoorstel regelt dat zorgkantoren vanuit de Wlz meer ruimte krijgen om mee te betalen aan passende (preventieve) zorg voor thuiswonende ouderen, mits er een maatschappelijke businesscase is die laat zien dat de investering van het zorgkantoor doelmatig is. Op die manier wordt het *wrong pocket*-probleem verminderd,

omdat de investeringen voor langer gezond thuis wonen niet meer alleen door gemeenten gedragen worden.

- **Gemeenten:** Bij gemeenten gaat het vergroten van financieringsmogelijkheden vooral om het creëren van financiële ruimte om investeringen te doen in de gebieden waarop de gemeente al veel beleidsvrijheid heeft. Veel gemeenten kondigen aan op het sociaal domein te (moeten) bezuinigen, omdat ze krap bij kas zitten. Ze kunnen de gewenste transitie daardoor onvoldoende ondersteunen. Het kan helpen om middelen voor het sociale domein te oormerken en daarnaast bandbreedtes voor bezuinigingen vast te stellen (bv. in periode y maximaal x procent ten opzichte van periode z). Een ander punt betreft de aanbesteding. De laatste jaren wordt veelal gebruikgemaakt van de zogenoemde Open House-constructie om de aanbestedingsregels te ontlopen: alle aanbieders die aan vooraf vastgestelde criteria voldoen, mogen meedoen en dat zijn er veel. (Ironisch genoeg is dat vooral een gevolg van de eerdere aanbestedingsregels. De onzekerheid die dat met zich meebracht voor aanbieders leidde tot massaontslagen om de vaste kosten te verminderen. De ontslagen professionals werken nu als zzp'ers.) Dat er zo veel (kleine) aanbieders zijn, brengt veel transactiekosten met zich mee. Aanbesteding zou dit kunnen oplossen, maar vergt eveneens veel tijd en geld. Het lijkt daarom zinniger om eisen op te nemen in het bestek voor de Open House-constructie, bijvoorbeeld aan de minimale omvang van een zorgaanbieder uitgedrukt in fte, of aan samenwerking met andere aanbieders van zorg en ondersteuning.
- **Zorgverzekeraars:** Mogelijkheden voor zorgverzekeraars om grensoverschrijdend in te kopen zijn beperkt. Hoewel zorgverzekeraars CZ, Menzis en Zilveren Kruis in een recent verkiezingspaper pleitten voor de verankering van een 'gezondheidsplicht' in alle zorgwetten, is het zeer de vraag in hoeverre dit zorgverzekeraars mogelijkheden geeft om substantiële investeringen in (collectieve) preventie te doen.²² Dat ligt zowel aan het privaatrechtelijke als aan het verzekeringskarakter van de wet. Een optie kan zijn om het privaatrechtelijke karakter weg te nemen, maar dat zou betekenen dat zorgverzekeraars 'onteigend' moeten worden. Deze ingreep is zeer kostbaar en juridisch complex, waardoor het veel tijd in beslag zal nemen.
- **Overkoepelend:** Een eerste mogelijkheid is om het dwingende karakter van het leveren van zorgprestaties binnen de Wlz en Zvw – geheel of gedeeltelijk – af te schaffen. Hoewel binnen deze wetten wordt gesproken over strikt gedefinieerde zorgprestaties, wordt hier in de praktijk al van afgeweken in de ziekenhuiszorg, waar al geruime tijd gewerkt wordt met aanneemsommen die niet volledig gebaseerd zijn op zorgprestaties. Door ook in andere sectoren op een dergelijke manier afspraken te maken, kunnen waardevolle vormen van domeinoverstijgende samenwerking de ruimte krijgen. Daarnaast pleitte accountantskantoor BDO dit jaar voor een ingreep waarbij zorgverzekeraars financiële ruimte creëren, bijvoorbeeld in de vorm van een (tijdelijk) overbruggingsfonds, waarin ziekenhuizen en verzekeraars een omslag kunnen maken van betalen per behandeling naar betalen voor preventie en gezondheid. Door tijdelijk extra geld beschikbaar te stellen, ontstaat ruimte om de transformatie in het ziekenhuislandschap vorm te geven en krijgen ziekenhuizen de kans om meer gerichte portfoliokeuzes te maken in afstemming met hun rol en profiel in de regio. Ook buiten de ziekenhuiszorg kan een dergelijke aanpak, waarbij er incidenteel middelen vrijkomen voor transformatie en domeinoverstijgende samenwerking, helpen. Zo kan gedacht worden aan een wettelijke transitieregeling – naar analogie van de bedoeling achter de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wmbv) – waar nieuwe initiatieven van domeinoverstijgende samenwerking zich kunnen aanmelden en een traject kunnen doorlopen waarmee vast te stellen is of dit een nieuwe beproefde innovatie is en, als dit zo is, waar deze wordt ondergebracht binnen de stelsels.

