

## **Reactie op Consultatie Domein-overstijgende Samenwerking (DOS)**

**20 april 2021**

### **Aanleiding en doelstelling**

Zorgkantoren hebben op dit moment geen mogelijkheden om rechtmatig te investeren in preventieve maatregelen in een ander domein om zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) te voorkomen of uit te stellen. Doelstelling van het wetsvoorstel Domein-overstijgende Samenwerking is dan ook om de uitvoeringstaken van de zorgkantoren te verbreden, zodat zij de mogelijkheid krijgen te investeren in preventieve maatregelen. Deze domeinoverstijgende financieringsmogelijkheid ondersteunen wij van harte. Op dit moment komen initiatieven die gericht zijn op (bijvoorbeeld) het prettiger langer thuis wonen, verbetering kwaliteit van leven en beheersing van zorgkosten namelijk moeizaam of niet van de grond. Wij maken dit van dichtbij mee in de Social Trials voor mensen met dementie en hun naasten<sup>1</sup>.

Het doel van deze aanpassing in de wetgeving is om de samenwerking tussen de verschillende financiers te stimuleren, zodat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt georganiseerd wordt en meer doelmatigheid over het stelsel heen kan worden gerealiseerd. Gemeenten en zorgverzekeraars blijven verantwoordelijk voor hun eigen taken. Wij zijn van mening dat hierdoor de huidige belemmeringen in de schottenproblematiek voor een belangrijk deel in stand zullen blijven. Voor echte doorbraken in de domeinoverstijgende financiering van zorg- en ondersteuning zijn extra ingrepen in het stelsel nodig met ook de juiste en gelijkgerichte prikkels bij gemeenten en zorgverzekeraars. Ook valt ons op dat zorgkantoren op basis van dit wetsvoorstel niet verplicht zijn om te investeren in preventieve maatregelen (binnen de beschreven kaders). Hierdoor kunnen ons inziens onevenwichtige en ongewenste verschillen tussen de verschillende zorgkantoorregio's ontstaan.

Naast het mogelijk maken van investeren in preventieve maatregelen, bevat de wetswijziging ook een versoepeling van de cliëntvolgende bekostiging. Dit zorgt ervoor dat aanvullende bekostiging mogelijk is voor maatregelen die niet passen binnen de reguliere bekostiging, maar wel nodig zijn om passende zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz te kunnen leveren aan cliënten met een Wlz-indicatie. Wij steunen het borgen van het leveren van passende zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz, maar vragen ons af of het huidige tariefsysteem binnen de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO) niet al passend is voor het regelen van de beschreven problematiek in de memorie van toelichting.

In de memorie van toelichting staan de financiële consequenties van het wetsvoorstel beschreven. De ruimte voor preventieve maatregelen in een jaar wordt begrensd door het budget dat de minister van VWS hiervoor beschikbaar stelt, in de periode 2023-2028 tussen de 15-45 mln. Met dit budget kunnen naar onze mening alleen domeinoverstijgende experimenten worden gestimuleerd. Voor een beweging naar nieuwe landelijke zorgstandaarden is dit budgettaire kader niet toereikend.

### **Vraag 1 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

---

<sup>1</sup> Op pag. 6 van de Memorie van Toelichting staan de Social Trials niet geheel juist beschreven. De Sociale Benadering Dementie legt de nadruk op het psychosociale domein (en niet het medische domein). Daarnaast worden de interventiekosten voor een deel op de reguliere wijze bekostigd en is sprake van substitutie.

Gezien de huidige belemmeringen vanuit de schottenproblematiek juichen wij elke vorm van uitbreiding van domeinoverstijgende financieringsmogelijkheden toe. Het uitbreiden van de rechtmatige mogelijkheden en taken van zorgkantoren zodat zij kunnen investeren in preventieve maatregelen helpt hierin. Het is maatschappelijk van belang dat de publieke gelden doelmatig worden ingezet voor een kwalitatief goede uitvoering van de Wlz. Zeker gezien de toenemende druk op de kosten van de Wlz, maar ook op de arbeidsmarkt, past het faciliteren van preventie hier uitstekend bij.

Vraag die wel gesteld kan worden is of de oplossingsrichting zoals geformuleerd in het wetsvoorstel effectief en voldoende zal bijdrage aan de beweging naar 'langer thuis' en goed passend te maken is in het huidige stelsel. Punten van aandacht die wij hierin onder meer zien:

- Er is **geen sprake van ontschotting**. Prikkel voor gemeenten en zorgverzekeraars om gezamenlijk in te zetten op passende en zinnige domeinoverstijgende zorg ontbreken, dit punt wordt in dit wetsvoorstel niet opgelost.
- De wettekst heeft een **niet verplichtend** karakter, zorgkantoren zijn vrij om al dan niet te investeren in preventieve maatregelen.
- De wettelijke taken van zorgkantoren zijn (globaal) omschreven in artikel 4.2.1 en 4.2.4 Wlz. Deze invulling geeft veel ruimte aan Wlz-uitvoerders/ zorgkantoren over hoe zij de taken uitvoeren. Ons inziens is een verdere invulling van artikel 4.2.1 en 4.2.4 Wlz benodigd. Alleen dan is er duidelijkheid over het **takenpakket van zorgkantoren**, en welke uitbreiding van deze taken benodigd is om domeinoverstijgende samenwerking te faciliteren.
- Onduidelijk is wat de reikwijdte is van de **preventieve maatregelen**. Kunnen hieronder bijvoorbeeld ook maatregelen gericht op digitalisering en scholing vallen? En aanvullingen van beschikbare budgetten en vergoedingen van gemeenten en/of zorgverzekeraars?

## Vraag 2 van 6

*Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

*- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*

*- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*

*a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*

*b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*

*c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

De voorwaarden kunnen worden onderscheiden in:

- een voorwaarde die past in het doel van deze wetswijziging: domeinoverstijgende samenwerking mogelijk maken.
- een voorwaarde die de onderbouwing van het domeinoverstijgende initiatief regelt.

Voorwaarde a lijkt op zichzelf logisch en is in de wet zelf neergelegd. Als het gaat om het leveren van een bijdrage aan domeinoverstijgende initiatieven, dan vraagt dat participatie van de partijen uit de verschillende domeinen: Wlz, Zvw en/of WMO/Jeugdwet. Het zorgkantoor kan in samenwerking/afstemming met zorgverzekeraar en/of gemeente-middelen beschikbaar stellen die ervoor zorgen dat de behoefte aan zorg vanuit de Wlz wordt uitgesteld of verminderd. Zoals hierboven al opgemerkt legt de wetswijziging geen verplichting aan het zorgkantoor op, maar het betreft een 'discretionaire' bevoegdheid. Zoals gezegd heeft een dergelijke 'vrijblijvende' bevoegdheid het gevaar in zich van niet wenselijke 'scheefgroei' tussen de regio's.

Voorwaarde b formuleert de voorwaarden waaraan aan de voorkant, dus bij de beslissing door het zorgkantoor tot inzet van preventieve maatregelen, moet worden voldaan. Deze worden bij of krachtens AMvB geformuleerd. Wij begrijpen dat wordt gezocht naar een manier van verantwoording van de door het zorgkantoor gemaakte kosten. De vraag is echter of de voorwaarden, cumulatief, aan de voorkant niet te zwaar drukken om een initiatief snel en goed van de grond te krijgen. Daarnaast vinden wij de genoemde vorm van matching op alleen het Wlz domein te beperkt, de positieve (maatschappelijke) business case zou eveneens domeinoverstijgend ingevuld moeten worden. Het risico bestaat dat partijen zich verliezen in uitwerking van de voorwaarden en dat het betreffende initiatief een schone dood sterft. Dat geldt te meer, nu in de praktijk blijkt dat domeinoverstijgende samenwerking per definitie van partijen al veel vraagt. Indien per initiatief aan de genoemde voorwaarden moet worden voldaan, dan is de administratieve last waarschijnlijk (te) zwaar.

Een alternatief zou kunnen zijn dat zorgkantoren verplicht worden een meerjarenvisie op te stellen waarin ze de plannen en maatregelen voor domeinoverstijgende samenwerking neerleggen. En daarin worden de voorgeschreven voorwaarden meegenomen, inclusief de bijdrage aan de 'quadruple aim'. Het vraagt een visie op preventie en samenwerking wil deze maatregel ook daadwerkelijk gaan werken. Initiatieven die in de meerjarenvisie zijn opgenomen kunnen dan gedurende de looptijd van de visie zonder meer worden geïnitieerd en geïmplementeerd. Dat voorkomt dat per initiatief aan de voorkant uitwerking moet plaatsvinden om te voldoen aan de geformuleerde voorwaarden. Bij voorkeur zou dat een meerjarenvisie zijn die gezamenlijk door zorgkantoor, zorgverzekeraar en gemeente(n) in de regio wordt opgesteld. En dat zou een verankering in de wet verdienen in onze optiek.

### **Vraag 3 van 6**

*Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

Wij delen het uitgangspunt dat een voorwaarde voor de bekostiging van preventieve maatregelen waarin kosten worden gemaakt in de Wmo/Zvw en baten vallen in de Wlz een monitoringsfunctie van deze verschuivingen cruciaal is rondom het gesprek over structurele bekostiging. Echter, het in kaart brengen van het effect van preventie op maatschappelijke zorgkosten is een uitdaging, weten wij vanuit onze uitgebreide ervaring in het opzetten en uitvoeren van regionale en landelijke monitoringstools voor bijvoorbeeld de Social Trials en andere zinnige zorg programma's. Binnen de Social Trials brengen wij de effecten van preventie in kaart door bijvoorbeeld onafhankelijke professionals te laten beoordelen welke ondersteuning waarschijnlijk ingezet zou zijn (denk aan: intramurale opname in een verpleeghuis), wanneer SBD-ondersteuning (die geboden wordt in de Social Trials) niet aan bod zou zijn geweest.

Ons voorstel voor monitoring zou zijn om niet alleen een monitoring in te richten voor het meten van lagere zorguitgaven (berekend over alle domeinen), maar tevens voor impact op kwaliteit van leven van cliënten en andere maatschappelijke vraagstukken als de arbeidsmarktproblematiek (waaronder werkplezier van professionals).

Belangrijk om hierbij te betrekken zijn de ketenpartners betrokken bij domeinoverstijgende samenwerkingen, denkend aan gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders (inclusief professionals) en zorgverzekeraars/zorgkantoren én de cliënt en/of naasten. Criteria waar tenminste aan zal moeten worden voldaan is dat het een integraal en lerend monitoringssysteem is, toepasbaar op verschillende preventieve maatregelen om de vergelijkbaarheid (maar ook flexibiliteit) te borgen. Ook moeten de aanvullende kosten van regeldruk als gevolg van de voorwaarden van het wetsvoorstel in kaart worden gebracht.

Het is aan VWS en/of de uitvoeringsorganisaties om een actieve rol te spelen in het coördineren van het opzetten van een dergelijke landelijke monitor die tevens bijdraagt aan opschaling van waardevolle uitkomsten van experimenten.

#### **Vraag 4 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

De noodzaak van aanvullende bekostiging, zoals in de memorie van toelichting beschreven, lijkt wenselijk. De vraag is echter of dat via wetswijziging moet gebeuren. De wetswijziging die hier wordt voorgesteld heeft een zekere mate van ad hoc karakter: voor een specifiek probleem in de praktijk wordt een specifieke oplossing gemaakt in de wet. Dat heeft in onze optiek niet de voorkeur.

Ons is in dat kader niet goed duidelijk waarom het huidige tariefsysteem binnen de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) niet passend zou zijn voor het regelen van deze problematiek. De voorbeelden die in de Memorie van Toelichting worden genoemd, lijken ons in alle gevallen uiteindelijk toe te rekenen aan een individuele cliënt en daarmee door middel van (een toeslag op) een tarief geregeld te kunnen worden. Met toepassing van de artikelen 57 (beleidsregelbevoegdheid NZa) en 59 (aanwijzingsbevoegdheid minister), zo lijkt het, in de gewenste uitwerking worden voorzien. Desgewenst zou om bepaalde situaties mogelijk ook het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56a) kunnen worden ingezet?

Als laatste reactie op deze vraag constateren wij dat de voorgestelde aanpassingen van artikel 50, indien toch als noodzakelijk beoordeeld, lastig leesbaar zijn.

#### **Vraag 5 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

Wij verwachten dat de voorgestelde wetswijziging in de praktijk met name een meerwaarde kan hebben in domeinoverstijgende experimenten. Voor facilitering en bekostiging van nieuwe landelijke (domeinoverstijgende) zorgstandaarden is het wetsvoorstel inclusief bijbehorend budget te beperkt en vrijblijvend voor zorgkantoren.

#### **Vraag 6 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

Zie de hiervoor geformuleerde aandachtspunten.

Tot slot geven wij graag in overweging om (mede) in het licht van dit wetsvoorstel ook aandacht te hebben voor de fiscale belemmeringen die de praktijk ervaart. Helaas constateren wij dat het opzetten van (domeinoverstijgende) samenwerking regelmatig wordt belemmerd door fiscale lasten die ontstaan bij nieuwe initiatieven. Te denken valt bijvoorbeeld aan btw-heffing die ontstaat door onderlinge diensten in het kader van samenwerking terwijl deze btw-heffing niet aan de orde is als ieder individueel zijn diensten aanbiedt. Vergelijkbare issues spelen bij de toepassing van de zorgvrijstelling in de vennootschapsbelasting als het gaat om preventie. De praktijk is gebaat bij constructieve en heldere oplossingen om deze fiscale belemmeringen zoveel mogelijk weg te nemen.

Namens het PwC Healthcare team,

# Domein-overstijgende samenwerking

## Reageren op consultatie

### Vraag 1 van 6

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Wat ZorgAccent betreft is het een goed en noodzakelijk uitgangspunt dat de zorg en ondersteuning (meer) vanuit de positie van de cliënt wordt georganiseerd ipv dat de systemen en verschillende domeinen leidend zijn. Dit wordt ergens zijdelings benoemt in deze aanvulling op de Wlz maar lijkt niet centraal te staan. Veel cliënten begrijpen de financiering van zorg vanuit verschillende domeinen niet, en al helemaal niet welke zorg door wie geboden wordt en wat de gevolgen voor hen zijn, in het ene dan wel het andere domein. De zorg voor cliënten is te complex georganiseerd en daar hebben alle betrokken partijen een rol in.

Inkoopende partijen kunnen bijdragen aan vereenvoudiging van de organisatie van zorg voor de cliënt, door over domeinen heen samen te werken ook als het gaat om preventie en financiering. Voorkom dat het niet nog ingewikkelder wordt voor de cliënt, door deze aanvulling op de wet. Daarnaast is het noodzakelijk dat het voor de inkoopende partijen en zorgorganisaties niet complexer wordt. Ook niet qua verantwoording en administratieve last.

Het voorkomen van zwaardere zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van inkoopende partijen en zorgorganisaties en draagt bij aan de zelfredzaamheid van de cliënt. Bijkomend effect is dat dit bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg.

### Vraag 2 van 6

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Dit lijkt ons grotendeels inhoudelijk voor afstemming met zorgkantoren/NZa (wat is werkbaar voor hen). Belangrijk is dat Zorgkantoren kunnen investeren wanneer het domeinoverstijgende initiatieven betreft en deze bijdragen aan uitstel van een Wlz indicatie danwel opname in een Wlz instelling.

### Vraag 3 van 6

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Het opstellen van criteria, monitoring en evaluatie brengt extra bureaucratie met zich mee: voorkom dat en ga uit van vertrouwen in professionals. Laat Zorgkantoren zelf initiatief nemen hoe zij zich hierover transparant verantwoorden richting de NZa (en de maatschappij).

Deze voorwaarden lijken ons te complex en tijdrovend in de uitvoering (gaat ten koste van geld voor de cliënt): preventieve maatregelen leiden niet altijd aantoonbaar tot lagere zorguitgaven en je kunt ze nooit vergelijken met de situatie waarin je niets had gedaan (want dat is immers dan niet aan de orde).

### Vraag 4 van 6

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

Goed dat deze wet hiervoor ruimte gaat bieden. Het niet aanvullend kunnen bekostigen van cliënten in bijzondere omstandigheden in de Wlz is op dit moment écht een gemis. Deze specifieke situaties komen helemaal niet zo vaak voor maar als ze voorkomen leidt dit tot heel veel gedoe bij alle betrokken partijen.

- In eerste instantie voor de cliënt die vaak een hoog complex, weinig voorkomend ziektebeeld (of meerdere ziektebeelden tegelijk, en soms ook nog over zorgsectoren heen) heeft met alle onzekerheid van dien en soms al op jonge leeftijd (denkend aan ziektebeelden als ALS/MS).
- Professionals hebben specifieke zorg, begeleiding, monitoring, bewaking geconstateerd bij een cliënt (thuis of intramuraal) die niet vergoed kan worden in de Wlz. U kunt hierbij denken aan intensieve zorg voor ALS cliënten of MS cliënten. Zij vallen ook niet onder de 10 expertise doelgroepen laag volume hoog complex. Maar ook in deze 10 expertise doelgroepen (bijv. Korsakov) vallen mensen soms qua financiering tussen wal en schip of kan zwaardere zorg worden uitgesteld met behulp van passende financiering.
- Zorgkantoren willen de Wlz, terecht, rechtmatig uitvoeren (ook vanwege controle van de NZa) en kunnen niet bijdragen aan specifieke situaties. Echter dat doet geen recht aan wat soms nodig is in die individuele situatie om passende, verantwoorde zorg te bieden.
- Van een zorgaanbieder kan niet worden verwacht dat structureel zeer intensieve zorg wordt geboden of heel specifieke aanpassingen worden gedaan, als die niet worden vergoed. Investerings zijn soms buitenproportioneel en kunnen niet worden terug verdiend in redelijke tijd. Te vaak moet er lange tijd worden gezocht naar juiste zorg en passende financiering en worden van alle partijen offers gevraagd. Dit is zeer onwenselijk en remt ook

in nieuwe complexe situaties om passende zorg te bieden. Ook remt dit zorgaanbieders om complexe cliënten, met open armen te ontvangen en het te doen wat nodig is. Maatwerk oplossingen, zonder bureaucratie, zijn nodig in de samenwerking tussen zorgkantoor en zorgaanbieder, in vertrouwen.

### **Vraag 5 van 6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

Als deze eenvoudig wordt ingericht en uitvoerbaar is, zal deze wijziging, met name wat betreft maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz, in de praktijk meerwaarde hebben, is onze inschatting.

### **Vraag 6 van 6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Als de praktische uitvoering zo eenvoudig mogelijk wordt ingericht en verantwoordelijkheid wordt neergelegd bij betrokken partijen (Zorgkantoor en Zorgaanbieders en zorgprofessionals) en wordt ingezet in situaties waar het écht nodig is kan het goed gaan werken in de praktijk, zoals beoogd.

## **PETITIE**

### **“Geen half werk”**

#### **In reactie op het wetsvoorstel ‘Domeinoverstijgende samenwerking’ d.d. 1 maart 2021**

Samen psychische en sociale gezondheid bevorderen, dat is wat wij doen.  
We doen dit werk vanuit het perspectief van de mensen om wie het gaat: kinderen, jongeren  
volwassenen en ouderen.  
Iedere dag.

Of het nu gaat om wachttijden ggz, 18-/18+ problematiek, eenzaamheid en isolement, complexe  
zorgvragen, een sluitende aanpak voor mensen met onbegrepen gedrag of het ontbreken van  
perspectief op betekenisvolle rollen en activiteiten in het leven: we vinden elkaar in onze ambitie om  
drempels te slechten en om de kwaliteit van leven van de mensen om wie het gaat in stand te  
houden, te herstellen en te verbeteren.

Er zijn echter ook drempels die steeds terugkomen. We weten dat mensen het verschil maken en dat  
samenwerking tussen professionals altijd beter kan. Wij investeren hier dan ook in. Maar de  
wetgeving moet daarbij wel helpen. Helaas is die wetgeving nu te vaak een sta-in-de-weg. Het maakt  
samenwerking ingewikkeld, onaantrekkelijk en soms onmogelijk. Onderzoek na onderzoek wijst dat  
uit, hulpverleners ervaren het dagelijks en kwetsbare mensen zijn de dupe.

De huidige wetgeving vormt een grote belemmering waardoor domeinoverstijgende samenwerking  
in de praktijk verhinderd wordt. Vooral de schotten tussen Zvw en Wmo staan samenwerking in de  
weg, waardoor integrale zorg en preventie zeer moeizaam van de grond komen.

We staan zeer positief tegenover een wetsvoorstel ‘Domeinoverstijgende samenwerking’. Dit is  
volgens ons een eerste stap in de goede richting. We zijn echter erg teleurgesteld door de beperkte  
reikwijdte van dit wetsvoorstel. Het beperkt zich tot de Wet Langdurige Zorg, en verzuimt het  
samenspel tussen de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet erbij te betrekken.

We betreuren dat het wetsvoorstel zich niet richt op psychische gezondheid en op de mogelijkheden  
om ook vanuit de Zvw in samenwerking met gemeenten te investeren in (terugval)preventie,  
zelfregie en herstel en meer integrale zorg en ondersteuning voor de mensen om wie het gaat.

De beoogde domeinoverstijgende samenwerking zoals die met het voorliggende wetsvoorstel wordt  
vormgegeven leidt volgens ons daarom tot half werk. Vanuit de mensen om wie het gaat en hun  
naasten bezien is dat een gemiste kans.

We gaan graag met u in gesprek om ons standpunt nader toe te lichten.

Ondertekenaars:



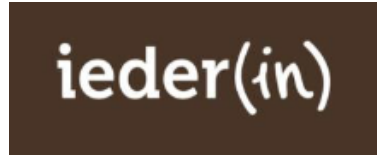
Aanpak Wachtijden ggz Freek de Bruijn, versneller	<i>Apeldoorn- Zutphen</i>
Aanpak Wachtijden ggz Bee-Improve: Martijn Mahler	<i>Utrecht, Eemland, Flevoland</i>
Basisberaad Zorgbelang Inclusief Aranka van der Velde, coördinator	<i>Rotterdam- Rijnmond</i>
BOEI-Limburg Marjolein Dijs, directeur zorg	<i>Limburg</i>
De Bijdrage Martinus Stollinga, directeur	<i>Groningen</i>
de Nederlandse ggz Gerard van Unen, strategisch adviseur	<i>Landelijk</i>
Focus Roel Suidgeest, directeur	<i>Zwolle</i>
GEM: Ecosysteem Mentale Gezondheid Philippe Delespaul, mede-initiatiefnemer	<i>Landelijk</i>
GGz Breburg Gloria Gribling, directeur Behandelzaken Volwassenen	<i>Noord-Brabant</i>
GGZ Noord Holland Noord Elsbeth de Ruijter, raad van bestuur	<i>Noord-Holland</i>
GGZ Vriendelijke Gemeente Jack van der Kruijs, initiatiefnemer	<i>Landelijk</i>
Ixta Noa Gerard de Roos, directeur	<i>Noord, Midden en Oost Nederland</i>
KernKracht Petra van Buren, directeur	<i>Midden-Holland</i>
Leontienhuis Wendy Hopmans, voorzitter RvB	<i>Gemeente Zuidplas</i>
Mensdoormens Chantal Soepboer, initiatiefnemer	<i>Twente</i>
Metggz Marina Rovers, directeur MET de wijk	<i>Noord en Midden Limburg</i>
MIND Landelijk Platform voor Psychische Gezondheid Marjan ter Avest, directeur	<i>Landelijk</i>
MIND Ypsilon Bert Stavenuiter, directeur	<i>Landelijk</i>

Nederlands Beroepsvereniging voor Toegepaste Psychologie Mieke van Herk, voorzitter	<i>Landelijk</i>
Niels Mulder, psychiater, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en mede-initiatiefnemer Netwerkpsychiatrie	<i>Landelijk</i>
NIP Monique Rook, directeur	<i>Landelijk</i>
P3NL Marnix de Romph, directeur	<i>Landelijk</i>
Philippe Delespaul, klinisch psycholoog, hoogleraar Innovatie in de Geestelijke Gezondheidszorg	<i>Limburg</i>
Phrenos Floortje Scheepers, wetenschappelijk directeur en hoogleraar innovatie	<i>Landelijk</i>
Platform Noord en Midden Limburg GGZ & OGGZ Marion Verlinden, voorzitter	<i>Noord en Midden Limburg</i>
Proscoop Arie Jongejan, directeur/bestuurder	<i>Noord-Oost Nederland</i>
Sociaal Werk Nederland Nienke Kuyvenhoven, adjunct-directeur	<i>Landelijk</i>
Steunpunt GGZ Utrecht Dineke Smit, directeur	<i>Utrecht</i>
Stichting CéZetPé Monique Willems, lid initiatiefgroep	<i>Groningen</i>
Stichting Cliënten Perspectief GGz Ruud Schaap, directeur	<i>Flevoland</i>
Stichting Lumen Holland Rijnland Bart Smith, directeur	<i>Zuid Holland- Noord</i>
Stichting Rivierenland Herstelt Marjoke Muller, bestuurder	<i>Rivierenland</i>
Stichting Stadskamer Everdien Boesveld, directeur/bestuurder	<i>Oost Gelderland</i>
Stichting TEAM ED Georgette Groutar, directeur/bestuurder	<i>Amsterdam</i>
Stichting Vriendendiensten Deventer Lori van Egmond, directeur	<i>Overijssel</i>
Stjoer Erik Blank, directeur	<i>Friesland</i>

Valente Esmée Wiegman-van Meppelen Scheppink, directeur	<i>Landelijk</i>
VIGO / Vincent van Gogh Jolande Tijhuis, voorzitter RvB	<i>Zuid Nederland</i>
Zelfregie NL Sonja Visser, directeur	<i>Noord en Midden Limburg</i>
Zorgbelang Nederland Esther de Vrij, voorzitter	<i>Landelijk</i>



LANDELIJK STEUNPUNT  
MEEZEGGENSCHAP



Patiëntenfederatie  
Nederland  
samen de zorg beter maken

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum	Utrecht, 20 april 2021
ons kenmerk	2021-51
onderwerp	Internetconsultatie wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking

Geachte heer, mevrouw,

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking. Graag maken wij van de mogelijkheid gebruik om te reageren op dit wetsvoorstel in wording. In deze brief en bijbehorende bijlage geven wij u onze belangrijkste aandachtspunten mee.

Het wetsvoorstel moet domein-overstijgende samenwerking mogelijk maken. Die samenwerking kan leiden tot betere zorg in de thuisomgeving. Dat kan een ongewenste opname in een Wlz-instelling mogelijk voorkomen of in ieder geval uitstellen. Bovendien kan door de samenwerking zorg eerder worden opgeschaald en zo crisissituaties voorkomen.