²² In het RVS-advies Een eerlijke kans op gezond leven (2021b) benadrukt de Raad dat het van belang is om bij preventie de focus te verschuiven van het individu naar het collectief.

6.3 Doelgroepenbenadering voor passende bekostiging en financiering

Een derde optie is om – in lijn met het pleidooi van de NZa en het Zorginstituut – te kiezen voor een doelgroepenbenadering, waarbij groepen burgers op basis van een vergelijkbare complexe zorgvraag gedefinieerd worden die baat hebben bij domeinoverstijgende inkoop en organisatie van zorg. Er vindt hier een *verschuiving binnen de stelselwetten* plaats. De stelselwetten blijven bestaan, alleen de zorg voor een bepaalde doelgroep wordt geheel binnen één stelsel ondergebracht. Hierdoor wordt het makkelijker voor aanbieders om samen te werken, aangezien ze binnen hetzelfde stelsel van bekostiging vallen en te maken hebben met eenzelfde inkoper van zorg die de mogelijkheid heeft om te sturen op de gewenste vorm van samenwerking. In feite wordt samenwerking bevorderd, maar is deze niet langer domeinoverstijgend.

Een eerste logische groep voor deze aanpak zouden thuiswonende, kwetsbare ouderen zijn. Deze groep zal in de toekomst verder groeien, en veel problemen rondom domeinoverstijgende samenwerking hebben te maken met het bieden van zorg aan deze groep burgers. In de afgelopen periode zijn verschillende voorstellen gedaan om de zorg voor deze groep mensen te verplaatsen binnen 1 zorgdomein, of om een ander stelsel voor deze groep mensen te bedenken.

- Zo pleit de commissie Zorg voor thuiswonende ouderen voor het overhevelen van een deel van de Wlz-zorg (niet-intramuraal) naar de Zvw en Wmo 2015. Dit vergroot de aanspraak van ouderen op zorg en ondersteuning thuis en zorgt voor prikkels om ouderen zo lang mogelijk met een goede levenskwaliteit thuis te laten wonen.
- Een andere optie is om zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen te verplaatsen naar een publiekrechtelijk stelsel zoals de Wlz. In het rapport *Zorgkeuzes in Kaart* (CPB/VWS/Fin, 2020) wordt deze optie expliciet overwogen (fiche 134). Daarbij wordt ingezet op het verplaatsen van alle zorg voor thuiswonende ouderen naar de Wlz. Wlz-aanbieders worden bekostigd op basis van cliëntprofielen en krijgen de verantwoordelijkheid om passende zorg te bieden aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Reguliere medisch-specialistische zorg blijft wel gewoon vanuit de Zvw bekostigd worden.

Het volgen van deze doelgroepenbenadering kan ook doorgetrokken worden naar andere doelgroepen, zoals mensen met EPA of populaties met een lage sociaaleconomische status. Bij deze richting wordt niet de houdbaarheid van het stelsel, maar de winst in kwaliteit van zorg als uitgangspunt genomen. Omdat er geen fundamentele stelselwijziging plaatsvindt (de stelsels blijven bestaan, alleen voor sommige groepen niet), ontstaan er voor de politiek immers geen concrete 'harde' mechanismen om beter te sturen op de houdbaarheid van zorg. Bovendien kan het definiëren van nieuwe doelgroepen ook leiden tot nieuwe 'grensgevallen' van mensen die buiten deze doelgroep vallen en een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning missen.