Dit doel onderschrijven wij van harte. Om passende zorg in de thuissituatie te faciliteren, is volgens ons samenwerking tussen uitvoeringsorganisaties als zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten onontbeerlijk. Het kunnen inkopen van passende zorg voor specifieke cliëntgroepen hoort daar ook bij. In onze reacties zoals op de dialoognota ouderenzorg, op betere verstrekking van hulpmiddelen, op het mogelijk maken van cliëntondersteuning vooruitlopend op een aanvraag tot Wlz-zorg, en de oproep aan een nieuw kabinet om het sociaal domein te versterken, benoemen we telkens het belang van samenhangende zorg voor cliënten en hun mantelzorgers. Die reacties komen voort uit vele signalen van mensen die nu vastlopen in de verschillende systemen en regels. Iets dat ook wordt bevestigd in rapporten van de Nationale Ombudsman.

Of met de voorgestelde aanpassing in de wetgeving de samenwerking tussen de verschillende financiers daadwerkelijk tot stand komt, zodanig dat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt wordt georganiseerd, daarover hebben wij onze twijfels.

De voorwaarden die worden gesteld lijken financieel ingestoken en gaan vooral over het vooraf expliciet aantonen van te behalen doelmatigheid. Wij lezen onvoldoende terug dat de waarde van het voorkomen van ongewenste opname en het meer vanuit de cliënt organiseren van zorg vanuit het perspectief van de cliënt wordt meegenomen. Dat zou tot uiting kunnen komen door ervaren kwaliteit van leven en mate van eigen regie mee te nemen. Ook de vereiste monitor en evaluatie lijkt vooral te gaan om het behalen van een kostenreductie, waarbij terloops wordt genoemd dat de kwaliteit voor de cliënt behouden moet blijven. Wij vragen ons af of met deze insteek de voor cliënten en naasten/mantelzorgers relevante verbeteringen wel van de grond komen. Leidt de voorwaarde om voor een investering in domein-overstijgende samenwerking een duidelijk omschreven casus op te stellen die het zorgkantoor zal moeten beoordelen, monitoren en evalueren niet tot een hinderenpaal? We zijn benieuwd hoe Zorgkantoren de voorgestelde regeling zien. Meer kans op resultaat is volgens ons te verwachten als het accent ligt op het aannemelijk maken van maatschappelijke en individuele baten. En daarin als voorwaarden expliciet benoemen dat ook de ervaren kwaliteit van leven van mensen zelf wordt meegenomen.

In de Memorie van Toelichting staat dat er voor zorgverzekeraars en gemeenten geen wettelijke belemmeringen zijn in de regelgeving tot het doen van investeringen in het kader van domein-overstijgende samenwerking. Toch komt ook daar wat ons betreft de samenwerking nog steeds onvoldoende tot stand. Dit laat zien dat er meer nodig is dan alleen het faciliteren van zorgkantoren in de regelgeving.

We vragen u onze reactie mee te nemen bij het vervolg van het wetsvoorstel. Heeft u vragen naar aanleiding van deze brief dan zijn we graag beschikbaar.

Met vriendelijke groet,

Dianda Veldman

Illya Soffer

Jasper Boele

Patiëntenfederatie Nederland

Ieder(in)

LSR

## **Domein overstijgende samenwerking**

### **Voorbeelden en knelpunten**

Op dit moment ontbreekt de domein overstijgende samenwerking nog op veel plekken waar die wel nodig is. De bij de gezondheid en het welzijn van de patiënten, cliënten en burgers betrokken organisaties weten elkaar nog onvoldoende te vinden. Als ze elkaar wel vinden ontbreekt het aan financiering voor de gezamenlijke initiatieven of komt de financiering slechts voor de duur van een projectperiode beschikbaar.

Financiers vanuit de verschillende zorgdomeinen zijn zien ook de noodzaak om goede initiatieven te financieren, maar zij stuiten vaak op de belemmeringen in de huidige wet- en regelgeving.

Het wetsvoorstel levert een bijdrage aan de oplossing, maar beperkt zich tot initiatieven waarbij de Wlz betrokken is. Ook voor initiatieven, waarbij de Wlz niet betrokken is, werkt de huidige regelgeving belemmerend. De mogelijkheden die verzekeraars hebben om 'niet verzekerde zorg' mede te financieren zijn heel beperkt en veelal van (te) korte duur. Meer samenhang in de wetgeving is nodig om domein overstijgende financiering structureel mogelijk te maken.

Een groep GGZ-cliënten stroomt uit de WMO naar de WLZ. Cofinanciering tussen gemeenten en zorgkantoren kan ervoor zorgen dat bestaand aanbod met een preventief en innovatief karakter ook voor deze groep beschikbaar blijft.

Overstijgende thema's als preventie en ambulantisering zijn nog niet overal goed van de grond gekomen, maar er zijn zeker goede voorbeelden die een steuntje in de rug kunnen gebruiken.

Denk aan initiatieven die maatschappelijk herstel en zelfregie bevorderen en eraan bijdragen dat uitstroom uit de GGZ mogelijk wordt of dat kan worden afgeschaald naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning. Zet ervaringsdeskundigheid en onafhankelijke clientondersteuning in op alle domeinen en let daarbij op samenhang en continuïteit.

Laat de tijd voor mensen die noodgedwongen op een wachtlijst staan geen verloren tijd zijn. Welke overbruggingszorg en bijbehorende financiering kan vanuit de aanpalende domeinen worden geboden?

### **Voorbeelden van Iriszorg**



## 1. Wijkgericht werken

Concrete voorbeelden van wijkgericht werken waarbij instellingen (RIBW, Pro Persona, IrisZorg en Plureyn) samenwerken gebaseerd op de visie van positieve gezondheid en herstelgericht werken en waarbij ervaringsdeskundigheid een belangrijk onderdeel is. Deze zorg leidt tot lagere zorgkosten ZVW en WLZ-ggz waaronder verslaving. De huidige wetgeving geeft financiers ZVW en WLZ geen mogelijkheden om mee te doen (link met cliënt vereist) waaronder deze initiatieven onnodig lang in ‘voorbereidende fases zitten’.

### a. WijkGGZ in Nijmegen en Rivierenland.

#### Achtergrond

Twee geslaagde pilots WijkGGZ met mooie resultaten voor wat betreft vroege opsporing en sneller herstel van mensen met een psychische kwetsbaarheid, te verbreden in de gemeenten van Rivierenland en Rijk van Nijmegen naar 13 WijkGGZ teams. De WijkGGZ vormt een laagdrempelige schakel tussen de sociale teams en huisartsenzorg (POH) enerzijds en de geïndiceerde GGZ, verslavingszorg en lvb-gehandicaptenzorg anderzijds. De WijkGGZ werkt als een netwerk van professionals (inclusief ervaringsdeskundigen) dat aansluit bij bestaande processen en structuren van de gemeente of wijk waarin het actief is. Het concept WijkGGZ vervult een belangrijke rol bij het voldoen aan de maatschappelijke opgaven van alle deelnemende partijen: zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars (en mogelijk zorgkantoren).

Het concept WijkGGZ wordt gedragen door alle relevante regionale partijen uit de domeinen WMO/ZvW/Wlz/JeugdWet/Participatie, waardoor het concept alle kans heeft volledig tot verbreding te komen en de brugfunctie te realiseren over de domeinen (incl. Huisartsenzorg en POH GGZ).

#### Monitoring

Er is kwalitatief onderzoek verricht vanuit de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) naar de werkwijze en structuur van de pilots. Het eindrapport wordt in mei 2021 verwacht. De bevindingen zullen worden meegenomen bij de verbreding. Daarnaast zal in samenwerking met de HAN een monitor worden ingericht om de doelstellingen van de verbreding van de WijkGGZ te monitoren.

### b. ‘Buiten de lijntjes’ in regio Ede

Het gaat over de volgende vernieuwingen:

- Ambulante samenwerking m.b.t. de ondersteuning, begeleiding en behandeling voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid (EPK)
- Samenwerking voor de groep EPK rondom de kliniek:



- tussen beschermd wonen, kliniek volwassenen en eventueel de ouderenkliniek (in relatie met ambulante ondersteuning/begeleiding/behandeling)
- tussen medisch-psychiatrische unit (MPU) en de klinisch-somatische zorg in het Ziekenhuis Gelderse Vallei (in relatie met ambulante ondersteuning/begeleiding/behandeling).

Beoogde benefits voor zorgkantoor:

- Voor het zorgkantoor (WLZ):
  - Verminderen instroom EPK in verpleeghuiszorg
  - Afname beroep op Wlz-GGZ volwassenen

## **2. Investeringsmogelijkheden maatwerkplekken.**

Dit kan helpen om zorg voor een nieuwe doelgroep (passende zorg) goed in te richten en van de grond te krijgen. Voorbeelden waarvoor investeringsmogelijkheden het verschil (hebben) kunnen maken:

- a. WLZ-VG doelgroep met verslaving. De expertise is versnipperd en inspanningen om tot een centraal expertisecentrum te komen hebben het niet gered.
- b. WLZ-GGZ met hoog beveiligingsniveau. Van zorgkantoren krijgen we geregeld de vraag of we dit kunnen leveren aangezien passende capaciteit ontbreekt in de regio.

## **3. Versterken ambulante zorg netwerk**

Versterken ambulante zorg/ netwerk zodat VPT / MPT zorg op meer plekken geleverd wordt. Bijdrage aan regiotafels (e.g. Arnhem), WijkGGZ etc.



# Reactie op Regeling Domeinoverstijgende Samenwerking

Sigra inspireert en verbindt partners in zorg & welzijn. Onze missie: 'Alleen samen kunnen we passende zorg en ondersteuning bieden. Samen gaan we voor vitale, gezonde inwoners en professionals in onze regio.'

## Algemene reactie

De zorg- en welzijnsaanbieders, verenigd in [Sigra](#), zien domeinoverstijgende samenwerking als voorwaarde voor het creëren van aanbod met aandacht voor eigen regie, menselijke maat en bovenal preventie. Meer mogelijkheden tot domeinoverstijgende samenwerking kunnen wij daarom alleen maar toejuichen. We zijn daarbij heel blij dat dat nu ook op het gebied van preventie gestimuleerd wordt. Immers alles wijst erop dat we uiteindelijk alleen kwalitatief goede zorg in Nederland kunnen behouden als we vol inzetten op preventie: primaire, secundaire én tertiaire preventie. Dit is tevens de belangrijkste kanttekening bij de impact van de regeling.

Op de volgende pagina lichten wij twee kanttekeningen toe. Tot slot benoemen we graag een mooi voorbeeld van een regionale samenwerking waarin aanbieders, financiers, inwoners en professionals zich samen inzetten voor gezondheidswinst voor de gehele bevolking.

## De regeling biedt belangrijke mogelijkheden

De aandacht voor preventie in de WLZ door deze nieuwe regeling zien wij als zeer welkom. Het kan de juridisch barrières slechten die de inzet op tertiaire preventie tot op heden lastig maken. Financiering is een belangrijke bottleneck als het gaat om inzetten op en samenwerken aan deze vorm van preventie; de baten komen immers over het algemeen niet ten goede aan de investerende partijen. Deze nieuwe regeling kan hierbij de drempels wegnemen en financiering van interventies die (zware) zorg voorkomen mogelijk maken. Dat zijn bijvoorbeeld de Sociale Benadering Dementie of Valpreventie: interventies waarvan we weten dat ze de instroom in de WLZ voorkomen of de gang naar het verpleeghuis uitstellen. Wij zien in deze regeling veel potentie, want de genoemde interventies kunnen in grote mate bijdragen aan gezond en vitaal leven en ouder worden.

## Kanttekeningen bij de regeling

Bij onze positieve reactie op dit voorstel plaatsen we hieronder echter twee belangrijke kanttekeningen.

### *Kanttekening 1: Risico's van korte doorlooptijd en 'gezamenlijkheid'*

In de beschreven uitwerking van het wetsvoorstel zien we een afbreukrisico vanwege de voorgestelde gezamenlijkheid van investeringen en criteria voor een positieve businesscase. We pleiten daarbij voor minder regie en sturing op het aantonen van de baten. Preventie is geen zaak van de korte termijn en daarmee is het onrealistisch dat de winst binnen een jaar zichtbaar is. Daarbij bestaat er het risico dat de doorlooptijd en middelen die nodig zijn om de positieve businesscase op te stellen niet in verhouding staat tot de beoogde meerwaarde van de in te zetten interventies. Wat betreft de investering in gezamenlijkheid geven we graag mee dat dit in beginsel een positieve insteek is. Het vergroot draagvlak. Het risico bestaat echter dat bestedingsmogelijkheden verder ingeperkt worden door aanvullende criteria voor investering van gemeente en zorgverzekeraar.

### *Kanttekening 2: Impact op gezondheid en kostenreductie vraagt bredere inzet*

Uit onderzoek weten we dat alleen een preventiestrategie die inzet op én primaire preventie én secundaire preventie én tertiaire preventie de verwachte stijging van de van de kosten kan afbuigen. Daarbij heeft langdurige inzet op primaire preventie het grootste effect op gezondheidswinst en kostenreductie. Het gaat dan om maatschappelijk brede inzet gericht op gezondheidswinst voor de hele bevolking. Denk aan een gezonde leefomgeving, gezonde voeding, bewegen, etc. Het gaat om middelen die zijn gericht op het vergroten van bestaanszekerheden en op het voorkomen dat mensen ziek worden. Hoe geven we bijvoorbeeld vorm aan de infrastructuur in de stad en de regio, zodanig dat het tot gezond gedrag leidt? Dat vraagt om samenwerking op allerlei terreinen, van verschillende domeinen, ook buiten de zorg om. Daarbij moet er ruimte zijn om met elkaar te leren en te experimenteren. Er zijn collectief andere keuzes voor nodig, waarbij de kosten voor de baten uit gaan.

### **Mooi voorbeeld: Amsterdam Vitaal & Gezond**

In de stadsbrede aanpak [Amsterdam Vitaal & Gezond](#) werken financiers, aanbieders (verenigd in Sigra), inwoners en professionals gezamenlijk aan het realiseren van gezondheidswinst voor de gehele bevolking. Meer ruimte in wet- en regelgeving om onze doelen te realiseren met betrekking tot domeinoverstijgende preventie is meer dan welkom.

### **Meedenken in de toekomst**

Hierboven gaven wij onze reactie op deze mooie stap naar meer ruimte voor preventie in de WLZ. Wij denken in de toekomst graag mee over hoe preventie breder (in de benodigde primaire, secundaire en tertiaire vorm) ingezet kan worden.

**Ministerie van VWS, directie Zorgverzekeringen**

Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

**Onderwerp** Wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking  
**Datum** 20 april 2021  
**Ons kenmerk** B-21-5590

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM Zeist  
030 698 8911  
[info@zn.nl](mailto:info@zn.nl)  
[www.zn.nl](http://www.zn.nl)

Geachte heer, mevrouw,

Graag reageer ik namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op het wetsvoorstel Domein-overstijgende samenwerking. Zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn zeer verheugd over het feit dat dit wetsvoorstel nu voorligt.

Door deze wetsaanpassing kunnen zorgkantoren gericht bijdragen aan de beweging die nodig is om aan de ene kant beter maatwerk te kunnen realiseren voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving en aan de andere kant de zorg voor deze mensen duurzaam betaalbaar te houden. Wij zien dit als een belangrijke stap in het verder op gang krijgen van domein-overstijgende samenwerking.

Vanuit stelsel perspectief merken wij wel op dat dit niet de enige stap is die nodig is. Domein-overstijgende samenwerking vraagt immers iets van alle betrokken partijen. Uiteindelijk moeten in alle domeinen – ook die van gemeenten en zorgverzekeraars - de financiële prikkels om te investeren in preventie de goede kant op wijzen.

In de bijlage bij deze brief leest u onze antwoorden op de zes vragen die u via de internetconsultatie heeft uitgezet. Zoals u zult lezen in onze antwoorden hebben wij nog een aantal aandachtspunten bij het wetsvoorstel. De effectiviteit van de wetswijzigingen is voor een belangrijk deel afhankelijk van de nadere invulling en uitvoerbaarheid van de uiteindelijke vormgeving. Daarom vinden wij het van belang dat hiervoor bij de verdere uitwerking nadrukkelijk aandacht is, al dan niet in de vorm van een uitvoeringstoets.

Wij blijven hier graag met u over in gesprek.

Met vriendelijk groet,

drs. W.J. Adema RA MBA  
directeur Zorg

## **Bijlage – antwoorden op consultatievragen**

### **Vraag 1 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

ZN is een groot voorstander van de voorgestelde wetswijziging. Zorgkantoren willen graag de mogelijkheid krijgen financieel bij te dragen aan domein-overstijgende initiatieven. De ervaring leert dat projecten moeilijk van de grond komen als alleen het voorliggende domein kan financieren terwijl de baten in een ander domein terecht komen. We verwachten dan ook dat deze mogelijkheid voor domein-overstijgende financiering door zorgkantoren een extra impuls geeft aan een domein-overstijgende aanpak, die onder andere nodig is om burgers/verzekerden langer thuis te laten wonen en het beroep op zwaardere professionele zorg uit te stellen

Wij zien de wetswijziging daarmee als een belangrijke stap voor de verdere ontwikkeling van de langdurige zorg.

Wij stellen wel voor om een andere term te gebruiken dan 'preventie' in het kader van dit wetvoorstel. De bijdrage aan het voorkomen of uitstellen van Wlz-zorg door zorgkantoren staat namelijk los van de preventie-opgave waar gemeenten en zorgverzekeraars samen voor staan. Het gebruik van het woord 'preventie' schept mogelijk de verkeerde verwachtingen bij veldpartijen en de andere financiers van zorg en ondersteuning. Duidelijk moet zijn dat zorgkantoren niet op de stoel van zorgverzekeraars of gemeenten gaan zitten, en zeker dat zij niet de financiering van preventie kunnen overnemen met deze middelen die een impuls zijn voor samenwerking over de domeinen heen. Als term denken wij zelf aan 'maatregelen ter voorkoming/uitstel van Wlz-zorg'

## Vraag 2 van 6

*Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

- *Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*
- *Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*
  - a. *wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*
  - b. *een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*
  - c. *de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

ZN kan zich op hoofdlijnen vinden in de gestelde voorwaarden. Wij zijn het ermee eens dat er naast het zorgkantoor altijd één of meerdere andere financiers van zorg en ondersteuning betrokken moeten zijn bij een project. Ook vinden wij het van belang dat er een positieve businesscase aan ten grondslag ligt met daarin de genoemde onderdelen. Wel willen wij dat er bij de verdere uitwerking hiervan en in het bijzonder de verantwoording hierover wordt gekeken naar een werkwijze die zo regelarm mogelijk is met zo min mogelijk administratieve lasten. Hierover gaan wij graag nader in overleg met VWS en de NZa zodat dit vooraf voor alle partijen helder is.

Wij hechten er overigens wel waarde aan om te spreken van een 'maatschappelijke businesscase' in plaats van de term 'positieve business case'. Dit omdat de inspanningen van preventie juist het behalen van maatschappelijke doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid beoogt naast het behalen van ingeschatte besparingen aan zorg.

Ook merken wij op dat een vanuit financieel oogpunt positief resultaat niet altijd direct zichtbaar zal zijn. Het investeren in preventie kent vaak een lange terugverdientijd, waarbij het ook voor kan komen dat de baten niet aantoonbaar zijn. Wij gaan er vanuit dat u hiermee bij de verdere uitwerking van de wetgeving rekening houdt zodat het mogelijk is om ook initiatieven zonder direct resultaat, maar wel met potentie, te financieren en ook meerjarige afspraken te maken. Dit om te voorkomen dat zorgkantoren geconfronteerd worden met kosten wanneer behaalde besparingen onvoldoende inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

Ook gaan wij ervan uit dat een experimenteel initiatief met een vooraf positieve business case, maar achteraf na evaluatie financieel negatief resultaat ook aan de voorwaarden voldoet. Uiteraard kijken zorgkantoren vooraf kritisch naar iedere business case, maar er is nooit volledige zekerheid over de uitkomst. Er moet dus ruimte blijven om te experimenteren. Tegenvallende resultaten zijn daarbij nooit uit te sluiten. Dit moet nadrukkelijk in het toezichtkader meegenomen worden.

Tot slot vragen wij ons af waarom de forensische zorg in dit wetsvoorstel is opgenomen. De samenwerking tussen zorgkantoren en de minister voor Rechtsbescherming is relatief onbekend voor zorgkantoren. Naar onze mening heeft dit voorstel geen directe relatie met het doel van deze wetswijziging, namelijk het financieel kunnen bijdragen aan domein-overstijgende samenwerking. Mogelijk kan deze bepaling beter vorm krijgen in een ander wetswijzigingsvoorstel.

### **Vraag 3 van 6**

*Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

Zoals bij vraag 2 al gesteld ziet ZN ook het belang van goed monitoren en evalueren, maar wel op een zo regelarm mogelijke manier.

Op projectniveau denken wij dat het aan het zorgkantoor en de verder betrokken partijen is om de resultaten goed te monitoren en evalueren. Er moet in alle gevallen een goede kosten en baten analyse worden gedaan. Hoe en wat er precies wordt gemeten en waar de nadruk op ligt, kan wat ons betreft verschillen tussen projecten. Dit hangt immers af van het exacte doel. Voordat een project start, worden de criteria afgestemd en vastgesteld tussen zorgkantoor en andere betrokken partij(en).

Of een landelijke monitor hiernaast gewenst is, verkennen wij graag verder met u. Wij kunnen ons voorstellen dat we dit doen om best-practices op te sporen en te expliciteren zodat deze ook elders uitgerold of toegepast kunnen worden. Het gaat ons dan nadrukkelijk om een kwalitatieve monitor die leidt tot kennisdeling. Hoe we dit precies vormgeven en wie hierin welke rol vervult is wat ons betreft een vraag voor de verdere uitwerking.

Een belangrijk punt van aandacht hierbij is de informatievoorziening over de domeinen heen. Om initiatieven goed te kunnen monitoren en benchmarks te kunnen ontwikkelen op het gebied van bijvoorbeeld kostenontwikkelingen en kwaliteit is het noodzakelijk om (o.a. declaratie) gegevens vanuit de verschillende domeinen te kunnen samenbrengen. Vanwege privacy richtlijnen is dat nu niet goed mogelijk en worden initiatieven op dit gebied door juristen en compliance afdelingen in lijn met de huidige wettelijke beperkingen tegengehouden. Er is op dit moment namelijk geen wettelijke titel waaronder het gebruik en het combineren van deze gegevens mag. Het is dus noodzakelijk dat er een wettelijke titel voor zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten is om data vanuit de verschillende domeinen bij elkaar te kunnen brengen voor monitoring, kostenbenchmarks, kwaliteitsbenchmarks en het vinden van best practices. Wij zouden graag zien dat dit wetsvoorstel voorziet in een wettelijke titel om (o.a. declaratie) gegevens over de grenzen van de wetten heen te combineren voor het monitoren van relevante ontwikkelingen en het maken van benchmarks op gebied van kosten en kwaliteit. Op deze manier kunnen we de patiënt/populatie centraal zetten en kunnen we invulling geven aan value based healthcare.

Wij gaan bij voorkeur op korte termijn met u in gesprek, omdat de uitvoeringsconsequenties in beeld en verwerkt moeten zijn voordat het wetswijzigingsvoorstel voorligt bij de Tweede Kamer.

#### **Vraag 4 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

ZN vindt het zeer wenselijk dat de mogelijkheid om (naast bekostiging op klantniveau) ook in bepaalde gevallen lumpsumfinanciering toe te passen in de Wlz wettelijk wordt verankerd. De ervaring met onder andere het kwaliteitsbudget in de verpleeghuiszorg, de financiering van de maatwerkplekken in de GZ en de transitie-middelen V&V heeft ons geleerd dat lumpsumfinanciering bijdraagt aan de kwaliteit en effectiviteit van afspraken. Zoals aangegeven in het wetsvoorstel zijn er soms kosten die niet goed toe te rekenen zijn naar prestaties op klantniveau. De investeringen die nodig zijn voor maatwerkplekken zijn hier een goed voorbeeld van. Maar dit geldt natuurlijk breder als het gaat om investeringen in de context van de zorg.

Ook de inzet van de tijdelijke transitie-middelen in de V&V heeft aangetoond dat een lumpsumfinanciering soms meer aanzet tot samenwerking dan de reguliere klantvolgende bekostiging doordat het de juiste prikkel introduceert. Breder kijkend denken wij dat dit ook kan helpen bij het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders ten behoeve van onder andere het organiseren van 24/7 beschikbaarheid in de regio van de medisch generalistische zorg en oplossingen voor de steeds grotere schaarste aan zorgverleners.

Daarom zijn wij van mening dat de ruimte die met dit wetsvoorstel wordt gecreëerd breder moet worden ingestoken dan nu wordt voorgesteld. Wij begrijpen dat er behoefte is aan grip op het gebruik van deze mogelijkheid en dat de systematiek van klantvolgende bekostiging het uitgangspunt moet blijven. Wij denken echter dat met de beperking van de inzet van lumpsumfinanciering tot specifieke Wlz-geïndiceerde klantgroepen, een belangrijk sturingsmiddel voor de zorginkoop onbenut blijft. Ruimte voor niet-cliëntgebonden, niet-aanbieder gebonden en niet-Wlz indicatie gebonden inzet van een lumpsumbedrag stelt zorgkantoren in staat om vernieuwende initiatieven en samenwerking die het zorgaanbod in de Wlz verbeteren te stimuleren.

Wij zijn daarnaast van mening dat het lumpsumbedrag moet kunnen worden toegekend aan zorgaanbieders, zonder dat de zorgaanbieder eerst de ruimte tot het 100%-tarief moet inzetten. Als we dat wel zouden doen leidt dat tot extra administratieve lasten bij de zorgaanbieder en het zorgkantoor, terwijl het geld juist ingezet moet worden voor positieve ontwikkelingen. We willen transparante afspraken maken over activiteiten die zorgaanbieders (gezamenlijk) ondernemen, die niet cliëntgebonden zijn. Een gedeeltelijke verdiscontering van deze middelen in een tariefopslag gaat deze transparantie juist tegen. Graag verzoeken wij u deze voorwaarde niet te verbinden aan het toepassen van lumpsumfinanciering.

Een derde punt van aandacht bij de vormgeving van dit onderdeel van het wetsvoorstel heeft betrekking op de werkwijze die wordt voorgesteld voor het bepalen van de reikwijdte van de lumpsumbekostiging. Kort gezegd kan een zorgkantoor alleen lumpsumafspraken maken binnen de reikwijdte van de regelgeving van de NZa, die volgt uit een aanwijzing van de Minister van VWS op basis van een advies van de NZa. De ervaring leert dat dit lange bureaucratische processen kunnen zijn en zorgkantoren vrezen dat dit ten koste gaat van de slagkracht die we juist willen creëren met dit wetsvoorstel. Wij pleiten voor een aanpak op grond van 'high trust, high penalty': zorgkantoren krijgen aan de voorkant zelfstandig ruimte om lumpsumfinanciering in te zetten, maar moeten zich hier achteraf wel over verantwoorden.

#### **Vraag 5 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

ZN denkt dat de voorgestelde wetswijziging in de praktijk absoluut van meerwaarde is. Zoals gesteld zien we daarbij nog wel ruimte voor verbetering. Waar het gaat over de reikwijdte van de mogelijkheid voor lumpsumfinanciering zien wij dit graag terug in het definitieve wetsvoorstel. Onze punten over verantwoording zijn ons inziens voor de gezamenlijke nadere uitwerking.



## Vraag 6 van 6

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

Dit wetsvoorstel biedt zorgkantoren de mogelijkheid om concreet bij te dragen aan domein-overstijgende samenwerking. Wij denken dat dit zeker zal leiden tot meer initiatieven op dit gebied en daarmee de gewenste ontwikkeling op dit vlak zal stimuleren. Hoeveel zal deels afhankelijk zijn van de financiële middelen die hiervoor ingezet kunnen worden. De beschikbaarheid van voldoende financiële middelen is een randvoorwaarde.

De uitbreiding van de mogelijkheden voor domein-overstijgende samenwerking vanuit de Wlz moet gepaard gaan met eenzelfde uitbreiding van de mogelijkheden in de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid. Waar zorgkantoren vanuit de Wlz straks kunnen gaan bijdragen aan de financiering van initiatieven zullen gemeenten en zorgverzekeraars die inzet ook moeten kunnen bieden. Zorgverzekeraars en gemeenten werken intensief samen om deze samenwerking te verbreden en te versterken. Ook hier is het belangrijk dat de overheid de juiste randvoorwaarden creëert met betrekking tot juiste financiële middelen en (experimenteer) ruimte om de komende jaren extra te investeren in domein-overstijgende samenwerking. Zodoende komen de mogelijkheden die het wetsvoorstel biedt voor zorgkantoren in de Wlz ten volle tot zijn recht.

### Overige aandachtspunten

Tot slot vragen wij aandacht voor de volgende aspecten bij de verdere uitwerking van deze wetsaanpassing:

- Vormgeving betaalconstructies met partijen die niet via zorginkoop gecontracteerd zijn: Dit moet worden vormgegeven op een manier die rechtmatig en te verantwoorden is.
- Domein-overstijgende financiering is een mogelijkheid, geen verplichting: in het wetsvoorstel staat toegelicht dat het niet als verplichting voor het zorgkantoor is bedoeld. Desondanks lezen wij in de Memorie van Toelichting op pagina 8 'Het zorgkantoor zal een casus positief beoordelen...'. Wij verzoeken dit aan te passen naar 'Het zorgkantoor kan een casus positief beoordelen...' zodat dit niet tot onduidelijkheid leidt.

## Reactie KPMG op wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking

### **1. Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?**

Wij (KPMG Health) kijken positief tegen de voorgestelde wetswijziging aan. Domein-overstijgende en samenwerking en initiatieven gericht op preventie kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg en/of de kwaliteit van leven van een cliënt en de mogelijkheid om te sturen op gezondheid. Het wegnemen van barrières voor samenwerking maakt deze zaken naar verwachting voor aanbieders makkelijker. Het is belangrijk de definitie van de preventieve maatregelen breed te zien, ook als substitutie. Graag delen we een aantal verdere gedachten in onderstaande vragen ter overweging die mogelijk kunnen bijdragen het wetsvoorstel daarin nog beter te laten voorzien.

### **2. Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?**

Deze voorwaarden omvatten:

- **Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.**
- **Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:**
  - **wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;**
  - **een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin**
  - **de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.**

Er worden waardevolle voorbeelden genoemd in de memorie van toelichting. Overigens zijn de voorbeelden alweer talrijker, denk ook aan de thuisplusflats in Rotterdam (variant van pluswonen) of voorbeelden op de scheidslijn met de Jeugdwet. Het is belangrijk dat de regeling en opzet ruimte biedt aan bredere initiatieven die voorliggend zijn aan de Wlz wanneer deze beter passende ondersteuning biedt die ook doelmatiger kan zijn. De aannemelijkheid hiervan zou wel door het zorgkantoor kunnen worden getoetst, potentieel op voorhand en wellicht ook na bereikte effecten (achteraf).

De rode draad is dat de Wlz-uitvoerders nu initiatieven moeilijk kunnen ondersteunen. Dit wetsvoorstel brengt dit binnen de mogelijkheden en dat is een positieve ontwikkeling. We denken dat het belangrijk is om tegelijk alert te zijn op de mogelijke prikkels die deze nieuwe verhoudingen met zich mee kan brengen. In extremis: is bijvoorbeeld niet alle Wmo-zorg voor mensen die (in een latere fase) dementie blijken te hebben, tot op zekere hoogte preventief van aard? Wij denken dat duidelijke kaders behulpzaam zijn om 'preventie' goed te definiëren.

Eenzijds is het begrijpelijk en goed dat een positieve business case ten grondslag moet liggen om in aanmerking te komen voor een vergoeding. Anderzijds wordt in het wetsvoorstel zelf ook aangegeven dat het effect van domein-overstijgende samenwerking op de macro-uitgaven nog onduidelijk is. Het

opstellen van een business case zal door de regel gebeuren op basis van aannames (en nog niet van data, de samenwerking is immers nog niet van de grond) en de keuze voor de termijn van de (kwantitatieve) baten heeft een stevig effect op de uitkomst van de business case. Om dit goed toe te passen zal ook een vorm van toetsing van de business case moeten worden ingericht, is onze verwachting. Dit heeft overigens mogelijk weer (negatieve) consequenties voor de administratieve lasten. Wij denken dat het zinvol is om te overwegen een business case op kwalitatieve elementen te richten en te investeren het monitoren en evalueren in de vorm van tussentijdse resultaten. Op deze manier kan de focus liggen op bijsturen, blijven leren en verbeteren. Aanvullend kan het helpend zijn om een standaard format beschikbaar te stellen voor de business case en de monitoring. Op de manier wordt de uniformiteit tussen deelnemende partijen vergroot en houdt VWS grip op de macro-ontwikkelingen.

**3. Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?**

Goed om te zien dat er in dit stadium wordt nagedacht over het doel en de inrichting van monitoring. Zoals bij de vorige vraag al genoemd denken wij dat het kan helpen om een eenduidig format voor de business case en het monitoren te ontwikkelen, zodat deelname laagdrempelig is en er ook in een format wordt gewerkt dat vergelijken mogelijk maakt. Tegelijk moet naast monitoring altijd aandacht zijn voor wat er door wie met de uitkomsten wordt gedaan: wat is het handelingsperspectief? Wij denken dat het wetsvoorstel hier nog duidelijker in kan zijn. Dit geldt ook voor de uitwerking van de financiële consequenties in de Memorie van Toelichting in tabel 1 onder 5.d. Paradoxaal genoeg lijkt hier weer een meer ééndimensionaal beeld van het zorgkantoor opgenomen en niet de bredere businesscase die kan ontstaan of wordt verwacht bij het beoogde doel en principe.

Daarnaast denken wij dat het belangrijk is om beeld te krijgen bij de termijn waarop het realistisch is om een verlaging van totale zorguitgaven te zien. Bij een te korte periode om effecten in kaart te brengen bij een business case, is er mogelijk onvoldoende ruimte om de waarde van het initiatief te zien. Dit breekt mogelijk teveel innovatie in de knop wanneer een flinke investering nodig is.

Dit sluit breder aan op de vraagstukken rondom beschikbare sturingsinformatie in projecten. Om tot bruikbare informatie te komen, is het belangrijk om van tevoren al te onderzoeken welke informatie daadwerkelijk om te zetten is in bruikbare inzichten. Kijkende naar de besproken criteria, kan het complex zijn om een kwantitatieve monitor in te richten. Veel kwantitatieve beelden in deze context zijn tenslotte multi-interpretabel. Denk bijvoorbeeld aan het uitstellen van zorg of langer zelfstandig thuis wonen. Wat is hiervan zichtbaar in de cijfers en wanneer is iets geslaagd? Komt er op termijn een complexere en duurdere zorgvraag terug en wat voor kwaliteit van leven ervaart de cliënt? Als we denken aan kwantitatieve stuurinformatie dan denken wij dat informatie over de totale kosten per cliënt en het zorggebruik op persoonsniveau gekoppeld moet zijn binnen het experiment. Ook is het interessant als de stuurinformatie 'bewijslast' achteraf kan bieden of men minder uitgeeft bij bepaalde populaties. Het is belangrijk om zowel proces-, structuur- als uitkomstindicatoren te verzamelen en om de context van het experiment in kaart te hebben (bijvoorbeeld in archetypen) zodat vergelijking relevant wordt. Daarnaast is het belangrijk om met een controlegroep te werken, zodat grip wordt gehouden op de eigenstandige effecten van het experiment.

Aansluitend op bovenstaande gedachten pleiten wij daarnaast voor een kwalitatieve insteek van de monitor, die vooral richt op het uitwisselen van ervaringen, leren en verbeteren. Ga tussentijds in gesprek met de betrokken partijen om te kijken wat goed werkt en wat niet. Wees daarbij niet bang om constant te leren en ook zaken tussentijds aan te passen. De focus van dit wetsvoorstel en daarmee de evaluatie ligt idealiter op kwaliteit van leven van de patiënten, niet op de cijfers daarachter.

**4. Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?**

Dat is wat ons betreft een positieve ontwikkeling. Aangegeven wordt dat dit met name patiënten met een complexe zorgvraag gaat helpen waarbij een regulier ZZP niet toereikend is. Wij stonden eerder aan de wieg van de inrichting van expertisecentra in de Wlz, voor laagvolume hoogcomplexe groepen. Het beter passend maken van de bekostiging (ook vanwege domeinoverstijgende problematiek) wordt voor deze groep (volume tot maximaal 1500 cliënten) al geregeld: een hele mooie ontwikkeling. Voor cliëntgroepen met een iets groter volume (tot 5000 ongeveer) zien wij veel toegevoegde waarde voor het mogelijk maken van aanvullende bekostiging die niet alleen persoonsvolgend is. Op die manier ontstaat voor aanbieders meer ruimte om maatwerk te leveren wanneer sprake is van domeinoverstijgende problematiek. Overigens kan dit constructief ook behulpzaam zijn om een eventueel neveneffect van verzwarende van de intramurale populatie op te vangen (zie ook de 2<sup>e</sup> alinea bij vraag 5).

**5. Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?**

Wij geloven dat de voorgestelde wetswijziging zeker meerwaarde kan hebben in de praktijk en kijken positief naar het voorgestelde document. Het kan aanvullend helpend zijn om bovenstaande punten voor de implementatie in acht te nemen. Tegelijkertijd volgen er in de praktijk ongetwijfeld nog zaken die nadere uitwerking behoeven. Door continu te evalueren en verbeteren worden ook dergelijke zaken destijds opgevangen.

Daarnaast denken we dat het van toegevoegde waarde kan zijn om de neveneffecten van dit wetsvoorstel scherp te definiëren. Dan denken wij ten eerste aan de mogelijke prikkel om het begrip preventie op te rekken (zoals bovenstaand benoemd). Ten tweede denken we aan een mogelijk lange termijn-effect voor de Wlz-uitvoerders: bij (groot) succes van dit wetsvoorstel en effectieve inzet op preventie, zal de populatie binnen de intramurale zorg verzwaren in zorgvraag. Dat heeft effect op de kostenstructuur, teamsamenstelling en het benodigde niveau van personeel. En op de aantrekkelijkheid van het werk. Wij denken dat het van toegevoegde waarde is dergelijke effecten bijvoorbeeld in scenario's, handen en voeten te geven.

**6. Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?**

Over het algemeen kan de wetswijziging in de praktijk werken, is onze verwachting. Dat hangt wel af van de definitie van succes: het creëren van meer mogelijkheid tot maatwerk zal leiden tot betere kwaliteit (van leven). Of het ook tot een kostenbesparing leidt, moet zich bewijzen. Hierbij helpt het in ieder geval om de governance vooraf scherp in te richten, waarbij vragen worden beantwoord als 'wie stemt in met besluiten en hoe schaalbaar/omvangrijk is dit initiatief?'

Om structureel meer mogelijkheden tot maatwerk te creëren, is ook een verandering nodig aan de kant van de uitvoerders. Een cultuurverandering die eigenaarschap, ondernemerschap en innovatie stimuleert en daar ruimte voor biedt. Het gaat wat ons betreft niet alleen om het inrichten van nieuwe initiatieven, maar ook om hoe zorgprofessionals binnen die nieuwe initiatieven werken. Ook van een zorgprofessional vraagt aandacht voor en werken aan preventie, om een andere houding en gedrag. Dit aspect kost tijd en moet zich gaan inbedden in alle facetten van de zorg, zoals 'aan het bed' en in opleidingen.

Deze reactie is opgesteld namens de gemeenten in regio Midden-Limburg, vanuit de betrokkenheid bij de samenwerkingsagenda met de zorgverzekeraars en het zorgkantoor.

De reactie is tot stand gekomen met kennisname van de ambtelijke visie van de VNG op het wetsvoorstel.

#### *Algemene reactie*

- (1) Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

**Het is een positieve eerste stap/deeloplossing dat binnen de wetgeving mogelijkheden worden gecreëerd om in samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor te werken aan preventie en passende zorg.**

Het belang van effectieve preventie wordt steeds meer onderkend, maar de inzet/samenwerking hierop komt niet gemakkelijk van de grond. Investerings op het gebied van preventie komen nog onvoldoende terug bij de partijen die de preventieve investeringen financieren. Het is wenselijk dat de investeringen in preventie domeinoverstijgend kunnen plaatsvinden. Dit sluit aan bij de gewenste ontwikkelingen in het zorgdomein en stimuleert innovatie die nodig is. Deze wetswijziging is een eerste stap naar een meer evenwichtige verdeling van lasten en baten en kan ertoe bijdragen dat er verschuiving plaatsvindt naar meer inzet op preventie en minder op (zware) zorg.

Tegelijkertijd zien we deze ontwikkeling slechts als een deeloplossing, omdat ook binnen de voorgestelde wetswijziging nog onvoldoende aandacht uitgaat naar de integrale samenhang tussen de domeinen en wetten, waar we in ons zorgstelsel zoveel last van hebben. We merken daarbij het volgende op:

- **Het is een gemiste kans dat de zorgverzekeraars niet zijn meegenomen in het wetsvoorstel** en dat er niet meteen ook extra ruimte in de Zvw is meegenomen, zodat over de breedte van het hele zorgstelsel stevig op preventie kan worden ingezet. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VNG pleiten gezamenlijk al langere tijd voor meer ruimte in de Zvw, zodat er met mede-financiering van de zorgverzekeraar innovatieve werkwijzen kunnen worden ontwikkeld. Hoewel in de motie van toelichting wordt aangegeven dat de zorgverzekeraars eigen middelen naar eigen inzicht kunnen inzetten en daarmee de mogelijkheid hebben om te investeren in preventieve maatregelen en in andere domeinen is de ervaring dat er meer nodig is om zorgverzekeraars daadwerkelijk te laten investeren in collectieve en primaire preventie. Tot op heden is onze ervaring dat de zorgverzekeraars zich richten op cliëntvolgende financiering en vormen van 'secundaire preventie' (erger voorkomen, als er al sprake is van ziekte/gezondheidsproblemen).
- **Aansluitend op hetgeen de VNG in diverse overleggen heeft aangegeven, sluit het vrijblijvend karakter van de wetswijziging onvoldoende aan bij de lijn om de investering in preventie wettelijk gezien te versterken, zowel voor Zvw als voor Wlz.** Het wetsvoorstel biedt wél de mogelijkheid maar níet de verplichting voor zorgkantoren om te investeren in preventie).
- **In de praktijk draagt het vrijblijvend karakter van de wetgeving ertoe bij dat het ingewikkeld blijft om gezamenlijke investeringen in preventie te realiseren,** omdat het zorgkantoor zelf bepaalt in hoeverre zij wil investeren in preventieve maatregelen.
- **De nadruk van de wetswijziging lijkt te liggen op doelmatigheid en kostenbeheersing van de zorg.** Bij investering in preventieve maatregelen door het zorgkantoor dient vooraf helder te zijn, middels een business case, dat er een kostenbesparing op Wlz wordt verwacht. Dat het van groot belang is om de zorg betaalbaar te houden is evident. Met de

domeinoverstijgende samenwerking op het gebied van preventieve maatregelen zou echter in eerste aanleg beoogd moeten worden dat de kwaliteit van leven en zorg verbetert, mensen langer vitaal blijven en zelfstandig kunnen wonen. In het voorbeeld waaraan wordt gerefereerd in de wetswijziging (arrangeurs domein overstijgende samenwerking, Dongen, Ede, Hoogeveen) was dit ook het hoofddoel en doelmatigheid van zorg het nevendoeel.

- **Het is niet duidelijk waarom de gemeenten niet genoemd zijn als doelgroep voor de Wetswijziging en consultatie.** Hoewel de wetswijziging uiteraard de gemeenten niet rechtstreeks raakt, is dat wel indirect het geval als het gaat om domeinoverstijgende samenwerking. Het is dan ook een gemiste kans dat bijvoorbeeld de VNG niet/onvoldoende betrokken is aan de voorkant bij de totstandkoming van deze wetswijziging.

#### *Vervolg vragen Wetsconsultatie & Reactie*

- (2) Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het in gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a) wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b) een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c) de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Het is goed dat er voorwaarden worden gesteld aan de inzet van middelen vanuit de Wlz voor preventie. Het schept duidelijkheid voor alle partijen in het opzetten van deze samenwerking. De terminologie (business-case) legt sterk de focus op de financiële consequenties (investeringen en baten). Het is van belang om met elkaar het kwalitatieve effect van preventie voorop te stellen. Daarbij zou er (ook om tot een goede business-case te komen), financiële ruimte moeten blijven voor gezamenlijke initiatieven/plannen/pilots. Het gegeven dat lagere zorguitgaven op voorhand aantoonbaar moeten zijn om preventieve maatregelen te kunnen financieren zou beperkend kunnen werken tav bijv. pilots/nieuwe initiatieven. Juist bij opgaven waarin je werkt aan andere werkwijzen, samen met partners, is het niet mogelijk om alles vooraf te definiëren.

- (3) Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria.

#### Hoe moet monitor eruit zien?

Voorbeelden van mogelijk passende monitoringsinstrumenten zijn:

- De Effectencalculator
- Gemeentelijke monitor Sociaal domein
- Waar staat je gemeente.nl

#### Wie moeten er worden betrokken?

Gemeenten, Zorgkantoor, Zorgverzekeraars, Aanbieders, Inwoners/verzekerden

### Welke criteria zijn van belang:

1. Monitor om ervan te leren!

Combineer kwantitatieve en kwalitatieve informatie en monitor zowel de financiële baten als de maatschappelijke baten van preventieve initiatieven en inzet van Wlz-gelden.

Richt de monitor niet alleen in om te sturen op bekostiging, maar ook om kwalitatieve doelen te kunnen volgen, om van daaruit verbeteringen door te kunnen voeren, in kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit. Monitor op de effecten en breng de langere termijn-effecten in beeld.

Monitor kwalitatieve informatie op casusniveau: wat betekent de nieuwe aanpak voor het welzijn en ervaren gezondheid van de cliënt (en zijn er naast besparingen in de WLZ nog andere maatschappelijke baten, of baten in andere domeinen, doordat de cliënt langer thuis kan blijven wonen en/of doordat er beter wordt samengewerkt).

2. Bekostiging: monitor de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz. Monitor de bijdrage van verschillende financiers (vanuit WMO, ZvW en WLZ) 'waar komen de baten terecht' – zodat ook concreet de financier die de opbrengsten heeft kan bijdragen/compenseren voor de kosten die mogelijk in de andere domeinen liggen.

(4) Wat vindt u van de voorgestelde wetwijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

Dit is een goede ontwikkeling. Onduidelijk is waarom dit alleen kan op aanwijzing van VWS en niet op basis van signalen in de samenwerking.

(5) Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

We geloven als regio in de meerwaarde van domeinoverstijgende samenwerking. Uit de praktijkvoorbeelden waarnaar in de wetwijziging wordt verwezen blijkt ook het (mogelijk) positief resultaat, zowel kwalitatief voor de cliënt en dienst naasten, als ook kwantitatief in termen van effectiviteit en doelmatigheid.

Zoals echter aangegeven in de algemene reactie, blijf deze wetwijziging slechts een deeloplossing voor het gebrek aan integrale samenhang tussen de domeinen en wetten.

De beperkte reikwijdte van de wetwijziging zal tevens van invloed zijn op de meerwaarde in de praktijk. We benoemen hierbij nogmaals de belangrijkste aandachtspunten, die nu niet zijn meegenomen in de wetwijziging:

- Het is een gemiste kans dat de zorgverzekeraars niet zijn meegenomen; in de wijziging van het wetsvoorstel is geen extra ruimte gecreëerd in de Zvw, zodat over de breedte van het hele zorgstelsel stevig op preventie kan worden ingezet.
- In de praktijk blijft het ingewikkeld om een gezamenlijke investering in preventie en realiseren, omdat de wetwijziging geen 'verplichtend karakter' heeft.

(6) Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Hiervoor wordt verwezen naar de antwoorden bij vraag 5.





Datum: 20 april 2021  
Van: Eno  
Aan: Ministerie van VWS, directie Zorgverzekeringen  
Kopie aan:  
Kenmerk:  
Onderwerp: Consultatie wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking

Geachte heer/mevrouw,

Allereerst bedanken wij u voor de mogelijkheid om te reageren op het wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking. In deze brief lichten wij graag onze visie op het wetsvoorstel toe en beantwoorden wij de zes door u gestelde consultatievragen<sup>1</sup>.

#### *Onze visie*

Eno is een kleine zorgverzekeraar met al meer dan 160 jaar zijn wortels in de regio. Wij zien dat de regio steeds belangrijker wordt én zijn ervan overtuigd dat regionale zorg de toekomst heeft. Elke regio is immers uniek, zowel qua bevolkingssamenstelling en -opbouw als ook qua zorglandschap. Maatwerk, in de vorm van een regio-aanpak, is nodig om adequaat in te kunnen spelen op de specifieke regionale problematiek voortvloeiende uit regionale karakteristieken.

Wij geloven dat de regio-aanpak begint met een integrale en andere kijk op preventie én zorg. Dit, in lijn met het recent gepubliceerde advies “Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving”, waarin een warm pleidooi gehouden wordt voor een fundamenteel andere manier van denken en doen. Zo wordt onder meer geadviseerd om de focus te verleggen van leefstijl naar leefomgeving en van institutioneel belang naar publiek belang en samenwerking. Ook wij zijn van mening dat gezondheid en gezondheidsbevordering (via leefstijl) en de omgeving centraal moeten staan. Juist samen op lokaal/regionaal niveau kan de zorg voor het individu en voor de samenleving het beste vormgegeven worden.

#### *Een gemeenschappelijk regionaal budget*

Eno heeft als zorgverzekeraar met een belangrijke regionale focus, een sterke band met de regio opgebouwd. Samen de schouders eronder zetten en ambities waarmaken is ons dan ook gewoon. Echter, het komt nog geregeld voor dat we in de partijkijk tegen de grenzen van domeinen, organisaties en

---

<sup>1</sup> Ook door Zorgverzekeraars Nederland is een reactie op het wetsvoorstel voorbereid. Wij ondersteunen deze reactie vanuit Zorgverzekeraars Nederland. In deze brief zijn enkele voor Eno in het bijzonder geldende aanvullingen gedaan.

Kenmerk:

wetgeving aanlopen. Om onze regionale ambities voor inwoners van de regio te realiseren helpt het als er niet gekeken hoeft te worden uit welk geldpotje een (preventie-)initiatief betaald moet worden. Een gemeenschappelijk regionaal budget om samenwerking met gemeenten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders te bevorderen én te versimpelen is ons ideaal, omdat wij erin geloven dat een integrale financiering met de regio als vetrekpunt de meest effectieve manier is om op preventie duurzame resultaten te bereiken.

*Het wetsvoorstel*

We denken dat dit wetsvoorstel ons op weg gaat helpen om de zorg in de regio voor onze verzekerden te verbeteren en de regionale samenwerking die nodig is om de uitdagingen waar we voor staan beter op te pakken. Maar, om daadwerkelijk slagkracht te creëren bepleiten wij een gemeenschappelijk regionaal budget; een budget of fonds, waarin middelen vanuit de verschillende wetten (Zvw, Wmo en Wlz) zijn gebundeld en van waaruit partijen vanuit gedeelde verantwoordelijkheid de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg in de regio met elkaar kunnen organiseren én financieren.

Met vriendelijke groet,

E. Hooiveld  
Lid Raad van Bestuur

Bijlage: beantwoording consultatievragen wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking

Kenmerk:

## **Bijlage: Beantwoording consultatievragen wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking**

Voor deze consultatie heeft u een zestal vragen geformuleerd. Hieronder geven wij per vraag onze reactie.

### **Vraag 1**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

### **Onze reactie op vraag 1**

Wij ondersteunen dit wetsvoorstel van harte, omdat domein-overstijgende samenwerking ons de mogelijkheid biedt om samen met andere partijen invulling te geven aan de gedeelde verantwoordelijkheid voor een leefbare en gezonde samenleving in de regio.

In de Regiovisie Midden-IJssel hebben gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en Eno elkaar gevonden in de opgaven die er zijn in onze regio. Om resultaat te bereiken is evenwel de inzet van het hele veld nodig. Om aan deze opgaven gezamenlijk het hoofd te bieden helpt het als er domein-overstijgende *financiering* mogelijk is. Wij pleiten daarbij -anders dan in het wetsvoorstel is opgetekend – voor een regionaal budget. Dit is een budget of fonds, waarin middelen vanuit de verschillende wetten (Zvw, Wmo en Wlz) zijn gebundeld en van waaruit partijen vanuit gedeelde verantwoordelijkheid de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg in de regio met elkaar kunnen organiseren. Een dergelijk regiobudget, dat sector- en domein overstijgend kan worden ingezet, helpt het zorgkantoor om de noodzakelijke regionale beweging verder op gang te brengen en toe te werken naar een gezonde samenleving waarin iedereen kan participeren.

Structureel over een eigen regiobudget beschikken, dat sector- en domein overstijgend kan worden ingezet, helpt het zorgkantoor om de noodzakelijke regionale beweging (zoals opgetekend in de Regiovisie) verder op gang te brengen

Kenmerk:

## Vraag 2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

## Onze reactie op vraag 2

Wij kunnen ons op hoofdlijnen vinden in de gestelde voorwaarden. Ook in de afgelopen jaren, met de inzet van bijvoorbeeld de transitie middelen, hebben wij de meerwaarde ervaren van het gezamenlijk oppakken en financieren van projecten. Te denken valt aan onder andere het project regioverpleegkundige waarmee de 24-uurs beschikbaarheid van verpleegkundige zorg in onze regio is geborgd. Alleen door hier gezamenlijk in op te trekken én door over de eigen grenzen heen te kijken, is dit project mogelijk geworden!

Verder hechten wij er waarde aan om te spreken van een 'maatschappelijke businesscase' in plaats van de term 'positieve business case'. Daarbij pleiten wij ervoor om de mogelijkheid te hebben om meerjarige businesscase en bijbehorende meerjarige afspraken te maken. Dit omdat de resultaten van preventie vaak pas op de lange termijn zichtbaar worden én preventieve projecten zich niet altijd laten vertalen in sec financiële resultaten.