6.4 Tot slot

In dit advies heeft de RVS kritisch gekeken naar de wijze waarop succesvolle vormen van domeinoverstijgende samenwerking hun weg vinden in de stelsels van zorg en ondersteuning. Hoewel er onder politici en beleidsmakers een groot geloof bestaat in 'samenwerking' als manier om *Passende Zorg* te realiseren, laat de analyse van de Raad zien dat het vaak onduidelijk is wat er nu precies bedoeld wordt met samenwerking, welke partijen moeten samenwerken en op welk gebied, en wie er verantwoordelijk is voor het laten slagen van samenwerking. Die conceptuele onduidelijkheid op politiek niveau resulteert in problemen voor samenwerkingsprojecten in de praktijk. Initieel succesvolle samenwerkingsprojecten die gericht zijn op het bieden van passende zorg kunnen vaak rekenen op waardering vanuit de politiek en werkbezoeken van bewindspersonen, maar vroeg of laat strooien de grenzen tussen stelsels van zorg en ondersteuning zand in de raderen.

Daarom vindt de RVS het de hoogste tijd om in de politiek, maar ook in de zorgsector zelf, het debat over de toekomstbestendigheid van de stelselwetten actiever te voeren. Waar doelen als

preventie en substitutie al jaren met de mond beleden worden, lijkt het realiseren van deze doelen lastig binnen de bestaande stelsels. Desondanks lijkt het voeren van een discussie over de geschiktheid van stelsels van zorg en ondersteuning een taboe. Het devies van VWS was de afgelopen jaren gericht op het zoeken van ruimte binnen de stelsels onder het motto '*Het kan wél!*'. Dit advies laat zien dat dit maar ten dele klopt. Hoewel er binnen de stelsels zeker meer ruimte is voor het stimuleren van domeinoverstijgende samenwerking dan vaak gedacht, is een meer fundamentele discussie over de stelsels van zorg en ondersteuning onontkomelijk. De toenemende druk op de houdbaarheid van zorg verhoudt zich immers steeds minder goed met stelsels waarin regie ontbreekt en het voorkomen van (dure) zorg nog altijd niet loont.

In een komend advies over de toekomst van de zorg zal de RVS daarom verder ingaan op de vraag hoe zorg en ondersteuning toekomstbestendig kunnen worden georganiseerd.

7 Literatuur

- Alders, P. en Schut, E. (2021). Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet langdurige zorg. ESB, te verschijnen.
- Barnhoorn, H. en E. Bertholet (2015). 'Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp' In: *Bijblijven* 31, p. 900–914
- Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*.
- CPB / VWS / Fin (2020). *Zorgkeuzes in Kaart. Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Ministerie van Financiën.
- Heijink, R. en J. Struijs (2016). *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?* Bilthoven: RIVM
- Kromhout, M. en M. de Klerk (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Landelijke Zorg*. Den Haag: SCP
- LHV (2015) *LHV-Ledenpeiling Transitie Langdurige Zorg*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging
- Optimaal Leven (2021). *Optimaal Leven: naar een meer integrale aanpak voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Publieksversie. Optimaal Leven Drenthe.
- Plaisier, I. en M. den Draak (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- RVS (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2020). *Hoor mij nou!* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2021a). *Machtige mensbeelden. Kiezen voor menswaardig bestaan*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2021b). *Een eerlijke kans op gezond leven*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2021c). *Opnieuw akkoord?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- VNG (2020). *Visitatiecommissie financiële beheersbaarheid sociaal domein: Inhoudelijke bevindingen na vijftien visitaties*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- VWS (2020a). *Het kan wé! Complexe zorgvragen bij VWS*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2020b). *Zorg voor de Toekomst*. Discussienota. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Zorginstituut / NZa (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland / Nederlandse Zorgautoriteit.

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Bas Leerink en Jet Bussemaker en adviseurs Jan-Luuk Hoff, Richard Heijink en Marina de Lint.

Lijst met geraadpleegde personen

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.

| | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| Ester Bertholet | Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet |
| Ien van Doormalen | DoorZien adviesgroep |
| Henk Geene | Project (Voor)zorgcirkel |
| Hilda van der Hek | GGZ Drenthe |
| Bert Hogeboom | Stichting Cosis |
| Martin Holling | Ministerie van VWS |
| Hans Peter Jung | Huisartsenpraktijk Afferden |
| Willemijn Kemp | Vital Interest |
| Robert Kleine | Gemeente Emmen |
| Kjille Lammertsma | Ministerie van VWS |
| Martijn Leeflang | Eerstelijnscentrum Tiel |
| Erik Mulder | GGZ Drenthe |
| Guy Schulpen | Stichting ZIO |
| Marijke Zomer-van Stein | Ministerie van VWS |
| Pauline Terwijn | Pantein |

Publicaties

Voor een volledig overzicht kijk op: <https://www.raadrvs.nl/>

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