Tot slot benadrukken wij dat het belangrijk is dat er heldere voorwaarden gesteld worden, met daarbij in acht nemend een goede balans tussen de verantwoordingsbehoefte en de verantwoordingslast. In lijn met de ZN-reactie staan wij dan ook een werkwijze voor die zo regelarm mogelijk is met zo min mogelijk administratieve lasten.

Kenmerk:

### **Vraag 3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

### **Onze reactie op vraag 3**

Voor de beantwoording van deze vraag sluiten wij volledig aan bij de reactie zoals reeds in de brief vanuit ZN is gegeven.

### **Vraag 4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

### **Onze reactie op vraag 4**

Wij ondersteunen dit van harte. Zoals in het antwoord bij vraag 1 opgenomen hebben wij goede ervaringen opgedaan met de inzet van de transitiebudgetten. Wij hebben ervaren dat de transitiebudgetten aanvullend op de persoonsvolgende financiering van meerwaarde zijn om samen de domeinoverstijgende opgaven waar we de komende jaren voor staan aan te pakken, denk hierbij aan de arbeidsmarkt, de huisvestingsopgave en de toenemende zorgvraag. Wij zijn ervan overtuigd dat de voorgestelde wetswijziging hieraan eveneens kan bijdragen.

Kenmerk:

#### **Vraag 5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

#### **Onze reactie op vraag 5**

Wij denken dat de voorgestelde wetwijziging van meerwaarde is. Graag zouden wij nog verder gaan en een warm pleidooi willen houden voor een regionaal budget. Daarbij worden middelen uit de Wmo, Zvw en Wlz toegekend aan een regio en krijgen de betrokken gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor de opgave om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg in een regio met elkaar te organiseren. Op deze wijze kunnen wij vormgeven aan de opgave om vanuit gedeelde verantwoordelijkheid te werken aan een gezonde samenleving waarin iedereen kan participeren.

#### **Vraag 6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

#### **Onze reactie op vraag 6**

Wij denken dat de voorgestelde wetswijziging een bijdrage kan leveren aan domein-overstijgende samenwerking. Waar zorgkantoren vanuit de Wlz straks kunnen gaan bijdragen aan de financiering van initiatieven zullen gemeenten en zorgverzekeraars die inzet ook moeten kunnen bieden. Dit zodat een gelijk speelveld ontstaat en er vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid voor het realiseren van een gezonde samenleving gehandeld kan worden. Idealiter krijgt dit gestalte in een regionaal budget, van waaruit de initiatieven om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg in een regio gefinancierd worden.

# Reactie

<b>Naam</b>	KwadrantGroep
<b>Plaats</b>	Drachten
<b>Datum</b>	20 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Het is van belang dat er ruimte binnen de financiering komt voor preventieve maatregelen binnen de verschillende domeinen. Daarnaast is het van belang dat er domeinoverstijgend gedacht wordt omdat de preventieve maatregelen vaak gevolgen (gezondheidswinst, doelmatigheid) hebben voor de Wlz, Zvw en de Wmo.

Het is in dit stadium nog wel wat prematuur. Voorafgaand aan de domeinoverstijgende bekostiging van preventie is het van belang het totale debat te voeren over huisvesting, onderwijs, stedelijke vernieuwing en gezondheidszorg. Dit zijn immers samenhangende onderwerpen en het één heeft invloed op het ander. Vanuit daar een gedragen visie formuleren vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz. Een totale visie vanuit het geheel en dan waar het specifiek aan 1 van de 3 wetgevingen te koppelen is van daaruit een visie op maat vaststellen. Bijv. als het specifiek te maken heeft met bijvoorbeeld de gemeentes dan daar een specifieke gedragen visie op formuleren en ook de financiering laten landen. Met bij de Wmo als kanttekening dat het moet worden toegewezen aan de Wmo – gezondheidszorg, zodat het niet voor andere doeleinden gebruikt wordt (zoals bijv. onderwijs, of gemeentelijke voorzieningen anders dan gezondheidszorg). Daar waar het overstijgend en niet direct toewijsbaar is aan een wetgeving deze overstijgend bekostigen en de verantwoordelijkheid beleggen bij het zorgkantoor (i.v.m. zorgverzekeringspremie bij zorgverzekeraar en taakstelling bij Wmo) . Dit om zo snel mogelijk tot resultaat te komen.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

- a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
- b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
- c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Eerste streepje: zie ook antwoord bij vraag 1. Onze voorkeur heeft het om het toe te wijzen aan gemeente of zorgverzekeraar of zorgkantoor daar waar het duidelijk is waar de gezondheidswinst landt. Als het niet direct toewijsbaar is, en overstijgend is dan laten landen bij het zorgkantoor. Dit ter voorkoming van discussies en onduidelijkheden waardoor uiteindelijk preventieve budgetten niet uitgezet worden.

Tweede streepje:

Ad a. eens. Aandachtspunt: administratieve lasten; er moet voorkomen worden dat er uitgebreide plannen geschreven worden naast de andere plannen die op dit of ander gebied geschreven moet worden (inkoopdocumenten, aanbestedingstrajecten, etc.)

Ad b. voorkeur is om een ingroeimodel over de jaren heen af te spreken. Vaak zijn afspraken eenjarig en vaak moet er eerst geïnvesteerd worden voordat de baten komen.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Landelijk uniforme formats die tot stand komen met bijv. ZN en Actiz.

Langere termijn is voorwaarde. De NZa heeft eerder een faciliterende rol rond best practices gevoerd. Dat zou hier ook weer kunnen zodat men van elkaar kan leren.

Zie ook antwoord op vorige vraag.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?



Zoals het voorstel er nu uit ziet kunnen we deze vraag niet beantwoorden. Specifieke clientgroepen moeten beter uitgewerkt worden zeer smart omschreven worden zodat er bekend is wanneer en hoe je aanspraak kunt maken op deze mogelijkheid. Het lost het probleem voor nu niet op daar er nog steeds gewerkt wordt met een budgettair kader zorg en een verdeelmodel.

## **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Zoals het nu omschreven staat nog niet. Toelichting zie vorige vragen.

## **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Als stap 1 genomen wordt (debat voeren over geheel, vanuit daar beleid gezondheidszorg formuleren, daarna beleid rond preventie voor gemeente, zorgverzekeraars en zorgkantoren afzonderlijk en voor de grensgebieden overstijgend) wel. Stap 2 financiers en verantwoordelijkheden aanwijzen daar waar de gezondheidswinst valt. Ook lange termijn afspraken hieromtrent mogelijk maken.

Internetconsultatie  
Reactie vanuit de gemeente Rotterdam

Wijziging van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Wet marktordening gezondheidszorg in verband met uitbreiding van de uitvoering van de Wlz door zorgkantoren en de regeling van het Wlz-sluittarief voor zorgaanbieders.

### Kerndoelstellingen wetsvoorstel

In de gemeente Rotterdam is met belangstelling kennisgenomen van bovengenoemd wetsvoorstel.

Wij onderschrijven van harte de intentie, om:

- Zorgkantoren de mogelijkheid te bieden om mede te investeren in preventieve maatregelen in een ander domein, zoals de Wmo 2015;
  - Afzonderlijke bekostiging te regelen binnen de Wlz die niet cliëntvolgend is, maar om randvoorwaardelijke onderdelen voor samenwerking ook vanuit de Wlz te financieren
- Immers, geen enkele partij kan de opgave die er ligt om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden alleen aan. We hebben elkaar nodig en deze wet stimuleert het aangaan van samenwerkingsverbanden waarin over de breedte van het hele zorgstelsel steviger op preventie kan worden ingezet.

Wij denken dat hiermee initiatieven tot samenwerking tussen gemeenten, Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars weer een stap eenvoudiger worden gemaakt. De doelstelling van de Wmo 2015 om burgers zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te laten wonen, wordt hiermee weer een stap vooruitgeholpen.

Ondertussen suggereert de titel van het wetsvoorstel een brede samenwerkingsimpuls. Dat is deze wet naar onze mening niet. We missen een gedegen reflectie op het samenspel tussen de zorgwetten en effecten van de voorgestelde wet op de andere zorgdomeinen.

### Daadwerkelijke wet domeinoverstijgend samenwerken Zvw, Wmo & Wlz

Het wetsvoorstel heeft bijvoorbeeld geen betrekking op de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wij vinden dit een gemiste kans.

Het beeld dat op pagina 4 van de Memorie van toelichting (MvT) wordt geschetst herkennen wij niet. Samenwerking op het gebied van preventie is ook met de zorgverzekeraar zeer beperkt mogelijk. Zorgverzekeraars Nederland pleiten al langere tijd voor ruimte voor experimenten in de Zvw, zodat er met medefinanciering van de zorgverzekeraar innovatieve werkwijzen, gericht op preventie, kunnen worden ontwikkeld.

Er zit weliswaar enige beleidsruimte in de Zvw, maar veel is nog alleen cliëntgebonden declarabel. De stelling dat in de Zvw wel ruimte is om preventieve maatregelen te financieren, wordt in de MvT terecht ontkracht omdat wordt aangegeven dat deze investeringen niet gerekend kunnen worden tot de schadelast Zvw. Zorgverzekeraars ontvangen hiervoor dus geen compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. Dat betekent dat de juiste prikkel ontbreekt voor Zorgverzekeraars om samenwerking, gericht op preventie, aan te gaan. In de G4 zijn er genoeg voorbeelden te vinden, waaruit blijkt dat effectieve projecten en interventies daardoor niet structureel gefinancierd en/of opgeschaald kunnen worden.

### Ontbreken van prikkel voor Wlz-aanbieders om het anders te doen

We zien in de MvT dat er expliciet geen verplichting is voor Wlz aanbieders om mee te werken aan de bekostiging van preventie of het treffen van randvoorwaarden om passende zorg te leveren aan mensen met een Wlz-indicatie. Het is een mogelijkheid die wordt gecreëerd, maar geen verplichting. De vraag is ten eerste of hiermee de bedoeling van de domeinoverstijgende samenwerking ook echt wordt gerealiseerd. Kunnen is iets anders dan

daadwerkelijk doen. Er ontbreekt in de wet een prikkel om de gewenste omslag te maken en meer in te zetten op preventie.

Bovendien mogen zorgkantoren financiering maar voor 1 jaar toezeggen (*pagina 14 van de Memorie van Toelichting: "Daarom wordt de ruimte voor preventieve maatregelen in een jaar begrensd door het budget dat de minister van VWS hiervoor beschikbaar stelt"*.)

De onzekerheid over verlenging van de financiering kan ervoor zorgen dat partijen de inzet op preventie niet aandurven.

#### Meetbaarheid & organiseren van regelarme wet

Er wordt expliciet gemaakt dat een belangrijke voorwaarde voor het bekostigen van preventieve maatregelen met Wlz-premiemiddelen is, dat die aantoonbaar leiden tot lagere uitgaven binnen de Wlz. De inzet op preventie moet voor de Wlz dus baten.

Dit vraagt om doorrekeningen en kennis over effecten. Hoe wordt dit meetbaar gemaakt?

We zien daarnaast een risico dat de wet te veel administratieve lasten met zich mee zal brengen en vragen de wetgever om hier rekening mee te houden.

#### Middelen

Wij constateren dat u op pagina 15 van de Memorie van toelichting spreekt u van een toename in het Wlz-budget in verband met de tijd die gemoeid is met de domeinoverstijgende samenwerking. Diezelfde tijd zijn ook gemeenten kwijt. Wij lezen niets over een toevoeging van een budget aan de gemeentelijke middelen.

Daarnaast is er sprake van communicerende vaten: daalt het beroep op de Wlz, omdat mensen langer thuis kunnen blijven, dan zal dit een toename betekenen van de behoefte aan Wmo-ondersteuning. Intensieve ondersteuning ook, omdat het veelal een zware doelgroep zal betreffen. Inhoudelijk vinden wij preventie of uitstel van beroep op de Wlz een goede zaak, ook als dit leidt tot meerkosten in de Wmo 2015, want per saldo zal er een besparing optreden in mensen en middelen. Maar medewerking van gemeenten kan niet verwacht worden als het rijk de bruto-besparing in de Wlz zelf houdt en de gemeenten voor het stijgende beroep op de Wmo laat betalen. Zonder reparatie van dit hiaat zal de wet niet het beoogde effect sorteren. De huidige middelen zijn daarvoor ontoereikend.

Anders dan in de Wlz, is er binnen de Wmo 2015 ook geen sprake van een wettelijk bepaald budgetplafond en is het, zoals ook demissionair minister de Jonge expliciet liet weten, voor gemeenten niet toegestaan om wachtlijsten aan te houden binnen de Wmo 2015.

Ook zijn er geen wettelijke grenzen aan hoe intensief de Wmo-ondersteuning maximaal hoeft te zijn. Dit kan derhalve leiden tot nog grotere knelpunten in de gemeentelijke budgetten.

#### Gegevensuitwisseling beperkend in samenwerking

Wij constateren verder dat niet alleen de financiële aspecten en het ontbreken van een verplichting en een prikkel een rol kunnen spelen in deze samenwerking tussen Wlz-aanbieders en zorg vanuit de Zvw, maar ook de mogelijkheden binnen deze wetten om concreet tot uitwisseling van persoonsgegevens over te gaan. Zo kent de Wmo 2015 nog vaak het toestemmingsvereiste bij uitwisseling van persoonsgegevens tussen de domeinen.

Dit is naar het oordeel van de Autoriteit persoonsgegevens een kwetsbare basis tot gegevensuitwisseling, gelet op de mogelijke afhankelijkheidsrelatie die een cliënt kan ervaren. Wij verzoeken u dan ook met klem om ook deze belemmering in de samenwerking binnen de diverse domeinen op te heffen.

#### Knelpunt aanwijzen arrangeur

In de Memorie van toelichting op pagina 6 wordt een casus waarin de indicatiestelling wordt gemandateerd aan een arrangeur. Wij vragen ons af of artikel 2.6.3 van de Wmo 2015 voldoende basis biedt om het vaststellen van rechten en plichten in het kader van de Wmo

2015 bijvoorbeeld te mandateren aan een arrangeur die geen Wmo-aanbieder is. Immers, er staat in dit artikel dat mandaat alleen mogelijk is aan een aanbieder, die volgens de definitie in de Wmo 2015 een aanbieder van een maatwerkvoorziening is. Dat betekent dat als gemeenten bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige willen aanwijzen als arrangeur, dit niet kan. Deze kan alleen een advies uitbrengen (onder voorwaarde dat de belemmeringen qua gegevensuitwisseling voldoende zijn verholpen). Een arrangeur zal dus op grond van de huidige Wmo 2015 altijd iemand moeten zijn die in dienst is van de gemeente of van een Wmo-aanbieder. Wij dringen er daarom op aan om de verschillende wetten en wetswijzigingen goed op elkaar aan te laten sluiten, en hierin eenduidig te zijn. Dit is een randvoorwaarde tot adequate samenwerking en het bereiken van het doel van dit wetsvoorstel.

### Cliëntondersteuning

Hoewel de hierboven geschetste doelstellingen de kern van het wetsvoorstel vormen, behelst het wetsvoorstel ook een aanvulling van artikel 4.2.1. Met deze aanvulling wordt geregeld dat:

- het zorgkantoor pas verantwoordelijk wordt voor onafhankelijke cliëntondersteuning aan de cliënt vanaf het moment dat de CIZ-indicatie een indicatiebesluit heeft vastgesteld;
- het zorgkantoor verantwoordelijk wordt voor onafhankelijke cliëntondersteuning op wie de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten (Wet zorg en dwang) van toepassing is of voor diens vertegenwoordiger.

Wij vragen ons hierbij een aantal dingen af:

- hoe past dit in de zogenaamde koplopersprojecten rond onafhankelijke cliëntondersteuning, waarin juist op het gebied van de cliëntondersteuning meer moet worden samengewerkt? Wij denken dat het niet in het belang is van de cliënt om dit zo gescheiden te houden.
- waarom wordt in het kader van de Wlz de onafhankelijke cliëntondersteuning niet ook beschikbaar gesteld aan eventuele vertegenwoordigers van de cliënt, zoals met de Wet zorg en dwang?

Wij constateren dat met deze wetswijziging de cliëntondersteuning in het kader van de Wet zorg en dwang op deze manier ongemerkt ook binnen de reikwijdte van de cliëntondersteuning in het kader van de Wmo 2015 wordt gebracht. Dit betekent een taak, waar veel gemeenten waarschijnlijk niet op ingespeeld hebben in hun relaties met organisaties die deze onafhankelijke cliëntondersteuning bieden. Daarnaast brengt dit opnieuw extra kosten met zich mee voor gemeenten, waar geen extra middelen vanuit het Rijk tegenover staat.

Hetzelfde constateerden wij al eerder met de financiering van de crisiszorg vanuit de Wet zorg en dwang, waar geen Wlz-indicatie op volgt: de kosten van deze crisiszorg worden niet door het Zorgkantoor vergoed, maar worden op het bordje van gemeenten gelegd.

Rotterdam maakt zich ernstig zorgen over de wijze waarop ongemerkt een taakverzwaring plaatsvindt voor gemeenten, terwijl daar geen adequaat budget tegenover wordt gesteld. En dat in een situatie waarin de Wmo 2015 financieel al zwaar onder druk staat.

Samenwerkingsbehoefte gaat breder

Feitelijk bestaan er ook voor de samenwerking op andere domeinen en binnen andere wetgeving gelijksoortige knelpunten om vanuit de Wmo2015 te komen tot het bereiken van de doelstellingen van dit wetsvoorstel: meer inzet op preventie, voorkomen van escalatie van

problematiek en dure zorg. Gebrek aan financiële middelen, verschillende mogelijkheden tot gegevensuitwisseling, verschillende juridische structuren.

Wij pleiten ervoor om de wetgeving meer op elkaar aan te laten sluiten en in de diverse wetten prikkels op te nemen om deze samenwerking te realiseren.

Het gaat niet alleen om de Wlz, Zvw en Wmo 2015, maar bijvoorbeeld ook om de Participatiewet, Jeugdwet en Wet publieke gezondheid.

# Reactie

<b>Naam</b>	Anoniem
<b>Plaats</b>	Gennep
<b>Datum</b>	19 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Om echt tot domein-overstijgende samenwerking te komen is het niet wenselijk om een dergelijke rol bij het zorgkantoor neer te leggen. Preventie begint aan de voorkant bij de huisarts, het wijkcentra, etc.. Door met mensen uit de wijk te praten en niet over hen zal er verandering komen. Een voorbeeld hiervan is proeftuin Ruwaard, waarin de aanpak bewezen is. Door het zorgkantoor financiële ruimte te geven om mede zorg te dragen voor preventie, zorgt dit nog niet voor de verandering. Dit zorgt voor hogere kosten vanwege de versnippering en domeinen worden versterkt. Wat nodig is, is een systeemwijziging en niet het voortborduren op het huidige systeem. Dit vraagt om een regionale aanpak van alle partijen in de regio. Een voorbeeld hiervan is Mooi Maasvallei, niet voor niets heeft de NZA hier interesse in getoond.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte

besparingen aan Wlz-zorg; en waarin

c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

De voorwaarden dienen vanuit de basis te ontstaan om te voorkomen dat we aan het werk worden gehouden met zaken die vanuit beleid zijn bedacht maar niet de toegevoegde waarde hebben in de praktijk. Preventief werken brengt met zich mee dat dit invloed heeft op meerdere vlakken breder dan de zorg. Suggestie is om hier de term maatschappelijke business case te gebruiken waarbij naast resultaten en effecten voor burgers (tools positieve gezondheid) ook resultaten en effecten op niveau van het dorp, de buurt, de wijk en regio inzichtelijk worden gemaakt. Het advies om is als voorwaarde dat de preventieve maatregelen integraal opgenomen worden in regionale of lokale gezondheidsagenda's. Op deze manier kan de wet handen en voeten krijgen op niveau van burgers en partijen in de wijk of het dorp.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Van belang is om de monitor vorm te geven als instrument dat bijdraagt aan actieonderzoek gekoppeld aan lokale / regionale samenwerkingsverbanden. Denk daarbij aan proeftuin Ruwaard in Oss en Blikveld 360 in land van Cuijk, en transformatie initiatieven in de gemeente Boxmeer in samenwerking met netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei. De monitor dient aan te sluiten op activiteiten van alle betrokken mensen; allereerst inwoners met een ondersteuningsvraag, hun netwerk, burgerinitiatieven die bijdragen aan vitale gemeenschappen, voorliggend veld, huisarts en gespecialiseerde instellingen welzijn en zorg. De monitor onderzoekt welke mensen en partijen op welke manier en met welke middelen investeren en welke mensen en partijen op welke manier en met behulp van welke middelen incasseren. Vervolgens dient duidelijk te worden op welke manier investeringen en incasseringen bijdragen tot verevening met een duurzaam karakter.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Het is goed om maatwerk op basis van vraagpatronen van inwoners (op basis van gedachtengoed positieve gezondheid) invulling te geven. De inhoudelijke verantwoording kan onderdeel uitmaken van

rendementsanalyse.

Echter waar je naar zou moeten kijken is een levensreis volgende systematiek en niet een financieel gedreven systematiek. De wijze waarop dit wordt ingestoken houdt de domeinen in stand en zorgt niet voor de wenselijke domein-overstijgende samenwerking.

Als advies willen wij nog meegeven om het CIZ te verrijken met de kennis van het CCE (centrum voor consultatie en expertise)

## **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

Zoals in voorgaande vraag aangegeven zijn wij niet overtuigd dat dit de oplossing is tot een daadwerkelijk domein-overstijgende samenwerking.

Leer van de voorbeelden Ruwaard en Mooi Maasvallei. Kenmerkend is dat er niet over maar met de mensen uit de wijken wordt gesproken, men zich niet alleen richt op zorg en waarbij huidige de financieringssystematiek wordt los gelaten. De bewoner en de professional is aan zet en niet de financierder!

## **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Zoals in voorgaande vraag aangegeven zijn wij niet overtuigd dat dit de oplossing is tot een daadwerkelijk domein-overstijgende samenwerking. Het zorgt er eerder voor dat we aan het werk worden gehouden door allerlei zaken die achter het bureau/ vanuit beleid bedacht zijn. Zorg ervoor dat de professional ook hierbij in de lead is en blijft.



## **Inbreng MEE ten behoeve van internetconsultatie domeinoverstijgende samenwerking**

In het ter consultatie voorgelegde wetsvoorstel en Memorie van Toelichting (MvT) staat domeinoverstijgende samenwerking centraal.

De voorliggende wetswijziging voorziet in een mogelijkheid dat ook zorgkantoren kunnen bijdragen aan gezamenlijke, preventieve maatregelen, die ervoor zorgen dat zwaardere zorg kan worden uitgesteld of voorkomen. Deze mogelijkheid biedt meer kansen om in de praktijk tot samenwerking te komen tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren. Met de wettekst en MvT:

- wordt domeinoverstijgende samenwerking tussen de inkopende partijen vanuit de verschillende langdurige zorgwetten gestimuleerd, doordat er voor zorgkantoren financiële ruimte komt om afspraken over de zorgdomeinen heen te maken.
- Daarnaast maakt het wetsvoorstel mogelijk dat zorgaanbieders een extra vergoeding voor maatwerkoplossingen kunnen afspreken.

We staan positief tegenover het voorgestelde wetsvoorstel. Dit is een stap in de goede richting. Tegelijkertijd betreuren we de beperkte reikwijdte van het wetsvoorstel.

Voor een zo goed mogelijke invoering van domeinoverstijgende samenwerking, geven we de volgende vier aandachtspunten mee:

### **1. Rol onafhankelijke cliëntondersteuning**

De onafhankelijke positie van cliëntondersteuning is verankerd in de wet en handelt in het belang van en staat naast de cliënt. Om onze cliënten goed te kunnen helpen, is het daarom belangrijk om iemand domeinoverstijgend te kunnen ondersteunen, vanuit het perspectief van de cliënt en los van de belangen van zorgaanbieders en financiers. Benoem de rol van de onafhankelijke cliëntondersteuning expliciet in de MvT en betrek OCO-partijen bij de implementatie van het wetsvoorstel.

### **2. Doelgroepen**

We hebben de indruk dat de wetgever bij deze wijziging met name oog heeft voor de ouderenzorg. Dit is begrijpelijk, omdat in de V&V-sector veel budget omgaat en er met de vergrijzing sprake is van steeds toenemende zorgkosten. Tegelijkertijd willen we benadrukken dat het wetsvoorstel van toepassing is op alle doelgroepen.

### **3. Criteria en werkproces**

Domeinoverstijgende samenwerking suggereert ons inziens meer dan zorgkantoren die kunnen gaan investeren in preventie vanuit de Wlz. Ook gemeenten zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om te investeren in preventie, zelfregie en meer integrale zorg en ondersteuning voor onze cliënten.

### **4. Financieel kader**

Onafhankelijke cliëntondersteuning heeft een spilfunctie binnen domeinoverstijgende samenwerking en preventie. Het belang van cliëntondersteuning wordt door het wetsvoorstel groter. In het wetsvoorstel staat niet duidelijk wat de verschuiving van middelen precies inhoudt. Ook zijn er een aantal knelpunten die nu niet worden opgelost.

We pleiten er voor om oog te hebben voor de bedoeling: maatwerkoplossingen, zodat cliënten niet onnodig de dupe worden van de schotten. We vragen dan ook ervoor te waken om in de aanpassingen van de wettekst de nadruk te leggen op financiën en doelmatig- en rechtmatigheid.

Wij zien graag een uitwerking van deze vier aandachtspunten in het wetsvoorstel terug. Deze aandachtspunten lichten wij nader toe. Wij denken dat deze concreetheid bijdraagt aan een succesvolle invoering.

## **1. Rol onafhankelijke cliëntondersteuning**

Uit onze signaleringsrapportages over cliëntondersteuning weten we dat de huidige wetgeving een grote belemmering vormt, waardoor domeinoverstijgende samenwerking voor onze cliënten in de praktijk verhinderd wordt. Een vraag naar hulp of ondersteuning houdt zich niet netjes aan de schotten tussen wetten of uitvoerders. Domeinoverstijgende samenwerking is dan ook onlosmakelijk verbonden met onafhankelijke cliëntondersteuning. Onafhankelijke cliëntondersteuners hebben kennis van de verschillende domeinen en wetten en weten uit de praktijk waar cliënten op vastlopen. Zij hebben kennis over de toegang tot voorzieningen en ketensamenwerking en zijn onafhankelijk.

De onafhankelijke cliëntondersteuning wordt in het MVT in verband met verschuivingen in de financiële kaders genoemd. Doordat onafhankelijke cliëntondersteuners te maken hebben met alle zorgdomeinen, is er goed zicht op de knelpunten die er zijn en weten ze ook, vanwege hun regionale inzet, goed wat er in een regio speelt. Hierdoor is het van groot belang om OCO-partijen te betrekken bij het ontplooiën van gezamenlijke initiatieven van gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren.

Voor cliënten zelf, hun naasten en netwerk is de regelgeving en wat er mogelijk is ten aanzien van zorg, ondersteuning en voorzieningen vanuit de verschillende domeinen, complex. Zelf de weg hierin vinden is niet eenvoudig en zorgt in situaties regelmatig voor het 'kastje naar de muur' effect. Dit levert niet zelden duurdere zorg op. Een onafhankelijk cliëntondersteuner is deskundig op alle zorgdomeinen, inclusief de Wlz. In de praktijk zien we dat niet elke gemeente een OCO heeft ingekocht, die óók deskundig is op het gebied van de Wlz. Sommige gemeenten hebben alleen vrijwilligers die OCO bieden, of een aanpalende welzijnsorganisatie die OCO biedt. Voor eenvoudige vragen kan dit voldoende zijn. Echter, de OCO die bekend is met de Wlz en domeinoverstijgend mee kan denken, kan hierdoor niet betrokken worden bij de complexe casuïstiek waar we hierover praten.

*Advies: Neem de rol, taak en financiering van de OCO, die domeinoverstijgend werkt, mee in dit wetsvoorstel, opdat het mogelijk is direct een deskundige OCO te betrekken.*

We constateren ook dat zorgdomeinen niet altijd goed van elkaar weten waar de mogelijkheden en onmogelijkheden liggen. Onafhankelijke cliëntondersteuners zijn hier goed van op de hoogte, kunnen partijen bij elkaar brengen en meer out of the box, vanuit mogelijkheden, naar de situatie kijken. Ook heeft OCO bij complexe casuïstiek goed in beeld, of kunnen ze goed in beeld brengen, wat er nodig is voor een specifieke cliënt of cliëntgroep. Bovendien is de OCO onafhankelijk en los van financieringsstromen en invloed hierop.

*Advies: Geef de OCO, die ook deskundig is op het gebied van Wlz en vanuit de Wlz gefinancierd wordt, de rol om in dergelijke situaties 'vinger aan de pols' te kunnen houden. Ook als er nog geen Wlz-indicatie is. Dit 'vinger-aan-de-pols-contact' kan voor zowel de cliënt als de naasten een grote steun én noodzaak zijn, zoals ook uit de diverse pilots blijkt. Hierdoor kan onder andere tijdig worden gesignaleerd of er andere zorg nodig is (bijvoorbeeld op- of afschaling van zorg) waardoor situaties minder snel uit de hand lopen, wat vaak weer duurdere zorg vraagt. Dit als onderdeel van de preventieve maatregelen.*

## **2. Doelgroepen**

De voorbeelden die gegeven zijn worden op pagina 6, zijn (ondanks dat aangegeven wordt dat deze voorbeelden niet limitatief zijn) vanuit MEE niet goed herkenbaar als het gaat om de ervaren problematiek waar we vaak tegenaan lopen. We denken hierbij aan logeeropvang, LVB en dementie,

LVB en gedragsproblematiek en nog thuiswonende (L)VB met overbelaste mantelzorgers, die niet te plaatsen zijn vanwege diverse redenen. De voorbeelden sluiten ons inziens ook niet goed aan bij de projecten die eerder genoemd worden in de MvT, zoals 'volwaardig leven'.

We merken vanuit MEE dat dit grijze gebied, waarbij mensen tussen de zorgdomeinen in vallen, toegepast kan worden op alle doelgroepen. We benadrukken hierbij de (L)VB-doelgroep en de GGZ-doelgroep (die ten tijde van het nemen van het initiatief van deze wettekst nog niet tot de Wlz-doelgroep behoorden) en de combinatie van GGZ en (L)VB-problematiek.

*Advies: We adviseren daarom ook voorbeelden toe te voegen die over de (L)VB en GGZ-doelgroep gaan. Indien gewenst kunnen we die aanleveren. Daarnaast vragen we aandacht voor de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond en complexe situaties. Dit vraagt veelal ook specifieke kennis en kunde en bijvoorbeeld het inschakelen van een tolk.*

Ook puzzelen de voorbeelden die genoemd worden op pagina 6 van het MvT ons. Sommige voorbeelden doen ons meer denken aan de specifieke taken van een wijkteammedewerker, zoals het betrekken van het netwerk, vrijwilligers, voorliggend veld, collectief voorliggende voorzieningen, etc. We maken ons zorgen, omdat het geschetste beeld van de problematiek onvolledig en onnodig is en voor verwarring kan zorgen.

*Advies: voorbeelden die duidelijk maken wat de taak vanuit de Wmo (gemeenten) en/of Zvw is en welke ondersteuning of zorg dan ontbreekt vanuit de Wlz, waardoor iets niet van de grond komt voor die specifieke cliënt. Indien gewenst kunnen we een voorbeeld leveren.*

We zien steeds vaker dat gemeenten hun cliëntenbestand screenen op 'hoeveelheid budget dat ingezet wordt per inwoner'. Vanuit die screening worden burgers gesommeerd een Wlz-aanvraag te doen, in veel situaties met flinke druk, zoals 'anders verloopt uw Wmo-indicatie'. Hierin ligt de nadruk meer op 'voorliggendheid van de Wlz', dan kijken naar wat deze cliënt en naasten/mantelzorg, nodig heeft aan passende zorg om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, indien dit veilig en verantwoord is.

*Advies: neem gemeenten en zorgverzekeraars goed mee in de communicatie over dit wetsvoorstel om 'over de schutting gooien' te beteugelen en te voorkomen.*

In de MvT van de Wlz (pag. 16 en 59) wordt aangegeven dat het mogelijk moet zijn om met zorg vanuit Wmo en Zvw thuis te blijven wonen, ondanks het mogelijke recht op Wlz-zorg. In deze situaties is er, ondanks een zware zorgbehoefte, een beperkte ondersteuningsvraag en wordt er veel mantelzorg geboden. Als deze wens er is, zou er vanuit het CIZ aangestuurd moeten worden op een gesprek met de cliënt, gemeente, zorgverzekeraar en het CIZ, om te onderzoeken wat de meest passende zorg in die specifieke situatie is. In de praktijk blijkt dat dit weinig gebeurt. Door gemeenten en Zvw wordt ervaren dat zij 'opdraaien' voor de kosten, maar niet iets terugzien voor de besparing die dit oplevert, omdat een Wlz-indicatie is uitgesteld/voorkomen. Door dit wetsvoorstel kan ook het zorgkantoor betrokken worden bij deze situaties en in de financiering van projecten, om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Zo dragen alle zorgdomeinen bij.

*Vraag: We zijn benieuwd welke concrete voorbeelden in die situaties bedacht kunnen worden, waardoor deze problematiek/knelpunt opgelost kan worden. Tegelijkertijd vragen we af of dit wetsvoorstel daadwerkelijk in de volle breedte nieuwe en passende initiatieven oplevert.*

### 3. Criteria en werkproces

In de MvT wordt aangegeven dat de minister van VWS aan zal geven om welke doelgroepen het specifiek gaat en om welke omstandigheden. Vanuit MEE willen we aangeven dat een dergelijke omschrijving limitatief kan werken.

*Advies: omschrijf de doelgroepen en omstandigheden niet te gedetailleerd en houd mogelijkheden voor andere doelgroepen open en/of voeg een 'hardheidsclausule' toe.*

In de MvT wordt aangegeven dat een dergelijke uitzondering alleen op aanwijzing van de minister gedaan kan worden. Vanuit MEE vragen we ons af of het zinvol is dit via een bestuurlijke maatregel van het ministerie te organiseren, omdat dit het proces kan vertragen.

*Vraag/advies : Kan de regie ook naar de zorgkantoren?*

Ook lijkt het proces bureaucratisch dichtgetimmerd. Soms is de positieve businesscase niet (of niet op korte termijn) te maken, terwijl de noodzaak en urgentie wel aanwezig is.

*Advies: meer professionele ruimte voor afwegingen. Een werkproces maken vanuit de praktijk. Het is duidelijk dat het niet laagdrempelig moet, maar graag wel dat we het regelarm in kunnen zetten, want anders stagneert het de mogelijkheden en zal de wijziging niet of wellicht onvoldoende tot z'n recht komen.*

In de MvT wordt gesproken over een berekening van de kosten en dat de domeinoverstijgende inzet niet duurder mag zijn dan de kosten geweest zouden zijn voor de Wlz. We zien hierin een risico dat er teveel naar de financiën (over deze cliënt) gekeken wordt.

*Advies: neem ook de kosten mee die gemeoid zijn met de naasten. Als voorbeeld: de extra kosten voor de naasten, doordat zij de zware mantelzorg leveren. Doordat de domeinoverstijgende budgetten worden ingezet, is er ook een kostendaling bij de naasten (die soms alleen van invloed is op een ander domein, zoals ZvW, door vermindering van medische zorgconsumptie, of Wmo-budget door vermindering van ondersteuning thuis).*

*Daarnaast adviseren we ook de menselijke maat toe te passen en te kijken naar kwaliteit van leven en niet alleen naar de systematiek die toegepast wordt. Geef hierin ook de professionals de ruimte. Kortom, het moet geen financieel gedreven exercitie worden, maar voortkomen vanuit een gezamenlijke ambitie met alle betrokkenen, waarin de bedoeling van de wetgeving belangrijk is.*

Bij MEE zien we dagelijks de noodzaak in de praktijk voor dit wetsvoorstel. We hebben nog een aantal vragen over de uitvoering en verbindingen met andere werkwijzen:

1. *We vragen ons af, wie coördineert dergelijke situaties op casusniveau bij complexe problematiek? Omdat de problematiek wordt opgepakt en partijen gezamenlijk om tafel gaan om te kijken naar oplossingen. Een vorm van casusregie die we niet in het document terugzien: '1 cliënt, 1 domeinoverstijgend plan, 1 regisseur'.*
2. *Hoe is de doorzettingsmacht georganiseerd? Wat als partijen alsnog vastlopen of (teveel) naar systemen en wetgeving kijken en te weinig naar de menselijke maat? Wie beslist er dan?*
3. *Vanaf welk moment gaat het zorgkantoor meebetalen?*
4. *Wat is de verbinding met de huidige crisismanagers vanuit de zorgkantoren, die nu veelal ingezet worden voor het vinden van een crisisplek? Gaat deze crisismanager ook zijn rol pakken als er nog geen sprake is van een Wlz-besluit? En hoort dit onder de bekostiging van het zorgkantoor?*

5. *Wat is de verbinding met de huidige regionale taskforce?*

#### **4. Financieel kader**

In de MvT wordt aangegeven dat er een budgettaire schuif plaatsvindt van onderdelen, die nu onder de beheerskosten vallen, maar niet zijn bedoeld voor eigen beheer, naar de overige uitvoeringskosten. Het gaat hierbij om de middelen die ingezet worden voor onder andere de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) en de cliëntvertrouwenspersoon (CVP) bij gedwongen zorg.

*Vraag/advies: We maken ons zorgen over wat hier nu precies staat. Dit wetsvoorstel mag geen verkapte bezuiniging zijn die ten koste gaat van inzet van OCO. Het belang van OCO neemt juist toe als OCO ook preventief mag worden ingezet en zal leiden tot een toename van gebruik. Hierom zouden juist extra middelen voor moeten worden vrijgemaakt voor OCO, ook om geen lange wachtlijsten te creëren.*

Het zorgkantoor krijgt met dit wetsvoorstel ook financiële middelen om in het kader van preventie een bijdrage te leveren.

*Vraag: In welke situaties gaan zorgkantoren meebetalen? En geldt dit ook voor zorgaanbieders, waarmee het zorgkantoor geen contract heeft? Of als er sprake is van een PGB?*

Verder hopen we dat deze wetswijzing de mogelijkheid biedt om minder afhankelijk te zijn van de financiële kaders en grenzen van de verschillende domeinen. Ook hopen wij dat er in gezamenlijkheid gekeken kan worden wat passend is aan zorg of voorzieningen, zodat een cliënt(groep) zo lang mogelijk thuis kan wonen als dat veilig en verantwoord is. Een voorbeeld is de aanschaf van een rolstoelbus voor een gezin met een meervoudig gehandicapt kind. Hierdoor zou een kind bijvoorbeeld langer thuis kunnen blijven wonen. Echter, een rolstoelbus wordt niet gefinancierd door de gemeente of vanuit de Wlz. Deze initiatieven zouden mogelijk vanuit deze bekostiging gerealiseerd kunnen worden.

*Advies: Neem ook dergelijke, redelijk eenvoudige knelpunten mee in dit wetsvoorstel.*

#### **Tot slot**

We willen tot slot, nogmaals, benadrukken dat we dit wetsvoorstel van harte steunen. Hiermee wordt een start gemaakt naar meer domeinoverstijgende samenwerking, waardoor de cliënt steeds meer centraal komt te staan en behoeften en vragen steeds beter levensbreed kunnen worden opgepakt.

We kijken uit naar de uitwerkingen van dit voorstel. We denken graag mee in het vervolgtraject om zo bij te dragen aan het verbeteren van de toegang tot passende zorg en ondersteuning aan mensen die dat nodig hebben.

Sander Olsthoorn, Programmamanager Clientondersteuning MEE NL

Kristy Spruijt, Projectcoördinator MEE NL

Yvon van Houdt, Directeur MEE NL

# Reactie

<b>Naam</b>	Stichting Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
<b>Plaats</b>	Utrecht
<b>Datum</b>	19 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

De voorgestelde wetswijziging zien we als zeer bemoedigend. Pharos zet zich in om de gezondheidsverschillen in Nederland te verkleinen. Daarom ondersteunen we maatregelen die de kansen op een goede gezondheid van mensen met een laag inkomen en minder jaren opleiding vergroten. De doelmatigheid van de preventieve maatregelen die met een wetswijziging mogelijk worden, zal vergroot worden als (1) onderzocht wordt welke mensen het vaakst duurdere en zwaardere zorg nodig hebben en (2) de preventieve maatregelen en domein overstijgende samenwerking ingezet worden om de situatie voor deze mensen te verbeteren. Mensen met een laag inkomen en minder jaren opleiding leven vaker in een ongezondere omgeving en hebben vaker beperkte gezondheidsvaardigheden. Het gaat om ruim 36% van de Nederlanders. Er is een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid.

Ouderen, waaronder een groeiende groep niet-westerse migranten, zijn sterker vertegenwoordigd in de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Astma en COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker voor. Zo ook risicofactoren voor dementie. (Zie ook de notitie 'Preventie van dementie bij mensen met een lage sociaal- economische status (ses) en in het bijzonder migranten met een lage ses' in de bijlage.)

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;

b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin

c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

We onderschrijven de intentie van de gestelde voorwaarden, maar pleiten voor aanscherping, om het onbedoeld vergroten van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen te voorkomen (zie ook de publicatie

‘Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken, de negen principes voor een succesvolle strategie’,

<https://www.pharos.nl/kennisbank/gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken-de-negen-principes-voor-een-succesvolle-strategie/> ):

- Zo is een gedifferentieerde aanpak naar doelgroep effectiever dan een universele aanpak. Bij een universele aanpak bestaat de kans dat juist de mensen die het 't minst nodig hebben er van profiteren. We stellen daarom voor om als voorwaarde op te nemen dat persoonsgericht en netwerkgericht gewerkt wordt: ‘a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel en voor welke doelgroep deze wordt ingezet en hoe daarvoor gedifferentieerd wordt;’.

- Ook zijn lokale aanpakken effectiever voor mensen met een lage sociaal economische status en in het bijzonder migranten met een lage sociaal economische status. We stellen daarom voor om als voorwaarde op te nemen dat er wordt samengewerkt met een gemeente: ‘Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten en met zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.’

We adviseren om het dus niet mogelijk te maken dat zorgkantoor en zorgverzekeraar gezamenlijk de preventieve maatregelen ontwikkelen en uitvoeren, maar altijd met één of meerdere gemeenten.

- We adviseren dat de baten niet alleen in kosten worden uitgedrukt maar ook in toegevoegde waarden aan de kwaliteit van leven.

- We adviseren dat ook in de monitoring en evaluatie onderscheid gemaakt wordt naar de uitkomsten van de preventieve maatregel om zo inzicht te krijgen bij wie de effecten neerslaan en bij wie niet. Hiermee wordt voorkomen dat gezondheidsverschillen zullen toenemen. Het betreft zowel de uitkomsten in kosten als de uitkomsten in kwaliteit van leven.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Monitoring vraagt om scherp gedefinieerde outcomes, die op verschillende niveau's (omgeving, individu, netwerk, wijk, etc.) worden gemeten. Pharos pleit er voor om de outcomes inhoudelijk samen met de mensen om wie het gaat op te stellen. Zo mogelijk worden ze betrokken bij de metingen en verwerking ervan (citizen science). Bij voorkeur sluiten de metingen aan bij de bestaande (gemeentelijke of regionale) monitors. Voor duurzaamheid en draagvlak is het goed om een landelijk kennisinstituut te laten samenwerken met regionale kennispartners. We verwijzen hierbij naar het principe van Epistemic Injustice, dat ons leert om verschillende kennisbronnen, waaronder die van de mensen om wie het gaat, te gebruiken voor de monitoring en evaluatie van de effecten.

Bij een dergelijke monitoring, is het belangrijk dat wordt meegenomen of er in de domein-overstijgende samenwerking is ingezet op het verbeteren van de situatie voor de mensen die het meest risico lopen om duurdere en zwaardere zorg nodig te hebben en of de aanpak bij deze groepen aansluit. Het bereiken van juist deze groepen vormt een belangrijke outcome. In het voorbeeld van dementie (zie de notitie 'Preventie van dementie bij mensen met een lage sociaal economische status' in de bijlage) zien we dat mensen met lage inkomens vaker dementie hebben en dat mensen met een migratieachtergrond een grotere kans hebben op dementie. Criteria die dan belangrijk zijn, zijn of er in de preventieve maatregel rekening is gehouden met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid en met migratieachtergrond. (Zie ook de whitepaper 'Inclusief opdrachtgeverschap gemeenten', <https://www.gezondin.nu/wp-content/uploads/2020/12/White-paper-Inclusief-Opdrachtgeverschap-Gemeenten-1.pdf>).

## **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Pharos steunt deze wijziging. Deze mogelijkheid biedt kansen voor passender en beter toegankelijk aanbod voor specifieke personen, zoals oudere migranten. Dergelijk aanbod vraagt namelijk om intensieve en langdurige samenwerking tussen formele organisaties en zelforganisaties en sleutelpersonen in de wijk. Met de huidige dubbele vergrijzing en oplopende personeelstekorten is al te zien dat aanbieders niet verlegen zitten om meer cliënten, waarmee investeren in meer toegankelijkheid voor



oudere migranten niet aantrekkelijk lijkt. Investerings in maaltijden op maat, in voor iedereen toegankelijke technologie, in inrichting en in vaardigheden van professionals zijn nodig om aanbod te hebben dat bij wensen en behoeften van oudere migranten aansluit. In dit kader verdient de positie van mantelzorgers als zorgverlener herwaardering. Het ontwikkelen van nieuwe samenwerkingsvormen tussen informele zorg en professionele zorg is een innovatie met veel preventief potentieel.

**Postadres**

Postbus 8258  
3503 RG Utrecht

**Bezoekadres**

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht

**T** (085) 077 20 00**E** info@actiz.nl**www.actiz.nl**

Ministerie van VWS  
T.a.v. dhr. H. de Jonge,  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Parnassusplein 5 2511 VX DEN HAAG

**Onderwerp** Wlz wetwijziging Domein-overstijgende samenwerking

**datum**

19 april 2021

**ons kenmerk**

WvS/21u.0085

**in behandeling bij**

**doorkiesnummer**

**pagina**

1/4

Geachte heer De Jonge,

Op 1 maart jl. heeft u een voorstel in consultatie gebracht voor een wetwijziging van de Wlz om domein-overstijgende samenwerking mogelijk te maken. Met dit voorstel wordt beoogd zorgkantoren meer (financiële) ruimte te geven te investeren, samen met zorgverzekeraars en gemeenten, in preventieve maatregelen. Deze maatregelen zijn gericht op het voorkomen en uitstellen van zwaardere zorg. Daarnaast wilt u met het voorstel bekostiging voor specifieke cliëntgroepen mogelijk maken, buiten de huidige bekostigingssystematiek. ActiZ maakt via deze weg graag gebruik van de mogelijkheid te reageren op het wetsvoorstel.

### **Domein-overstijgende samenwerking**

In beginsel kijkt ActiZ positief naar de gewenste ontwikkeling van domein-overstijgende samenwerking binnen de ouderenzorg. ActiZ is echter kritisch op het voorstel zoals het er nu ligt. Samenwerking over de schotten van de verschillende domeinen heen kan veel opleveren. Het is daarin belangrijk dat deze samenwerking op regionaal niveau vorm kan krijgen. De wens om zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt te organiseren deelt ActiZ. Het belang van het voorkomen en/of uitstellen van zwaardere zorg onderstreept ActiZ. In het licht van de huidige arbeidsmarkt – en capaciteitsproblematiek is het uitermate belangrijk in gezamenlijkheid na te denken over de toekomst van verpleeghuissector als onderdeel van de ouderenzorg. Het huidige voorstel om domein-overstijgende samenwerking te bewerkstelligen via een uitbreiding van de Wlz, is volgens ActiZ echter niet de wijze waarop dit gerealiseerd moet worden:

1. Met de aanpassing van de Wlz wordt de complexiteit van het stelsel opnieuw vergroot. ActiZ is van mening dat het medeverantwoordelijk maken van zorgkantoren voor preventieve maatregelen in de ouderenzorg niet bijdraagt aan de wens tot meer eenvoud en stabiliteit in het stelsel. Integendeel. De keuze om naast zorgverzekeraars en gemeenten ook zorgkantoren deze taak te geven leidt ertoe dat iedereen verantwoordelijk wordt gesteld. Het gevaar is dan dat het mechanisme "iedereen verantwoordelijk = niemand verantwoordelijk" optreedt. Het is aannemelijk dat dit tot gevolg heeft dat partijen weinig eigenaarschap voelen rondom het nemen van preventieve maatregelen.

Vanuit de Zvw en de Wmo zijn respectievelijk de zorgverzekeraar en de gemeente verantwoordelijk gesteld voor het uitvoeren van preventieve maatregelen om zwaardere zorg te voorkomen en/of uit te stellen. Op dit moment zijn voor deze partijen onvoldoende prikkels in het systeem ingebouwd om deze taken uit te voeren. ActiZ snapt niet waarom u voornemens bent om preventieve maatregelen ook bij zorgkantoren te beleggen terwijl zorgverzekeraars en gemeenten hun taken op dit gebied niet naar behoren uitvoeren.

2. Een uitbreiding van het takenpakket van zorgkantoren brengt extra administratieve lasten voor alle partijen met zich mee. De aanpassing van de Wlz leidt tot extra verantwoordelijkheden, extra verantwoording, extra monitoring en extra toezicht. In het voorstel benoemt u dat een belangrijke rol is weggelegd voor de NZa als toezichthouder van zorgkantoren. ActiZ voorziet daarmee een toename van administratieve lasten voor zorgkantoren richting de NZa. En een toename van administratieve lasten voor zorgorganisaties omdat zij met een businesscase moeten kunnen aantonen hoe zij domein-overstijgende samenwerking in de regio willen gaan vormgeven. Een onwenselijke ontwikkeling in tijden waarin de roep om administratieve lastenverlichting in de zorg niet groter kan zijn.

3. De financiële ruimte die zorgkantoren krijgen om te investeren in preventieve maatregelen gaat ten koste van de contracteerruimte die zorgkantoren hebben. De experimenten maakten inzichtelijk dat domein-overstijgende samenwerking kan leiden tot aantoonbaar lagere zorguitgaven. Het evaluatierapport van Significant toonde echter ook aan dat het effect op de macro-uitgaven onduidelijk is. Zolang dat het geval is, is het niet wenselijk dat investeringen in preventie ten koste gaan van de toch al krappe contracteerruimte en van bijvoorbeeld exploitatiemiddelen. ActiZ voorziet daarmee dat de toegang nog verder onder druk komt te staan en dat zorgorganisaties verder worden ingeperkt in het leveren van zorg tegen kostendekkende tarieven.

4. Voordat aanpassingen aan het systeem worden gedaan, moet in gezamenlijkheid een gedeelde visie op de toekomst van de ouderenzorg worden geformuleerd. Met de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' en de dialoognota 'Ouder Worden 2020-2040' heeft u in samenspraak met veldpartijen het startschot gegeven om gezamenlijk een toekomstvisie voor de ouderenzorg te formuleren. In het licht van de toenemende zorgvraag als gevolg van de dubbele vergrijzing, de capaciteitsproblematiek van de verpleeghuiszorg, het arbeidsmarktvragestuk en de dreigende onbetaalbaarheid is dit het juiste moment hiervoor. Wat ActiZ betreft is dit standpunt breed gedeeld onder alle partijen in de sector. Het komt ActiZ daarom enigszins als een verrassing dat juist nu een aanpassing van de Wlz wordt voorgesteld, terwijl het veld volop met elkaar in gesprek is over de toekomst van de ouderenzorg.

Wat ActiZ betreft is het van belang dat eerst wordt getracht deze knelpunten op te lossen voordat nieuwe aanpassingen worden voorgesteld:

- In het systeem zijn onvoldoende prikkels ingebouwd voor zorgverzekeraars en gemeenten om hun taken rondom het uitstellen en/of voorkomen van zwaardere zorg uit te voeren. Het is belangrijk in kaart te brengen hoe deze inkopende partijen kunnen worden geprikkeld zodat zij hun verantwoordelijkheid nemen in het nakomen van hun taken rondom preventie. Gedacht kan worden aan een soort Preventiefonds waar inkopende partijen middelen beschikbaar voor stellen waaruit preventie in de regio kan worden bekostigd.
- Met de uitbreiding van de taken van zorgkantoren wordt voorbijgegaan aan het oplossen van huidige knelpunten rondom het uitstellen en/of voorkomen van zwaardere zorg. Het is belangrijk oog te hebben voor bijvoorbeeld het grote tekort aan passende woonvormen in de ouderenzorg, het op orde krijgen van de zorginfrastructuur in de gemeente, aandacht te hebben voor sociale preventie naast medische preventie en zicht te hebben op een passende bekostiging van systeemfuncties in de wijkverpleging. Wat ActiZ betreft dient de focus te liggen op deze, reeds langer bestaande, problemen alvorens uitbreidingen binnen het stelsel worden voorgesteld.

### **Bekostiging specifieke cliëntgroepen**

Middels de aanpassing van de Wlz bent u voornemens, naast het mogelijk maken van domein-overstijgende samenwerking, meer ruimte in de financiering te creëren voor zorgkantoren om onder voorwaarden aanvullende financiering af te spreken voor specifieke cliëntgroepen. ActiZ volgt de lijn waarin wordt gesteld dat zorgkantoren op die manier maatwerk voor de cliënt kunnen leveren zodat passende zorg wordt geleverd. ActiZ zet enkele vraagtekens bij uw voorstel omdat het onvoldoende waarborgen geeft voor een succesvolle uitwerking:

1. Het wordt onvoldoende duidelijk welke specifieke cliëntgroepen in aanmerking kunnen komen voor aanvullende financiering buiten de reguliere bekostigingssystematiek. In het voorstel wordt gesproken over specifieke cliëntgroepen uit de gehandicaptenzorg waar maatwerkplekken voor moeten worden gecreëerd. Het wordt ons echter niet duidelijk of en op welke cliëntgroepen binnen de verpleeghuiszorg het wetsvoorstel betrekking heeft. Wij vragen daarom meer duidelijkheid hierover.

Tegelijkertijd wordt separaat een infrastructuur opgebouwd voor bekostiging van laag volume hoog complexe doelgroepen. ActiZ is benieuwd hoe deze ontwikkeling zich verhoudt tot het hier geschetste voorstel voor bekostiging specifieke cliëntgroepen. Hoe verschillen de door u geschetste specifieke cliëntgroepen van de laag volume hoog complexe doelgroepen?

2. De financiële ruimte die zorgkantoren krijgen om bekostiging voor specifieke cliëntgroepen mogelijk te maken, gaat ten koste van de contracteeruimte van zorgkantoren. In uw kamerbrief constateert u dat deze uitbreiding een aanpassing in de bekostiging betreft waardoor de middelen voor deze aanpassing binnen het bestaande financiële kader moeten worden gevonden. ActiZ pleit ervoor dat deze uitbreiding van de Wlz ten behoeve van specifieke cliëntgroepen niet ten koste mag gaan van de contracteeruimte van zorgkantoren. De verpleeghuiszorg staat al onder

grote (financiële) druk. Het is alles behalve wenselijk dat deze ruimte verder wordt ingeperkt.

3. De mogelijkheid voor zorgkantoren om aanvullende financiering af te spreken met zorgorganisaties buiten de reguliere bekostigingssystematiek om brengt extra administratieve lasten met zich mee. Het is in beginsel onwenselijk om een aanvullende financieringsstroom op te tuigen naast de bestaande systematiek. Voor zowel de NZa als voor zorgkantoren en zorgaanbieders leidt dit tot extra cycli van aanvragen en verantwoorden en dus tot extra administratieve lasten. De huidige bekostigingssystematiek biedt reeds vele mogelijkheden om maatwerk voor specifieke doelgroepen te bieden. Naast het systeem van zorgzwaartepakketten zijn verschillende toeslagen mogelijk, is er een regeling meerzorg en kunnen zorgkantoren extra inspanningen van zorgaanbieders voor specifieke doelgroepen belonen door een hoger gecontracteerd tarief af te spreken.

ActiZ onderstreept de noodzaak om in gezamenlijkheid tot een integrale visie op de toekomst van de zorg voor ouderen te komen. Bekostiging en systeemkeuzes kunnen daarbij horen als logisch gevolg maar niet als op zichzelf staande oplossing. Het aanpassen van de wet, zoals u voorstelt, is daarom niet op zijn plaats vóóordat met elkaar is besloten hoe de toekomst van de ouderenzorg eruit moet komen te zien. ActiZ stelt dan: "Samenwerken en vernieuwen vraagt over de eigen grenzen heen te kijken en vraagt flexibiliteit. Het is noodzakelijk de patiënt, cliënt, bewoner, burger als vertrekpunt te nemen. Meer vanuit de mens en minder vanuit het systeem."

Met vriendelijke groet,

de heer W.B.J. van Soest  
directeur

## Consultatiereactie Alzheimer Nederland Domein-overstijgende samenwerking

### **Vraag 1 van 6: Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?**

Alzheimer Nederland is zeer positief over de voorgestelde wetswijziging, want deze biedt de ruimte om mensen met dementie en hun mantelzorgers beter te ondersteunen. Wij pleiten al langer voor experimenten met de ontschotting van de zorg, want de strikte afbakening tussen de verschillende zorgwetten is problematisch voor mensen met complexe problematiek zoals dementie.

Alzheimer Nederland ziet en hoort vaak dat mensen met dementie niet weten waar zij voor zorg en ondersteuning terecht kunnen en dat ze soms te maken krijgen met de zogenaamde 'zorgval'. Om mensen met dementie te helpen de verschillende zorgwetten te navigeren bestaat al een belangrijk instrument, namelijk de casemanager dementie. De casemanager (de 'arrangeur') vervult een essentiële rol in het begeleiden van cliënten, over de grenzen van de zorgwetten heen. Dit soort domein-overstijgende samenwerking zou verder gestimuleerd moeten worden. De casemanager dementie werkt domein overstijgend en kan zo de steun en toeverlaat van mensen met dementie en hun naasten zijn van het begin tot het einde of tot verhuizing naar het verpleeghuis. De casemanager dementie weet hoe informele en formele zorg gecombineerd kan worden, heeft kennis van al het regionale aanbod aan ondersteuning en zorg en weet wat dementie is en hoe het ontwikkelt.

Bovendien hebben zorgkantoren op dit moment weinig prikkels om mee te investeren in maatregelen om een verpleeghuisopname uit te stellen of te voorkomen. Voor gemeenten geldt juist het tegenovergestelde. Zij zien hun investeringen terecht komen bij de baten van uitgestelde Wlz-zorg. Dit is een gevolg van de huidige inrichting van het zorgstelsel en de daarmee samenhangende verantwoordelijkheden. Wij zien het uitbreiden van de mogelijkheden tot samenwerking tussen zorgkantoor en gemeente en gezamenlijke inkoop daarom als een nuttige maatregel. Dit biedt ruimte voor de verdere ontplooiing van zeer belangrijke initiatieven zoals het ondersteunen van mantelzorgers en het opzetten van ontmoetingscentra en activiteiten voor mensen met dementie.

### **Vraag 2 van 6: Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?**

**Deze voorwaarden omvatten:**

- **Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.**
- **Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:**
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;**
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin**
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.**

Alzheimer Nederland kan zich in de kern in deze criteria vinden. Uit de tot nu toe uitgevoerde experimenten met domein-overstijgende samenwerking blijkt dat deze tot significante

kostenbesparingen kan leiden. Het rapport van Significant Public<sup>1</sup> komt op een voorlopige inschatting van een besparing van gemiddeld ongeveer €38.400 per cliënt. Dit zou genoeg ruimte bieden om te investeren in preventieve zorg, terwijl de gemaakte kosten aan investeringen toch lager blijven dan de besparingen en het per saldo dus een efficiënte maatregel is. Het is ons inziens daarom logisch dat er een positieve business case aan ten grondslag moet liggen die laat zien dat de investeringen lager zijn dan de ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg.

Aan de andere kant wijst Alzheimer Nederland erop dat het verstandig is alvorens een dergelijk criterium in te voeren, meer onderzoek te doen naar het verband tussen de gemaakte kosten voor een cliënt met intensieve begeleiding zorg vanuit de Wlz en vanuit de Zvw/Wmo. De commissie die zich heeft gebogen over *Brede maatschappelijke heroverweging 2 – Naar een toekomstbestendig zorgstelsel* komt namelijk niet tot een even eenduidige conclusie over de totale financiële besparingen als Significant Public.<sup>2</sup> De auteurs van BMH-2 schrijven dat het budgettair effect van het verschuiven van zorg vanuit de Wlz naar Zvw/Wmo zich ‘niet (eenvoudig) laat kwantificeren’. Ook is het volgens hen niet zeker dat de kosten veel lager zullen zijn in de Zvw/Wmo dan in de Wlz. Dit staat in contrast met de grote verschillen die Significant Public aanduidt. Het is van belang dat vooral gemeenten (naast zorgverzekeraars) in staat blijven om de kwaliteit van zorg voor cliënten in de Zvw/Wmo te borgen, ook met een groter aantal cliënten dat thuis blijft wonen en van deze zorg gebruikmaakt.

Tot slot pleiten wij ervoor niet strikt naar het financiële aspect te kijken: er worden niet slechts kosten bespaard wanneer er geïnvesteerd wordt in preventieve maatregelen om een verpleeghuisopname te voorkomen. Er wordt ook kwaliteit van leven gewonnen voor diegenen die als gevolg hiervan langer thuis kunnen blijven wonen. Dit valt niet altijd uit te drukken in financiële kosten-baten analyses en Alzheimer Nederland maakt zich daarom hard voor een brede benadering waarbij de kwaliteit van leven van de cliënt en de naasten/ mantelzorgers centraal staat. Want niet alleen de cliënt maar het hele systeem erom heen, ook de mantelzorgers, profiteren van de preventieve maatregelen.

**Vraag 3 van 6: Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?**

Alzheimer Nederland vindt dat het belang van de cliënt centraal moet staan. Het is daarom essentieel dat cliënt, cliëntenorganisaties en mantelzorgers betrokken worden bij de evaluatie van dergelijke maatregelen. Hierbij dient de vraag worden gesteld of gemeenten en zorgkantoren de geboden ruimte in de praktijk ook werkelijk gebruiken om te investeren in preventieve maatregelen, in plaats van dat het een aanleiding biedt om de verantwoordelijkheid voor de maatregelen door te schuiven. Daarnaast dient te worden gemonitord of de cliënten in de praktijk profiteren van deze preventieve maatregelen.

**Vraag 4 van 6: Wat vindt u van de voorgestelde wetwijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende**

---

<sup>1</sup> Domeinoverstijgend Samenwerken in de Praktijk – Eindrapportage Monitoring & Evaluatie, januari 2021

<sup>2</sup> Naar een toekomstbestendig zorgstelsel - Brede maatschappelijke heroverweging, 20 april 2020

## **bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?**

Alzheimer Nederland beschouwt dit als een goede maatregel. Dit biedt ruimte voor flexibiliteit in gevallen waar strikte cliëntvolgende bekostiging niet mogelijk is, maar waar het wel wenselijk is om maatregelen voor passende zorg te nemen. Bovendien biedt het ruimte om te investeren in passende zorg in specifieke omstandigheden, zoals het geval is bij maatregelen rondom de coronazorg.

### **Vraag 5 van 6: Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?**

Alzheimer Nederland ondersteunt de voorgestelde wetswijziging. Het vormt een belangrijke stap in het 'ontschotten' van de zorg, waarmee obstakels voor passende zorg voor mensen met dementie worden weggenomen. Ook biedt het noodzakelijke handvaten voor zorgkantoren om mee te investeren in preventieve maatregelen zoals de sociale benadering dementie en het opzetten van ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dit zijn onderwerpen die ons aan het hart gaan en wij beschouwen dit als een zeer goede ontwikkeling.

### **Vraag 6 van 6: Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?**

Veel zal afhangen van de proactiviteit van de betrokken actoren om deze maatregelen in de praktijk te brengen. De resultaten uit de experimenten zijn veelbelovend, maar Alzheimer Nederland vraagt zich af in hoeverre gemeenten en zorgkantoren zelf het initiatief zullen nemen om samenwerkingen aan te gaan en maatregelen te nemen. Om deze reden lijkt het ons van belang om gedegen evaluatiemechanismen te implementeren, zodat er meer data beschikbaar komt over de praktijkeffecten van dit wetsvoorstel. Immers investeren aan het begin van het leven met dementie betekent ook overheveling van budgetten van de ene financier naar de andere, van de ene aanbieder naar de andere. Dit is een pijnlijk proces.

Tot slot is ons de verhouding tussen de zogenaamde 'arrangeur' en de casemanager dementie nog niet volledig helder. De casemanager dementie begeleidt cliënten, hun mantelzorgers en helpt bij het vinden van de passende zorg, over de zorgwetten heen. De arrangeur lijkt dezelfde functie te vervullen en wordt in de eindrapportage in één adem genoemd met de casemanager dementie. De casemanager dementie wordt echter al vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed, waardoor aanvullende bekostiging vanuit de Wlz juridisch problematisch wordt (zie Europeesrechtelijke aspecten, p. 12). Daarnaast heeft de casemanager dementie de voorkeur voor mensen met dementie en hun mantelzorgers (bron: Dementiemonitor mantelzorg 2020). Deze professional heeft kennis van zaken als het gaat om dementie en kent het aanbod voor deze specifieke groep. Kan de memorie van toelichting meer duidelijk scheppen over welke soort preventieve maatregelen er in het kader van de arrangeur wordt gesproken, buiten diegene waar de casemanager dementie al voor vergoed wordt?



## **AFSTEMMING ZVW/WLZ: Domein overstijgende samenwerking: passende zorg vanuit de openbare farmacie**

*Met het wetsvoorstel 'domeinoverstijgende samenwerking' wordt de samenwerking tussen de inkoopende partijen vanuit de verschillende zorgwetten gestimuleerd doordat er voor zorgkantoren financiële ruimte komt om afspraken over de zorgdomeinen heen te maken. Daarnaast maakt dit wetsvoorstel het in bepaalde situaties mogelijk dat de zorgaanbieders, die zorg leveren in de langdurige zorg, in aanvulling op de bekostiging een extra vergoeding voor de geleverde zorg kunnen afspreken.*

Naast de bijdrage die openbaar apothekers leveren aan de behandeling van patiënten zijn apothekers als *medicatiespecialisten* laagdrempelig aanspreekbaar voor preventie en 'leefstijlinterventie'. Zij doen dit door het leveren van *persoonsgerichte farmaceutische zorg en kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg in de buurt*, waarbij zij voor de zorg aan de patiënt in een zorgketen samenwerken met andere zorgverleners (wijkverpleegkundigen, (huis-)artsen, fysiotherapeuten, diëtisten), zorgaanbieders (ziekenhuizen, verpleeghuizen, GGZ-instellingen) én met specialisten binnen het sociale en psychosociale domein. Op deze manier krijgen mensen de zorg die het best past bij hun manier van leven of passend is bij hun verblijf in een instelling. Zo kunnen zij samen met hun naasten hun leven zo goed en zo lang mogelijk naar eigen inzicht in hun thuissituatie (blijven) inrichten of toepassen in hun woonsituatie als 'zorg thuis' niet (meer) mogelijk is.

Apothekers hebben een centrale positie in de zorg voor specifieke groepen kwetsbare patiënten zoals mensen met psychiatrische problematiek en kwetsbare ouderen aangezien de helft van de geïdentificeerde kwetsbare ouderen te maken met polyfarmacie (zie NZa-monitor Zorg voor ouderen 2018, pag. 14). Zowel binnen het domein van de Zorgverzekeringswet als de Wet Langdurige Zorg komt dit voor (zie o.a. NZa-monitor Zorg voor ouderen 2018 en het kwantitatieve onderzoek ten behoeve van startnotitie passende zorg bij kwetsbare ouderen van ZiNL). Voor de meeste ouderen zijn de huisarts en de apotheker de zorgverlener die het dichtst bij hen staan. De rol van de apotheker is goed beschreven in de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk' zoals die in 2019 is vastgesteld door alle betrokken koepelorganisaties bij het programma Langer Thuis (deze handreiking is beschikbaar op <https://www.knmp.nl/downloads/kwetsbare-ouderen-thuis-2013-handreiking-voor-integrale-zorg-en-ondersteuning-in-de-wijk.pdf>). De medicatiebeoordeling wordt gezien als een van de standaard interventies volgens de diverse protocollen voor ouderenzorg (zie kwantitatief onderzoek t.b.v. notitie ZiNL 'passende zorg bij kwetsbare ouderen' 2018) en de apotheker heeft een belangrijke signalerende rol (zie Handreiking kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk' 2019). Om een centrale rol binnen de integrale zorg voor specifieke groepen te kunnen vervullen is het van belang dat de organisatie en coördinatie van die integrale zorg structureel bekostigd worden binnen de diverse zorgdomeinen en daadwerkelijk worden ingekocht door verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren.

Apothekers zorgen als *medicatiespecialist* voor de juiste genees- en hulpmiddelen op de juiste plek en moment, niet te veel of te weinig, met advies en controle, gepast ter hand gesteld. Ze maken veilige en effectieve farmacotherapie mogelijk en kunnen therapietrouw en efficiënt gebruik van medicatie in alle domeinen stimuleren én realiseren. De zorgvraag en wensen van de patiënten zijn hierbij altijd leidend. *Integrale zorgverlening*, mede door het apotheekteam, en een *zorgdomeinoverstijgende en bestendige zorgrelatie* tussen apotheker en patiënt zijn daarbij belangrijk. Het bijdragen aan passende zorg kan worden ondersteund door een bekostiging die minder is gebaseerd op basis van receptregels (volume) en meer op basis van het zorgverlenerschap (zorgpaden van patiëntgroepen). Dit sluit aan bij het NZa-advies van juli 2020, waarin de NZa de noodzaak benadrukt van het wegnemen van productieprikkels uit de bekostiging om passende zorg

te stimuleren. Een apotheek zal door een verschuiving van financiële middelen niet alleen bekostigd moeten worden voor het uitgeven van geneesmiddelen, maar ook als voorziening in de wijk of voor het stoppen van geneesmiddelen. Dit wordt ook bevorderd door voor de apotheker in de langdurige zorg op basis van het zorgverlenerschap een extra vergoeding als medicatiespecialist mogelijk te maken.

In antwoord op de gestelde vragen:

### **Vraag 1 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

De KNMP vindt dit een logische wijziging. Goede farmaceutische zorg - ook over schotten en zorgdomeinen heen - draagt bij aan kwaliteit van leven én vermindert de druk op andere zorg- en hulpverleners. Kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg (waaronder adequate medicatiebegeleiding en -bewaking) kan zwaardere en/of duurdere zorg uitstellen, beperken of voorkomen. De apotheker speelt ook een belangrijke rol door de afbouw van onnodige of te hoog gedoseerde medicatie te realiseren. Ook zo kan zwaardere en/of duurdere zorg worden voorkomen. Op dit moment heeft de apotheker reeds een rol in het kader van preventie (waaronder medicatiegerelateerde valpreventie), onder meer voortvloeiend uit de signalerende taak die de apotheker vervult. Apothekers zijn bereid om in de komende jaren meer taken op zich te nemen, waaronder aanvullende inspanningen op het gebied van leefstijlinterventies.

### **Vraag 2 van 6**

*Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

*- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*

*- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*

*a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*

*b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*

*c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

De KNMP vindt dit op zich correcte voorwaarden, maar vraagt aandacht voor de volgende punten:

1. vanuit de eigen verantwoordelijkheid van een zorgkantoor vragen wij ons af of het voor een zorgkantoor niet mogelijk moet zijn om vanuit het zorgkantoor zelf met één of meer zorgaanbieders, zonder tussenkomst van gemeenten of zorgverzekeraars of de Minister voor Rechtsbescherming, over de schotten van een zorgdomein heen kan investeren in preventie of preventieve maatregelen waarvan de (financiële) positieve effecten elders (dat wil zeggen in andere (zorg)domeinen - te verwachten zijn.
2. de meetbaarheid en inclusie van de te verwachten *niet-financieel te bepalen baten*. De KNMP hanteert net als andere partijen (mede) voor het bepalen van de niet-financiële baten van de mono- en multidisciplinaire richtlijnen het criterium *social-return-on-investment*. Met de analyse van social-return-on-investment proberen we onder andere 'kwaliteit van leven' en gezondheidseconomische opbrengsten mee te nemen in de kosten-batenafweging zodat daarop niet wordt ingeboet. Een dergelijke afweging past naar ons oordeel ook in de afweging in hoeverre investeringen gedaan in het ene (zorg)domein een voordeel brengen in het andere domein.

3. Een sterke focus op de economische (veelal korte-termijn)impact heeft als risico dat er minder aandacht ontstaat voor interventies die bewezen effectief zijn, maar die vooral op lange termijn renderen. Een langetermijnperspectief op verwachte kosten en baten moet gestimuleerd worden.

### **Vraag 3 van 6**

*Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

Op dit moment is er sprake van spanning tussen de wens om regionaal samenwerkingsafspraken te maken en de bekostiging van de openbare farmacie, waarbij per verzekeraar een individueel preferentie- en inkoopbeleid wordt gevoerd en er sprake is van vrije tarieven. Daarnaast zijn er regionale demografische verschillen die door (regionaal) beleid van de zorgverzekeraar of zorgkantoor (kunnen) worden versterkt of ontkracht. Om door middel van een landelijke monitor of evaluatie deze verschillen zichtbaar te maken dan wel te versterken of te ontkrachten kan een onderzoek met - of een analyse van - de social-return-on-investments uitkomsten een bijdrage leveren aan de samenwerking tussen de inkopende partijen vanuit de verschillende zorgwetten. Met name ook als de bedoeling van de voorgestelde wetgeving is om niet in te boeten op de kwaliteit van leven en op zorg en ondersteuning thuis en in de wijk.

### **Vraag 4 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetwijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

De KNMP ziet mogelijkheden om de onvolkomenheden in de bekostiging over de zorgdomeinen heen te verminderen. Om een optimaal behandelresultaat en maximalisatie van de efficiency in de zorg (onder meer wat betreft arbeidsinzet) te bereiken is verdere intensivering van de multidisciplinaire samenwerking in de zorg en ondersteuning voor specifieke groepen kwetsbare patiënten noodzakelijk. Het is niet alleen van belang om binnen de Wlz, Zvw en WMO randvoorwaarden te scheppen voor goede multidisciplinaire zorg, maar die randvoorwaarden ook op elkaar te laten aansluiten, bijvoorbeeld door domeinoverschrijdende afspraken te maken tussen verzekeraar, wijkverpleging, apotheker en zorgkantoor over voortgezet gebruik van de inzet van een smart dispenser bij een medicijnrol door de wijkverpleging die gecontinueerd wordt bij (tijdelijke) verpleeghuisopname en daarna weer thuis. De verschillende inkopers moeten een prikkel hebben om dat te realiseren. Daarbij hoort zeker goede gegevensoverdracht en het verbeteren van de afstemming tussen ICT-systemen binnen de diverse zorgdomeinen

### **Vraag 5 van 6**

*Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

Zeker. Er ontstaat meer ruimte voor apothekers en andere zorgaanbieders en specialisten binnen het sociale en psychosociale domein enerzijds en voor inkopende partijen anderzijds om zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg die het best past bij de manier van leven van mensen of passend is bij het verblijf in een instelling of vooruitlopend is op een passend verblijf in een instelling. Goede samenwerking tussen de apotheker en verschillende zorgverleners en ondersteuners is essentieel voor het bieden van kwalitatief hoogstaande zorg en ondersteuning, zowel thuis, in de

wijk, in het ziekenhuis als in een instelling voor langdurige zorg. Tegelijkertijd bestaat het risico dat de procedures rond samenwerken over de zorgdomeinen heen leiden tot aanvullende administratieve lasten. Een verzwaring van de administratieve lasten kan de meerwaarde van de voorgestelde wetwijziging tenietdoen.

### **Vraag 6 van 6**

*Zal de voorgestelde wetwijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

Dat hangt ervan af in hoeverre inkoopende partijen bereid zijn om gezamenlijk op te trekken. We zien dat bij beleidsmatige ontwikkelingen in met name de ouderenzorg de farmaceutische zorg vaak onderbelicht is.

Betrokkenheid van apothekers aan de voorkant (bij het gesprek over behandelopties) kan bijdragen aan verbetering of stabilisering van de kwaliteit van leven, en aan de achterkant de druk op medisch specialisten en specialisten binnen het sociale en psychosociale domein kan verlagen en zwaardere en/of duurdere zorg voorkomen.

De KNMP spant zich in om de samenwerking te versterken met andere partijen betrokken bij de zorg aan specifieke groepen kwetsbare patiënten. Een voorbeeld vanuit de farmaceutische zorg is onze inzet ten aanzien van valpreventie. Door domein overstijgende samenwerking ook vanuit zorgkantoren te faciliteren, voorzien wij een extra stimulans tot gezamenlijk optrekken.

Desgewenst zijn we graag bereid onze inbreng bij deze consultatie nader toe te lichten c.q. om over onze antwoorden op de gestelde vragen verder in gesprek te gaan.

*Achtergrondinformatie: Toekomstvisie openbare farmacie 2025, KNMP 2020<sup>1</sup> en Rapport Versterking van de zorgfunctie van openbaar apothekers, KNMP 2018<sup>2</sup>.*

---

<sup>1</sup> <https://www.knmp.nl/downloads/toekomstvisie-openbare-farmacie-2025.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.knmp.nl/downloads/rapport-versterking-van-de-zorgfunctie-van-openbaar-apothekers.pdf>

**Consultatiereactie KBO-PCOB op het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen en de Wet marktordening gezondheidszorg in verband met uitbreiding van de uitvoering van de Wet langdurige zorg door zorgkantoren en de regeling van het Wlz-sluittarief voor zorgaanbieders (domein-overstijgende samenwerking)**

**Vraag 1 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

Antwoord 1 van 6

Veel ouderen ondervinden hinder van de schotten die in het zorgstelsel bestaan tussen zorg en ondersteuning uit de Wmo, de Zvw en de Wlz. Seniorenorganisatie KBO-PCOB is een warm voorstander van initiatieven die deze schotten flexibeler maken, zodat het beter mogelijk wordt om mensen de zorg te kunnen aanbieden die zij op een bepaald moment nodig hebben. Vanuit deze gedachte heeft het wetsvoorstel onze sympathie en hopen wij dat dit een succes wordt. Of dit laatste het geval zal zijn, zal echter nog moeten blijken. Wij zijn hier niet op voorhand van overtuigd.

**Vraag 2 van 6**

*Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

- *Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*
- *Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*
  - a. *wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*
  - b. *een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*
  - c. *de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

Antwoord 2 van 6

KBO-PCOB heeft weliswaar enig begrip voor de eerste voorwaarde, maar denkt wel dat met name in de beginfase na inwerkingtreding van het wetsvoorstel opgelet moet worden of de benodigde partijen niet teveel op elkaar blijven wachten. Mogelijk kan het ministerie van VWS een katalyserende rol vervullen om initiatieven op gang te helpen.

In beginsel zijn wij het ook eens met de voorwaarde dat de verwachte verhouding tussen kosten en baten gunstig moet uitvallen. Als deze voorwaarde strikt wordt gehanteerd, bestaat echter wel het risico dat er alleen op safe gespeeld kan worden, waardoor initiatieven over de effectiviteit waarvan ex ante nog weinig bekend is, nooit ten uitvoer zullen worden gebracht. Verspreiding van kennis over best practices en ruimte voor kleinschalige, tijdelijke experimenten achten wij daarom wenselijk.

Daarnaast merken wij op dat baten (en lasten) ook een immaterieel karakter kunnen hebben, zoals rond de kwaliteit van leven. Ook dergelijke baten en lasten moeten wat ons betreft worden meegewogen in de analyse.

**Vraag 3 van 6**

*Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

### Antwoord 3 van 6

De uitkomsten zullen, in termen van helder gedefinieerde beoogde versus te meten resultaten, moeten worden gemonitord op basis van een goed, objectief volg- en evaluatiesysteem. De ervaringen van cliënten (onder wie senioren) en hun mantelzorgers zullen naar de mening van KBO-PCOB in ieder geval prominent onderdeel moeten uitmaken van de monitoring en evaluatie. Daarnaast moet er niet alleen naar de zorguitgaven worden gekeken, maar ook naar effecten op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en naar eventuele financieringsverschuivingen, met name of veranderingen er niet toe leiden dat cliënten en hun mantelzorgers op kosten worden gejaagd. Ook zal er getoetst moeten worden of gemeenten en zorgverzekeraars hun (wenselijke) financiële inspanningen niet verminderen als bepaalde projecten toch kunnen worden gefinancierd uit het Fonds langdurige zorg.

### **Vraag 4 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

### Antwoord 4 van 6

KBO-PCOB vindt het goed dat dit onderdeel van het wetsvoorstel de ruimte creëert om in bijzondere omstandigheden maatwerk te leveren en te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Als aanvullende bekostiging op grote schaal nodig is voor bepaalde groepen of omstandigheden, verdient het wellicht overweging om de hoofdbekostigingsregels aan te passen zodat de noodzaak van aanvulling minder wordt.

### **Vraag 5 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

### Antwoord 5 van 6

Of de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde zal hebben, zal moeten blijken. Gegeven de constructie met betrokkenheid van zorgkantoren en financiering uit het Fonds langdurige zorg valt het te begrijpen dat hieraan voorwaarden gesteld moeten worden. Deze voorwaarden maken de uitvoering echter ook complex en afhankelijk van samenwerking en moeilijke inschattingen vooraf omtrent de kosteneffectiviteit van projecten. In plaats daarvan kan ook overwogen worden om gemeenten (en eventueel zorgverzekeraars) financieel te belonen naarmate ze er in slagen meer cliënten langer op een verantwoorde manier thuis te laten wonen dan vooraf mocht worden verwacht op basis van de kenmerken van de betreffende cliëntenpopulatie.

### **Vraag 6 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

### Antwoord 6 van 6

Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij deels naar ons antwoord op vraag 5. In aanvulling hierop merken wij op dat er een complicatie lijkt te zitten in de beoogde samenwerking met zorgverzekeraars. Aan de ene kant zijn er thans beperkingen verbonden aan wat zorgverzekeraars kunnen en mogen doen aan preventie. Aan de andere kant maken wij uit de memorie van toelichting op dat er geen geld uit het Fonds langdurige zorg naar initiatieven mag die onder de zorgplicht van verzekeraars vallen, omdat dit staatssteun zou zijn en dus strijdig met de Europese regels. Dit maakt de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars sowieso juridisch kwetsbaar, en betekent ook dat eventuele uitbreidingen van de zorgplicht van verzekeraars gevolgen kunnen hebben voor de financieringsmogelijkheden vanuit het Fonds langdurige zorg.

## Reactie LOC op de consultatie 'Domein-overstijgende samenwerking'

### Inleiding

We horen al langer dat mensen het gevoel hebben dat zij dienend zijn aan de systemen en niet omgekeerd. De toeslagenaffaire is daar een recent en pijnlijk voorbeeld van. Om tot een echte verandering te komen, zullen we breder moeten nadenken wat voor maatschappij we willen zijn. Het vraagt om een andere cultuur en het fundamenteel anders organiseren van de zorg en de maatschappij dan we gewend zijn. Het vraagt ook om nieuwe manieren van zorg organiseren in netwerken om mensen heen. Waarbij mensen zelf zeggenschap hebben over hun leven en waar zij behoefte aan hebben.

### Efficiency en menselijke waarden

De domeinoverstijgende samenwerking zou ook precies dat doel moeten hebben. Namelijk: zorgen dat mensen zich geholpen voelen en het leven kunnen leiden dat bij hen past. En hulp krijgen om vanuit hun eigen waarden en behoeften zo gezond mogelijk te blijven. In het wetsvoorstel is het belangrijkste doel om domeinoverstijgende samenwerking tussen instanties makkelijker te maken en zo duurdere en zwaardere zorg te voorkomen of uit te stellen. En dat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt georganiseerd wordt en meer doelmatigheid over het stelsel heen kan worden gerealiseerd.

Het in het wetsvoorstel genoemde doel is daarmee wat ons betreft onvoldoende. De cliënt komt er zijdelings in voor, maar het hoofddoel lijkt (financiële) efficiency te zijn. Daarmee begint het bij een besparing in plaats van aansluiten bij de behoeften van mensen. In de praktijk is de zorg door het denken vanuit efficiency in plaats van vanuit mensen juist duurder geworden en ook nog minder effectief. Wij pleiten er daarom voor bij mensen en hun waarden te starten. Dat betekent ook dat de betrokkenen zelf en hun naasten een grote rol moeten spelen bij domeinoverstijgende samenwerking. Nu hebben zij in de hele wet en memorie van toelichting nauwelijks een rol. Samenwerking tussen instanties gaat in het wetsvoorstel over de hoofden van mensen heen. Terwijl die mensen in de verschillende experimenten rondom domeinoverstijgend samenwerken juist centraal moeten staan. Het is daarom noodzakelijk de betrokkenheid van mensen die zorg nodig hebben zelf en hun naasten bij domeinoverstijgende samenwerking in de wet te verankeren. Zowel op individueel niveau als op collectief niveau via de cliëntenraden.

### Cultuurverandering

In zijn kamerbrief concludeert de demissionair minister dat *"ieder experiment is ontstaan uit samenwerkingen vanuit partijen, en specifiek, bepaalde personen, die erin (blijven) geloven, doorzetten en volhouden."* Betere samenwerking tussen de verschillende domeinen is belangrijk en noodzakelijk. Mensen die zorg nodig hebben voelen zich nu van het kastje naar de muur gestuurd. Maar een nieuwe wet brengt nog geen nieuwe cultuur. Daar is meer voor nodig. Wij vinden het belangrijk dat daar ook aandacht voor is. Zo is het nodig dat medewerkers worden getraind om beter mee te denken met cliënten, familie en hun naasten. In elk experiment moet ruimte zijn voor mensen die zorg nodig hebben, naasten en hulpverleners om samen tot passende oplossingen te komen. Wij pleiten er daarom voor om naast een wetsvoorstel ook aandacht aan de cultuur te besteden.

**Tot slot**

Het is belangrijk om bij het wetsvoorstel niet te vergeten waar het uiteindelijk om gaat. Om niet vanuit de mogelijkheden van de eigen organisatie en functie in gesprek te gaan met cliënten, maar om met een open oog en oor het gesprek aan te gaan over wat echt van betekenis is voor cliënten. Want dan blijken er soms heel eenvoudige, vaak goedkopere, oplossingen te zijn. Waardoor mensen zich ook nog beter ondersteund voelen. LOC werkt er graag aan mee om dat in de praktijk te realiseren.



Internetconsultatie – deadline 20 04 2021

Domein-overstijgende samenwerking

Reactie VerenSo

VerenSo heeft met belangstelling kennisgenomen van de Domein-overstijgende samenwerking van VWS. Hierbij ontvangt u onze reactie op de internetconsultatie. Allereerst willen we aangeven dat VerenSo blij is dat er meer mogelijkheden worden gecreëerd om bekostiging over de schotten heen te realiseren, zodat het veld meer mogelijkheden krijgt om samen te werken voor passende zorg voor kwetsbare patiënten.

#### **Voorwaarden voor investeringen in preventieve maatregelen**

Bij een investeringsaanvraag voor preventieve maatregelen wordt gesproken over dat een zorgkantoor zorg dient te dragen voor preventieve maatregelen en dient uit te voeren overeenkomstig de bij of krachtens algemene maatregel van bestuur vastgelegde nadere regels. Er wordt een voorstel omschreven waar een ingediende casus aan dient te voldoen. De inschatting van verwachte kosten en baten staan centraal, maar is naar ons inziens onvolledig. We zouden graag de verbetering van kwaliteit van leven en zorg toe willen voegen. Nieuwe preventieve maatregelen starten vaak met impact op kwaliteit van leven en zorg, voordat de werkelijke baten zichtbaar worden. Met een beschrijving van de kwaliteit kan een completer beeld worden geschetst van de impact en waarmee een meer volledige afweging kan worden gemaakt.

# Reactie

<b>Naam</b>	Gemeente Hoeksche Waard (Wethouder J. Blaak-van de Lagemaat)
<b>Plaats</b>	Hoeksche Waard
<b>Datum</b>	19 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Een welkom voorstel dat samenwerking in de ouderenzorg, GGZ en gehandicaptenzorg makkelijker maakt.

Het sluit aan op de beweging die wij als gemeente maken. Hiermee is het mogelijk:

- initiatieven die een langdurige opname voorkomen en/of uitstellen te borgen en duurzaam te financieren.
- vernieuwing in het aanbod gericht op preventie te realiseren.
- een gezamenlijke visie op ouderenzorg in de regio op te stellen en tot een verdeling van de kosten tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor te komen.
- meer in cliëntondersteuning te betekenen.
- preventie van verplichte zorg in de GGZ te realiseren.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte

besparingen aan Wlz-zorg; en waarin  
c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.  
Het is goed om voorwaarden op te stellen, omdat dit heldere kaders biedt, helpt verwachtingen te verduidelijken en woorden geeft aan een gezamenlijke visie en ambitie.

V.w.b. de eerste voorwaarde:

Dit zet aan tot (verdere) samenwerking en samenhang van de maatregelen en is een prima voorwaarde.

V.w.b. de tweede voorwaarde:

Het is goed om doel, kosten-baten en monitoring te beschrijven. Bij voorkeur binnen een gezamenlijke visie op ouderenzorg en de vernieuwing die wenselijk is. Het zou nog beter zijn als het opstellen van de business case(s) als een gezamenlijke verantwoordelijkheid en investering wordt beschreven.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

In deze monitoring zien we graag gezamenlijk opgestelde indicatoren terug. Deze indicatoren zouden over zowel proces als inhoud moeten gaan. Het is voor de ontwikkeling van de ouderenzorg belangrijk om professionals een rol te geven in de monitoring: het geeft zicht op je werk, levert kennis over waar verbetering mogelijk is en draagt bij aan eigenaarschap en vakmanschap. Er ligt een mooie kans om het onderwijs een rol te geven in monitoring en onderzoek. Als werkplaatsen sociaal domein, academische werkplaatsen etc gekoppeld zijn, dan geeft dit op meerdere vlakken winst: 1) een boost aan de kwalitatieve ontwikkeling van de ouderenzorg 2) studenten die kennis maken met het werkveld in de zorg en daar na hun studie een baan vinden (deeloplossing voor arbeidsmarktproblematiek in zorg en welzijn). 3) een stimulans om landelijk van elkaar te leren en best-practices te delen. Last but not least is het van belang ouderen en hun mantelzorgers participant in onderzoek en monitoring te maken.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

Een positieve ontwikkeling. Dat geeft mogelijkheid om een aantal initiatieven, die gericht zijn op het 'gat' dichten tussen zelfstandig wonen en verpleeghuiszorg in de Hoeksche Waard te realiseren, zoals een coördinatiefunctie voor tijdelijk verblijf. Daarnaast liggen er kansen in gezamenlijke financiering van voorzieningen zoals het Odensehuis en huiskamers van de wijk en is bekostiging van zorgtechnologie gericht op langer thuis wonen mogelijk. Het voorstel kan ook helpen 'pluswoningen' in de Hoeksche Waard te realiseren: aanleunwoningen in de nabijheid van een verpleeghuis.

## **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

Deze wetswijziging gaat helpen om gezamenlijk (gemeente, zorgorganisaties, woningcorporaties, welzijnsorganisaties, huisartsen, zorgkantoor en zorgverzekeraar) aan verbetering en vernieuwing van de zorg te werken.

## **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Het wetsvoorstel maakt meer samenwerking en domein-overstijgende financiering mogelijk.

Of het in de praktijk gaat werken, hangt onder andere af van:

- De bereidheid van de verschillende partijen om tot een gezamenlijke visie en uitwerking daarvan te komen. Deelname heeft nu nog een vrijblijvend karakter. Het zou nog beter zijn als partijen gezamenlijk afspraken moeten maken op het gebied van preventie.
- De bereidheid van zorgkantoor, zorgverzekeraar en gemeenten om gezamenlijk een business case op te stellen en daarin te investeren.



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Oosterhout, 15 april '21

Betreft: Reactie BVKZ op internetconsultatie "Domein-overstijgende samenwerking".

Geachte heer, mevrouw,

Via deze brief wil BVKZ graag reageren op de internetconsultatie betreffende "*Domein-overstijgende samenwerking*".

### ***Consultatievragen Domein overstijgende samenwerking – reactie BVKZ***

#### ***Vraag 1 van 6***

*Wat vindt u van de voorgestelde wetwijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

BVKZ ondersteunt als branchevereniging voor de kleinschalige zorg in Nederland de voorgestelde wetwijziging van harte. Het doel achter de voorgenomen aanpassing in de wetgeving is om de samenwerking tussen de verschillende financiers te stimuleren, zodat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt georganiseerd wordt en meer doelmatigheid over de domeinen heen kan worden gerealiseerd. Veel van onze leden ondersteunen vele cliënten die te maken hebben met het snijvlak van de verschillende financieringsstromen. Deze aanpak in wetgeving maakt onzes inziens mogelijk dat veel meer vanuit het preventieve aspect gekeken kan worden hoe cliënten in hun eigen woonomgeving zorg en ondersteuning kunnen krijgen. Vormen die bijdragen aan zowel de clientwensen als helpen bij het voorkomen van opnames in een Wlz-instelling. De voorgenomen flexibiliteit op het grensvlak van de verschillende domeinen is daarbij zeer ondersteunend. In de lijn van de aanpak in Dongen werken de kleinschalige aanbieders reeds vaak met een "arrangeur" die samen met cliënten kijkt naar de gewenste situatie, waarbij naast de inzet van professionele zorg, (vooral) ook de inzet en betrokkenheid van de informele (mantel)zorg wordt besproken en wat zij nodig hebben om het zorgen voor de naaste op een goede manier vol te houden.

Op deze wijze wordt volgens BVKZ maximaal ingezet op de wensen van cliënten en wordt invulling gegeven aan het zo efficiënt mogelijk inzetten van de schaarse medewerkers en budgetten. Bovendien wordt er voorgesorteerd op ontwikkeling in de toekomst met een toenemende vergrijzing en de wens langer thuis te blijven.

### **Vraag 2 van 6**

*Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

*- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*

*- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*

*a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*

*b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*

*c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

BVKZ ondersteunt de gedachte dat een aantal randvoorwaarden noodzakelijk zijn maar hecht eraan te pleiten voor het centraal stellen van de inhoudelijke toegevoegde waarde voor cliënten. Vaak zit dit volgens de leden van BVKZ in het langer in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen of zorg en ondersteuning te krijgen die past bij de specifieke cliënt. Een vorm die mogelijk afwijkt van de meer reguliere zorg. Ons standpunt hierin is dat gekeken zou moeten worden naar de inhoudelijke toegevoegde waarde en minder vanuit financiële modellen. Dit uiteraard in de wetenschap, dat budgettaire kaders niet overschreden mogen worden en tevens dat monitoring en evaluatie essentiële onderdelen zijn.

### **Vraag 3 van 6**

*Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

Graag zou BVKZ vanuit de kleinschalige aanbieders bij de opbouw en evaluatie van de monitor betrokken zijn. Een monitor die volgens BVKZ uit een aantal onderdelen zou moeten bestaan, namelijk een financiële -, inhoudelijke - en procesmatige component. Financieel zou

bekeken moeten worden hoeveel cliënten met de domein overstijgende samenwerking meer of anders zijn ondersteund en wat daarvan de financiële uitkomsten zijn. Voor wat betreft het inhoudelijke deel zou volgens BVKZ gekeken moeten worden hoe de client deze aanpak ervaren heeft, wat de aanpak inhoudelijk heeft bijgedragen aan de wensen en behoeften van cliënten, in welke mate deze aanpak het werk van de professional veranderd heeft, wat zij/ hij daarvan vindt en welke vervolgstappen wenselijk en noodzakelijk zijn om preventie en "vroeg signalering" een vervolg te geven. Daarnaast adviseert BVKZ om in deze monitor ook de inhoudelijke en procesmatige samenwerking tussen verschillende domeinen te evalueren (ook vanuit perspectief van vraag 5). BVKZ gaat hierbij uit van een jaarlijkse uitvraag.

#### **Vraag 4 van 6**

*Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

BVKZ steunt deze mogelijkheid van harte omdat dit de mogelijkheid biedt, waar nodig of gewenst, in specifieke gevallen inhoudelijk maatwerk te kunnen leveren tegen uiteindelijk lagere maatschappelijke kosten.

#### **Vraag 5 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

BVKZ is van mening dat deze wetswijziging in lijn is met de veranderende rol van het zorgkantoor om vanuit een meer regionale functie mede invulling te geven aan een veranderend zorglandschap waarbij preventie en zelfredzaamheid steeds meer vorm zullen moeten gaan krijgen. Een uitdaging volgens BVKZ hierbij is wel om de verschillende gemeenten nadrukkelijk te betrekken bij deze transitie. Het zou immers jammer zijn als in een regio cliënten verschillende mogelijkheden hebben door het specifieke beleid van lokale gemeenten. BVKZ ervaart reeds dat cliënten van kleinschalige aanbieders hier regelmatig mee te maken hebben,

#### **Vraag 6 van 6**

*Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

Het doel van deze aanpassing in de wetgeving is om de samenwerking tussen de verschillende financiers te stimuleren, zodat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt georganiseerd wordt en meer doelmatigheid over het stelsel heen kan worden gerealiseerd. Met deze wet wordt de scherpe afbakening tussen de verschillende domeinen flexibeler



vormgegeven en wordt beoogd om beter passende zorg te leveren en levering van zwaardere en duurder zorg te voorkomen of uit te stellen. Als we vanuit een open vizier als sector durven te investeren in preventieve maatregelen, ziet BVKZ deze wetswijziging als een mooie eerste stap naar de gewenste veranderingen in de zorgsector waarbij de schaarse professionals en middelen zo goed mogelijk moeten worden ingezet om invulling te geven aan kwaliteit van leven van de cliënt.

Voor eventuele vragen of een toelichting op de inhoud van deze reactie kunt u contact opnemen met ondergetekende via het verenigingsbureau van BVKZ: [info@bvkz.nl](mailto:info@bvkz.nl) of 0162-696060.

Met vriendelijke groet,

Mark van Barschot  
Directeur BVKZ



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Utrecht: 13 april 2021

Betreft: Reactie Per Saldo consultatie domein-overstijgende samenwerking

Geachte heer, mevrouw,

Via deze brief wil Per Saldo graag reageren op de internetconsultatie betreffende domein-overstijgende samenwerking. Wij willen graag een aantal aandachtspunten aan u meegeven. Om te beginnen willen we graag aangeven dat we blij zijn met de maatregelen en dat domein-overstijgende samenwerking tussen de verstrekkers wordt verbeterd. Hierdoor kan meer maatwerk geboden worden, iets waar Per Saldo altijd voorstander van is.

Het VN-verdrag Handicap is een paar jaar geleden door Nederland geratificeerd. Hierin staat opgenomen dat mensen met een beperking hun leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen en in de gelegenheid moeten worden gesteld om te participeren aan de samenleving. Domeinoverstijgende samenwerking kan dit bevorderen. Daarbij komt echter wel dat de huidige wijzigingen vooral uitgaan van wat organisaties kunnen regelen voor mensen en/of groepen mensen. De inbreng van de mensen zelf wordt hierin gemist. Het stuk lijkt vooral financieel ingestoken. Wij vinden dat een gemis.

Belangrijk is dat goed afgetast wordt welke zorg en ondersteuning iemand echt nodig heeft, hierbij is een integrale blik over de grenzen van de zorgwetten heen noodzakelijk. De menselijke maat moet voorop blijven staan. Laten we daarbij ook vooral lessen trekken uit de toeslagenaffaire en de vermeende bijstandsfraude. Daarnaast willen wij ook graag nog meegegeven dat oog gehouden moet worden voor de administratieve lasten voor pgb-budgethouders. Het moet duidelijk zijn wanneer zij zich tot welke verstrekker kunnen richten. Wij vinden dan ook dat er één loket zou moeten zijn waar mensen met een zorg- of hulpvraag met hun vraag terecht kunnen. Achter de schermen zal vervolgens gekeken moeten worden welk zorgdomein waarvoor verantwoordelijk is en wordt de toekenning geregeld. Hier zou de zorg-



/hulpvrager zelf niet mee belast moeten worden. Een integrale aanpak. Dit voorkomt onnodige frustratie en zorgt voor een enorme ontlasting voor de hulpvrager en hun naasten.

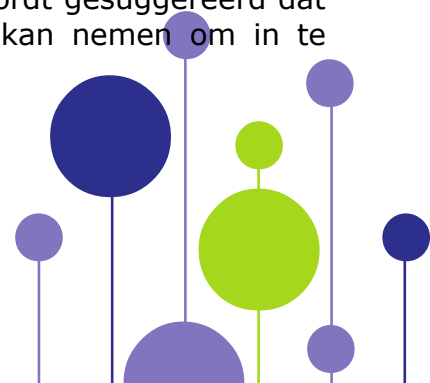
### **Preventie**

Positief lijkt ons ook het feit dat met deze voorgestelde wijziging ook andere kosten, dan directe zorgkosten, uit de Wlz gefinancierd kunnen worden. Dat kan mogelijk ook gunstig zijn voor budgethouders en pgb-gefinancierde woon- en ouderinitiatieven. Anderzijds worden er ten behoeve van niet nader onderbouwde doelen middelen uit de Wlz vrijgemaakt die niet cliëntgebonden zijn. Dat betekent dat zorggelden niet meer ten goede komen aan individuele zorgvragers maar aan beleidsmatige experimenten. In een tijd van tekorten in de zorg vragen wij ons af in hoeverre dat gewenst is.

Wij denken daarnaast dat het begrip 'preventie' nu nog te beperkt is vormgegeven. Preventie gaat in onze ogen ook over het tijdig informeren en inzetten van de juiste zorg en ondersteuning (in afstemming met de zorgvrager). Op- en afschalen moet hierbij mogelijk zijn. In perioden dat het beter gaat staat de waakvlam aan en zodra er toch ondersteuning nodig is kan dit direct geregeld worden om escalaties zoveel mogelijk te voorkomen. Dit vergt een andere aanpak maar is nodig om preventief passende hulp tijdig te realiseren. Hiermee kan escalatie en de inzet van zwaardere zorg en ondersteuning voorkomen worden. Ook de juiste deskundigheid in de toegang is hiervoor nodig. Op deze manier kan voorkomen worden dat te lang wordt gewacht met inzet zorg/ondersteuning, signalen moeten vroegtijdig (h)erkend worden. Bijvoorbeeld: Het inzetten van een levensloopbegeleider voor mensen met een langdurige beperking en/of ontwikkelingsstoornis (hier loopt nu pilot op voor mensen met autisme, dit zou in de toekomst beschikbaar moeten zijn voor de brede doelgroep). De levensloopbegeleider zal de hulpvrager begeleiden op de momenten dat hier behoefte aan is. Dit werkt zeer preventief dat is ook gebleken in deze pilot (programma "Volwaardig leven"). Het kan veel escalatie voorkomen en is daardoor kostenbesparend.

Ook bij preventie is het in onze ogen belangrijk dat ontwikkelgericht gedacht wordt. Mensen moeten in de gelegenheid gesteld worden om stappen in hun ontwikkeling te kunnen zetten. Denk bijvoorbeeld aan het belang van de inzet van een ervaringsdeskundige die kan uitleggen hoe een bepaalde handeling het beste uitgevoerd kan worden of welk hulpmiddel passend zou kunnen zijn. Je kunt mensen voorbereiden op hun beperking (bijv. wanneer je al weet dat je blind wordt, slecht ter been gaat worden of een andere progressieve ziekte hebt). Dit is ook preventie.

Wat betreft preventie willen we ook graag nog opmerken dat wordt gesuggereerd dat het zorgkantoor middels preventie kosten voor zijn rekening kan nemen om in te



zetten in een ander domein, zodat iemand geen Wlz-indicatie hoeft aan te vragen. En daarmee als het ware kan voorkomen dat iemand in de Wlz komt. Gezien de strenge eisen van de Wlz is dat niet aannemelijk. Zorgvragers komen pas in aanmerking voor de Wlz indicatie als zij permanent toezicht nodig hebben ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de zorgvrager zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen. Deze toegang tot de Wlz is niet te vertragen door koffieochtenden in het buurthuis of mantelzorg. Hierin schuilt ook het risico dat zorgvragers die Wlz-zorg nodig hebben dit niet krijgen vanuit de politieke druk om "langer thuis te blijven wonen". Voor zorgvragers die vallen onder de toegangseisen van de Wlz is het beter de mogelijkheden om binnen de Wlz thuis te blijven wonen, met een pgb, MPT of een VPT, te verbeteren.

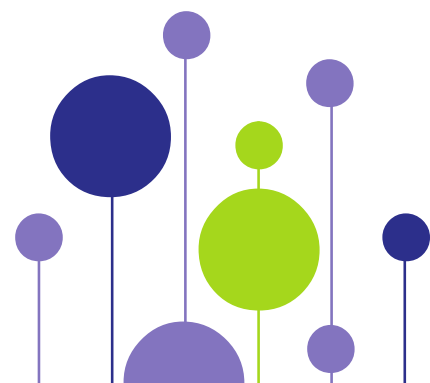
## **Persoonsvolgende zorg**

Persoonsvolgende zorg leidt tot maatwerk. Persoonsvolgende zorg heeft al op kleine schaal tot mooie resultaten geleid en zou verder uitgebreid moeten worden. Momenteel is er met name in de ouderenzorg (intramuraal) geëxperimenteerd met persoonsvolgende zorg. Dit zou ons inziens uitgebreid moeten worden naar bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, extramurale zorg en zorg over de wetten heen.

Wij zien vooral veel in een persoonsvolgend budget, ons inziens ook een vorm van persoonsvolgende zorg. Bij een persoonsvolgend budget krijgt de zorgvrager wel keuzevrijheid over wie, wanneer en hoe de zorg wordt geleverd, maar wordt zij niet belast met de administratieve taken als opdrachtgever/werkgever die bij een pgb horen. De verstrekker zal de desbetreffende zorgverlener contracteren voor deze specifieke zorgvrager (of meerdere indien daar vraag naar is). Ook zou de persoon zicht moeten hebben op het totale budget en de manier waarop hij dit volledig kan benutten. Het zorgaanbod ontstaat vanuit de zorgvraag; de zorgvraag wordt niet opgelost met het beschikbare aanbod. Op basis van de keuze van de zorgvrager wordt alleen de zorg betaald die is afgenomen. Een persoonsvolgend budget biedt dan ook uitkomst wanneer er geen passend aanbod gecontracteerd is en men niet met een pgb wil of kan werken.

## **Cliëntondersteuning**

We vinden het een goede zaak dat cliëntondersteuning kan worden ingeschakeld vanaf het moment dat het CIZ een indicatie afgeeft. We moeten er wel voor waken dat de cliëntondersteuning niet financieel afhankelijk wordt van de verstrekker. Wanneer dat het geval is zou de onafhankelijkheid in het geding komen. Wij zijn wel verbaasd dat nu gekozen is om cliëntondersteuning vanaf de CIZ-indicatie mogelijk te maken. Eerder heeft de minister namelijk in een Kamerbrief het volgende aangegeven:



*"Op basis hiervan stel ik voor om meer manoeuvreerruimte voor zorgkantoren te creëren zodat zij cliëntondersteuning kunnen bieden bij het **voorbereiden op en het aanvragen van een Wlz-indicatie bij het CIZ, dus voorafgaand aan het afgeven van een Wlz-indicatie door het CIZ.** Het gaat daarbij om kwetsbare cliënten bij wie een Wlz-indicatiebesluit al in het vooruitzicht ligt, maar die óf nog een aanvraag voor een indicatie moeten indienen, zich daarop oriënteren óf daarmee bezig zijn. Over de wijze waarop ik dit vorm kan geven, ga ik met de betrokken partijen in gesprek waaronder over de mogelijkheid van het aanpassen van het wettelijk kader."*

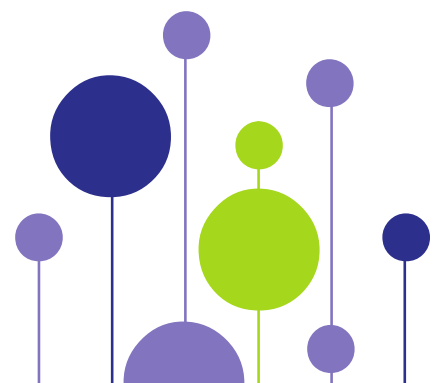
Wij vinden daarnaast dat het takenpakket van de huidige cliëntondersteuner veel te ingewikkeld is geworden. Deze moet van alle markten thuis zijn. Kennis over het pgb is in veel gevallen beperkt. Dat komt de hulpvrager niet ten goede. Wij willen daarom de taken van de huidige onafhankelijke cliëntondersteuner verduidelijken en versimpelen. Daar waar verdiepende of gespecialiseerde kennis noodzakelijk is, moet de cliënt doorverwezen worden naar een landelijke organisatie, die over de benodigde specialistische deskundigheid beschikt. Voor gespecialiseerde vragen over het pgb geldt dan dat cliënten doorverwezen worden naar Per Saldo. De kwaliteit van de cliëntondersteuning moet beter worden. Ook hier is op 11 maart 2020 al een motie over aangenomen, deze motie moet nog wel tot uitvoering gebracht worden.

### **Tot slot**

Heeft u naar aanleiding van deze brief nog nadere vragen dan kunt u contact opnemen met Aline Molenaar of Jacqueline Gomes van Per Saldo.

Met vriendelijke groet,

Aline Molenaar  
directeur Per Saldo



# Reactie

<b>Naam</b>	Sociaal Werk Nederland
<b>Plaats</b>	Utrecht
<b>Datum</b>	7 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Sociaal Werk Nederland vindt dit een goede ontwikkeling. Volgens ons leiden investeringen in sociale preventie en actieve participatie vaak tot aanzienlijke positieve maatschappelijke baten. Voor innovatieve arrangementen is vaak een brede samenwerking van partijen op lokaal niveau noodzakelijk. Omdat de kosten en baten bij verschillende partijen terechtkomen, komt deze samenwerking echter onvoldoende van de grond. Organisaties moeten de kosten van de investering vrijwel altijd delen om economisch rendabel te worden!

Graag verwijzen we naar onze publicatie uit 2013: 'Investeren aan de voorkant loont'. Daarin benoemen we zowel belemmeringen als oplossingen om investeringen te delen. Het wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking creëert meer ruimte voor Wlz-uitvoerders, zodat zij mede zorg kunnen dragen voor domeinoverstijgende initiatieven. Het wetsvoorstel neemt daarmee een belangrijke belemmering weg voor zorgkantoren om investeringen te delen. In de Memorie van Toelichting staat dat de domeinoverstijgende samenwerking in veel gevallen beoogt een intramurale opname onder de Wlz te voorkomen of uit te stellen. Wij zien deze samenwerking in een veel breder perspectief, waarbij ook eerstelijns- en tweedelijnszorg wordt voorkomen dan wel uitgesteld (zie piramide in voornoemde publicatie).

Datzelfde geldt overigens ook voor de Zorgverzekeringswet. Het is een gemiste kans dat doorgaans alleen naar de Wlz wordt gekeken en de noodzakelijke regionale samenwerking niet in het wetsvoorstel is opgenomen. Wat is er mooier dan het ook voor zorgverzekeraars mogelijk te maken om te investeren in preventie. Door dit niet mee te nemen, organiseer je nieuwe verkokering. Ten behoeve van regionale samenwerking moet in de Zorgverzekeringswet geregeld worden dat preventie en activering een non-concurrentiële status krijgen.

Zorgverzekeraars kunnen dan op die onderdelen met elkaar samenwerken. Bij de samenwerking op regionaal niveau gaat het niet alleen om zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoor. Het cliëntenperspectief mag niet ontbreken. Cliënten zijn onmisbaar (inclusief ervaringsdeskundigen) als samenwerkingspartner bij investeringen in preventie.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het in gezamenlijkheid is met een of meer gemeenten, zorgverzekeraars of de minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Een sterke focus op de economische (veelal kortetermijn)impact heeft als risico dat er minder aandacht ontstaat voor interventies die bewezen effectief zijn, maar die vooral op lange termijn renderen. Een langetermijnperspectief op verwachte kosten en baten moet gestimuleerd worden.

Let op: Evidence-based werken moet hierbij niet alleen zijn 'het toepassen van met wetenschappelijk onderzoek bewezen, effectieve methoden'.

Want: van origine is de term bestemd voor gebruik van kennis over wat werkt, bij wie, wanneer en waarom. Die kennis bestaat altijd uit een mix van

informatie uit wetenschappelijk onderzoek, uit geaccumuleerde ervaring en inzichten van professionals en uit cliëntvoorkeuren. Recentelijk is kennis over geldende normen en waarden die meespelen in de hulp hieraan toegevoegd (zie Van Yperen e.a., 2010; Van Montfoort, 2010). Evidence-based werken heeft alles te maken met een kenniscyclus waarin leren in de praktijk en delen van kennis, ervaring en inzichten centraal staan. Dat delen kan via wetenschappelijk onderzoek verlopen. Maar het aandragen en delen van 'evidence' is niet voorbehouden aan wetenschappers; dat gebeurt ook via professionele netwerken of publicaties van hulpverleners of ervaringsdeskundigen. Door nieuwe ervaringen te expliciteren, praktijken door te ontwikkelen en mee te doen in onderzoek groeit de 'body of knowledge' over wat wel en niet werkt in een vakgebied (Van Yperen, 2014).

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Ook (longitudinaal) effectevaluatieonderzoek is randvoorwaardelijk aan verdere opschaling van preventieve aanpakken (zeker aangezien budgetten binnen gemeenten onder druk staan en men behoefte heeft aan instrumenten, zoals kosten-batenberekeningen en nader inzicht in de effectiviteit van interventies, om adequate keuzes te kunnen maken). Landelijke partijen als ZN, VNG, Sociaal Werk Nederland, zorgbranches en kennisinstututen sociaal domein zouden in elk geval betrokken moeten zijn, met het oog op opschaling van preventieve aanpakken. Sociaal Werk Nederland verwijst voor criteria op basis waarvan gemonitord kan worden, graag naar een door SEOR (Erasmus School of Economics) uitgevoerde meta-analyse businesscases sociaal werk. Dit rapport doet ook aanbevelingen voor de opschaling van preventieve aanpakken. Zijn alleen lagere zorgkosten voorwaarde voor bekostiging van preventie (kwantiteit) of is het krijgen van betere zorg en ondersteuning en meer kwaliteit van leven ook voldoende resultaat van preventie (kwaliteit en doelmatigheid)?

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?



We zijn hier geen voorstander van, hoewel het begrijpelijk is om de flexibele ruimte niet alleen te benutten voor preventie, maar ook voor maatwerk voor specifieke cliënten(groepen) of bijzonder omstandigheden (omdat ze moeilijk te vatten zijn in de reguliere bekostiging). Het leidt echter de aandacht af van preventie!

## **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

Het zal de domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau verder stimuleren. Investerings in preventie worden economisch renderend. De voorgestelde landelijke monitor zal ook een opschaling van preventieve aanpakken stimuleren. Maar ook hier geldt: neem ook de Zorgverzekeringswet mee!

## **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

De regionale samenwerking zal het eerste jaar vanuit landelijke partijen stevig aangejaagd moeten worden, wil de wetswijziging effectief zijn.



# Reactie

<b>Naam</b>	Anoniem
<b>Plaats</b>	Utrecht
<b>Datum</b>	6 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Als NVZ vinden we dit een goede ontwikkeling. Voor de NVZ is het vooral belangrijk dat de uitstroom uit de ziekenhuis goed plaats kan vinden door voldoende aanbod van ELV en WLZ beschikbaar te hebben. Als NVZ hopen we dat de preventieve maatregelen er toe bijdragen dat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat de beperkte capaciteit in de WLZ wordt belast.

Op pagina 4 van de memorie van toelichting gaat u in op de rol van zorgverzekeraars met betrekking tot domein overstijgende investeringen. Als NVZ willen we aandacht vragen voor dit punt. In uw voorstel geeft u richting aan preventieve maatregelen binnen de WLZ door hier mogelijkheden in financiering voor te realiseren. U gaat hierbij voorbij aan het punt dat zorgverzekeraars dit ook niet vanuit de zvw kunnen financieren, maar dat hiervoor het eigen vermogen moet worden aangesproken. Het is zeer wenselijk als gelijksoortige prikkels binnen de ZVW worden gerealiseerd om ook zorg in de medisch specialistische setting te voorkomen. Dit geeft ook binnen de MSZ meer mogelijkheden om de juiste zorg op de juiste plek te leveren.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

NVT

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

NVT

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

NVT

### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

NVT

### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

NVT

# Reactie

<b>Naam</b>	European Anti Poverty Network Nederland (EAPN NL)
<b>Plaats</b>	Doorn
<b>Datum</b>	29 maart 2021

## Vraag3

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Lagere zorguitgaven ontstaan op dat moment dat mensen zich er weer bij horen voelen, dat ze er ook mogen zijn, dat ze gewaardeerd worden. Dit gevoel ontstaat bij lokale zelforganisaties, die een locatie hebben waar ze open deur hebben voor mensen, ongeacht hun armoede of hun beperking, ongeacht hun leeftijd of status. EAPN Nederland werkt met zulke organisaties, zoals Inclusie Nederland of Onze DROOM Brummen of het Inloophuis in Biddinghuizen. Probleem is dat voor dit werk geen of onvoldoende middelen aanwezig zijn. Willen we echt minder zorgkosten? Begin dan met investeren in de organisaties van de mensen zelf, zoals de genoemde.

## Vraag4

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?

Dit sluit aan bij wat we onder vraag 4 gesteld hebben. Financier de 'bijzondere omstandigheden' die we als organisaties creëren en bespaar op de zorguitgaven, aangezien mensen beter in hun vel zitten.

## Vraag5

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?

Alleen als er veel meer geïnvesteerd wordt in de zo belangrijke organisaties die als een soort laatste open deur functioneren.

# Reactie

<b>Naam</b>	Bewegen Werkt
<b>Plaats</b>	Zwolle
<b>Datum</b>	19 maart 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Ik vind het goed wanneer er mee domein overstijgend gewerkt wordt. Wel blijft preventie dan nog in het zorgdomein (WLZ, WMO en ZVW, terwijl je zou willen dat preventie juist ook buiten het zorgdomein meer mogelijk gemaakt óf ondersteund wordt. Bijv. door verbindingen te leggen met bijv. de participatiewet (preventie in het kader van terugkeer naar werk én gezondheidswinst gaan vaak hand in hand) of binnen werk.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Als de baten maatschappelijk gezien groter zijn (of verwacht worden te zijn) dan de kosten, dan zou een preventieve aanpak niet per sé door een zorgkantoor geaccordeerd hoeven te worden. Ook een gemeentelijke

sociale dienst zou dit samen met bijv. een zorgverzekeraar moeten kunnen oppakken. Monitoring en een beslismoment voor continuering of uitbreiding is ook dan van belang. Maar dat zou ook bij een andere instantie dan het zorgkantoor kunnen worden getoetst.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Wellicht is het goed dat hier een instantie voor in het leven geroepen wordt, die geen achtergrond heeft in de zorg. Anders blijft het een 'zorgdingetje'.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Prima. Onder de voorwaarden die benoemd worden bij de vragen 2 en 3.

### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Ja.

### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Als het niet in de zorg wordt belegd, wel. De zorg heeft vooral belang bij het in stand houden van hoe de bekostiging nu verloopt. Wil je daaruit komen, dan moet je de toetsing, monitoring én samenwerkingsmogelijkheden ook buiten de zorg om mogelijk moeten maken.

# Reactie

<b>Naam</b>	Anoniem
<b>Plaats</b>	's-Hertogenbosch
<b>Datum</b>	18 maart 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Ik vind dat een heel goed idee. Zou er zelfs een laag aan toe willen voegen. Als bedrijven investeren in de gezondheid van hun personeel zijn het naast de bedrijven ook voor een groot deel de verzekeraars die de baten ontvangen. Het zou mooi zijn als die bij de bedrijven dus ook mee gaan financieren. Na het onderwijs komt opvoeding toch voor een groot deel bij bedrijven te liggen.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Ik denk dat het ten alle tijden goed is om de link en samenwerking met de gemeente te hebben, maar dit kan zaken wel onnodig vertragen en bemoeilijken. De gemeenten hebben al meer dan genoeg werk en bij de bedrijven en zorgverleners zit ook voldoende kennis en kunde om het snel en grondig op te pakken volgens a,b en c

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Onderzoek heeft inmiddels al lang aangetoond dat preventie kosten effectief is. Het lijkt me goed om resultaten als medicijn gebruik, uitval op het werk, kwaliteit van leven en mogelijk gezondheidskenmerken bij te houden. Toch ben ik ervan overtuigd dat de focus niet op de resultaten moet liggen, maar op de succesvolle veranderingen in gedrag die het te weeg brengt. Dit zorgt voor motivatie op de lange ipv de korte termijn

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Als je ook mensen die laag geletterd, doof of gehandicapt zijn goed wil kunnen begeleiden dan moet daar vaak extra tijd in gestoken worden. Anders zullen deze personen achter lopen bij de rest van de groep. Op scholen is er ook altijd een groep die meer tijd en energie vraagt van de leraar. Dat is met preventie ook, maar als het budget voor iedereen gelijk is gaat dat allemaal van de inkomsten van de zorgverlener af en ben je afhankelijk of die zorgverlener wel of niet die extra mijl wil gaan

### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Absoluut. Als we de zorgkosten op de een of andere manier onder controle willen krijgen moet er veel geld in preventie worden gestoken. Des te meer partijen hieraan mee financieren des te beter

### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Dat is voor een groot deel afhankelijk van de zorgverzekeraars. In de maatschappij zijn er tal van gemotiveerde slimme, innovatieve spelers die echt werk willen maken van preventie. Als door de wetswijziging de aandacht en het geld nog meer naar preventie gaan zal dit alleen maar meer slimme koppen aantrekken om het groeiende gezondheidsprobleem aan te pakken.



# Reactie

<b>Naam</b>	Lelie zorggroep
<b>Plaats</b>	Rotterdam
<b>Datum</b>	15 maart 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Dit is een goede zaak. Wij lopen er nu vaak tegenaan dat goede ideeën stranden i.v.m. financiering. Samen werking tussen gemeenten en Zorgverzekeraars lopen stroef.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

- a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
- b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
- c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Let op dat er ruimte blijft voor initiatieven die niet gelijk zo zwaar hoeven worden aangepakt mat business case.

Geef gemeenten voldoende ruimte om aanbieders/partijen in de wijk een preventief plan uit te werken. Hier kan het Zorgkantoor uiteraard bij betrokken zijn.

Zorg ervaar dat er ruimte blijft om snel plannen op te pakken. Niet jarenlange discussie over een plan voordat het kan worden ingezet.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Betrokken:

Zorgkantoor

Gemeenten

Aanbieders

Bewoners

Veel preventieve maatregelen staan nog in de kinderschoenen, worden nu als innovatieve pilots uitgevoerd. Aantoonbaar maken van het leiden naar lagere zorguitgaven wordt dan lastig. Dit zou dan leiden tot het uitdoven van nieuwe initiatieven op dit gebied.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Een goede zaak, dit geeft ruimte aan preventie.

### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Dit zal zeker meerwaarde hebben.

### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Het kan gaan werken als er voldoende ruimte wordt gegeven aan de betrokken partijen, er snelheid in de beslisfase zit en er ruimte is voor nieuwe initiatieven.

# Reactie

<b>Naam</b>	gemeente Lansingerland
<b>Plaats</b>	Lansingerland
<b>Datum</b>	8 maart 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Het is een goed voorstel dat een bijdrage gaat leveren aan de doelstelling: de juiste zorg op de juiste plek.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Ik vind het goed dat de voorwaarde van monitoren en evaluatie is opgenomen. Want het zal gaan om lange termijn effecten die pas na 2 of 3 jaar zichtbaar zijn. Ik vind zelf het woord 'business case' niet passend en zou dat vervangen door de Quality Adjusted Life Time methodiek. Deze kijkt naar meer dan alleen maar korte termijn financiële winst zoals bij een businesscase en gaat ook over de meerwaarde voor de client.

## Vraag3

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Ik zou hiervoor monitoren hoeveel 65-plussers met een of meerdere chronische aandoeningen gemeenten helpen en blijven helpen gedurende de inzet van deze Wlz-middelen. Dit kan worden gemonitord door middel van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein.

#### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Goed voorstel.

#### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Ja.

#### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Dat hangt ook af van de financiële kaders voor de gehele uitvoering van zorg en ondersteuning die gemeenten en zorgverzekeraars krijgen op basis van de Wmo en Zvw.

# Reactie

<b>Naam</b>	Anoniem
<b>Plaats</b>	Capelle aan den IJssel
<b>Datum</b>	3 maart 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

goede stap.

wat mij betreft nog iets teveel vanuit individuele indicaties gedacht in plaats van in collectieve preventie (voorkomen van).

maar in de voorbeelden zie ik dat wat meer terug.

M.i. moeten met name de zorgkantoren, en ook de gemeenten, wel 'geholpen' worden om indicatieloos te denken bij preventie en voorkomen dat. indicatiedenken zit erg in de systemen gebakken.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

- a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
- b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
- c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Prima.

Maar graag af van het individu en meer naar de populatie redenerend.

Help ze daarbij.

## **Inbreng internetconsultatie Domein-overstijgende samenwerking wetsvoorstel aanpassing Wlz**

**Inbreng: Korsakov Kenniscentrum – vereniging van 40 zorgaanbieders in de gespecialiseerde zorg voor mensen met Korsakov**

**20 april 2021**

### **Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz moet mogelijk worden!**

#### **Algemeen**

Het wetsvoorstel voor de uitbreiding van taken van het zorgkantoor ter uitvoering van de Wlz om ook kosten van zorg op te nemen die niet binnen de cliëntvolgende bekostiging vallen wordt als een positieve aanpassing van de Wlz gezien.

#### **Preventie**

Het gezamenlijk inzetten op domein-overstijgende preventieve maatregelen die kan bijdragen aan uitstel van opname in een Wlz-instelling.

Door vanuit de Wlz mee te bekostigen kunnen domein-overstijgende initiatieven in een regio beter van de grond komen. Hierdoor is meer integrale zorg rondom de cliënt mogelijk. Gedacht kan worden aan een cliënt die nog geen diagnose Korsakov heeft maar met de juiste bemoeizorg, advies en inzet van gespecialiseerd SO en SPV/ SPH een langere tijd buiten de 24/7 opname Wlz kan verblijven met een integraal pakket van WMO/Wlz en Zvw gefinancierde zorg en dienstverlening. Dat hierbij de Wlz meefinanciert is in het belang van de cliënt en het uitstellen of zelfs voorkomen van een blijvende opname in de Wlz.

Echter, voorkomen dient te worden dat het niet of later ‘opnemen’ in de Wlz volledig afgewenteld wordt op het Wlz kader. Er ligt een belangrijke wettelijke taak voor preventie bij gemeenten en zorgverzekeraars, die dient wel waar gemaakt te worden. Hier ligt nog een knelpunt dat niet alleen opgelost kan worden met het financieel bijdragen vanuit de Wlz.

Interessant is als vanuit de Wlz wel inzet voor cliënten die ook nog Zvw of WMO gefinancierde diensten/zorg ontvangen kan worden geleverd, met als doel uitstel of voorkomen opname 24/7 in de Wlz.

#### **Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz**

Het versoepelen van de cliëntvolgende bekostiging in de Wlz moet het mogelijk maken via het sluttarief randvoorwaardelijke zaken te bekostigen die noodzakelijk zijn voor passende zorg, die nu niet opgenomen is in de reguliere bekostigingsstructuur omdat zij niet toe te rekenen zijn aan de individuele cliënt.

Voor cliënten in de Wlz met een zeer hoge complexiteit aan zorgbehoeften past de cliëntvolgende ZZP bekostigingssystematiek niet. De passende zorg en randvoorwaarden om de verantwoorde zorg te kunnen bieden kan redelijkerwijs niet uit de ZZP en bijhorende toeslagen worden bekostigd. Hier zal voor cliënten het financieren op basis van maatwerk essentieel zijn. Denk aan de noodzaak tot een beveiligde omgeving voor zeer ernstige gedragsstoornissen bij mensen met Korsakov, waar de investeringen voor het creëren van zo'n plek gedaan worden alvorens een cliënt op de plek komt wonen. De investering is buitenproportioneel en kan niet in een redelijke tijd worden terugverdiend. Zonder deze mogelijkheid is het voor Wlz-aanbieders niet mogelijk passende en verantwoorde zorg en behandeling te bieden aan deze specifieke cliënten. Er zijn nu al voldoende casuïstiek bekend binnen de Wlz waar maatwerkoplossingen voor de bekostiging van de zorg de enige oplossing zijn om de passende zorg verantwoord te kunnen bieden.

Voor deze specifieke groep cliënten zal de mogelijkheid tot maatwerk bekostiging essentieel zijn om passende, verantwoorde woon-zorg te kunnen blijven aanbieden vanuit de Wlz.

## **Inbreng internetconsultatie Domein-overstijgende samenwerking wetsvoorstel aanpassing Wlz**

**Inbreng: Korsakov Kenniscentrum – vereniging van 40 zorgaanbieders in de gespecialiseerde zorg voor mensen met Korsakov**

**20 april 2021**

### **Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz moet mogelijk worden!**

#### **Algemeen**

Het wetsvoorstel voor de uitbreiding van taken van het zorgkantoor ter uitvoering van de Wlz om ook kosten van zorg op te nemen die niet binnen de cliëntvolgende bekostiging vallen wordt als een positieve aanpassing van de Wlz gezien.

#### **Preventie**

Het gezamenlijk inzetten op domein-overstijgende preventieve maatregelen die kan bijdragen aan uitstel van opname in een Wlz-instelling.

Door vanuit de Wlz mee te bekostigen kunnen domein-overstijgende initiatieven in een regio beter van de grond komen. Hierdoor is meer integrale zorg rondom de cliënt mogelijk. Gedacht kan worden aan een cliënt die nog geen diagnose Korsakov heeft maar met de juiste bemoeizorg, advies en inzet van gespecialiseerd SO en SPV/ SPH een langere tijd buiten de 24/7 opname Wlz kan verblijven met een integraal pakket van WMO/Wlz en Zvw gefinancierde zorg en dienstverlening. Dat hierbij de Wlz meefinanciert is in het belang van de cliënt en het uitstellen of zelfs voorkomen van een blijvende opname in de Wlz.

Echter, voorkomen dient te worden dat het niet of later ‘opnemen’ in de Wlz volledig afgewenteld wordt op het Wlz kader. Er ligt een belangrijke wettelijke taak voor preventie bij gemeenten en zorgverzekeraars, die dient wel waar gemaakt te worden. Hier ligt nog een knelpunt dat niet alleen opgelost kan worden met het financieel bijdragen vanuit de Wlz.

Interessant is als vanuit de Wlz wel inzet voor cliënten die ook nog Zvw of WMO gefinancierde diensten/zorg ontvangen kan worden geleverd, met als doel uitstel of voorkomen opname 24/7 in de Wlz.

#### **Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz**

Het versoepelen van de cliëntvolgende bekostiging in de Wlz moet het mogelijk maken via het sluttarief randvoorwaardelijke zaken te bekostigen die noodzakelijk zijn voor passende zorg, die nu niet opgenomen is in de reguliere bekostigingsstructuur omdat zij niet toe te rekenen zijn aan de individuele cliënt.



Voor cliënten in de Wlz met een zeer hoge complexiteit aan zorgbehoeften past de cliëntvolgende ZZP bekostigingssystematiek niet. De passende zorg en randvoorwaarden om de verantwoorde zorg te kunnen bieden kan redelijkerwijs niet uit de ZZP en bijhorende toeslagen worden bekostigd. Hier zal voor cliënten het financieren op basis van maatwerk essentieel zijn. Denk aan de noodzaak tot een beveiligde omgeving voor zeer ernstige gedragsstoornissen bij mensen met Korsakov, waar de investeringen voor het creëren van zo'n plek gedaan worden alvorens een cliënt op de plek komt wonen. De investering is buitenproportioneel en kan niet in een redelijke tijd worden terugverdiend. Zonder deze mogelijkheid is het voor Wlz-aanbieders niet mogelijk passende en verantwoorde zorg en behandeling te bieden aan deze specifieke cliënten. Er zijn nu al voldoende casuïstiek bekend binnen de Wlz waar maatwerkoplossingen voor de bekostiging van de zorg de enige oplossing zijn om de passende zorg verantwoord te kunnen bieden.

Voor deze specifieke groep cliënten zal de mogelijkheid tot maatwerk bekostiging essentieel zijn om passende, verantwoorde woon-zorg te kunnen blijven aanbieden vanuit de Wlz.

## Notitie Kenniscentrum Dementie op Jonge Leef tijd

t.a.v. het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Amersfoort, april 2021

### Aanleiding

Het Kenniscentrum Dementie op Jonge Leef tijd (in het vervolg van deze notitie 'Kenniscentrum' genoemd) maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het wetsvoorstel Domein-overstijgende samenwerking. Het Kenniscentrum vertegenwoordigt hierbij alle 38 zorgaanbieders in Nederland die gespecialiseerde zorg bieden aan jonge mensen met dementie en hun naasten (zie [link](#)). De aanleiding om op de consultatie Domein-overstijgende samenwerking te reageren is dat dit wetsvoorstel de leden van het Kenniscentrum mogelijk kansen biedt om jonge mensen met dementie en hun naasten te ondersteunen bij het langer thuis blijven wonen. Het Kenniscentrum ziet echter ook een aantal punten van zorg. In deze notitie wordt eerst verder toegelicht wat het Kenniscentrum doet en waarom jonge mensen met dementie een specifieke doelgroep vormen. Vervolgens worden de preventieve maatregelen beschreven middels welke jonge mensen met dementie langer thuis kunnen wonen. Hierbij worden ook de knelpunten bij de bekostiging hiervan beschreven. Voor wat betreft het wetsvoorstel worden mogelijke kansen, punten van zorg en een belangrijke randvoorwaarde benoemd. Tot slot legt het Kenniscentrum het ministerie een vraag voor.

### Kenniscentrum Dementie op Jonge Leef tijd

De leergemeenschap van het Kenniscentrum bestaat uit bovengenoemde zorgaanbieders, de vijf Alzheimercentra die vertegenwoordigd zijn in de Wetenschappelijke Raad, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), GGZ Delfland en samenwerkingspartners Alzheimer Nederland, FTD Lotgenoten, het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en Alzheimer Liga Vlaanderen. Al deze partijen werken actief samen aan de verbetering van de zorg en ondersteuning voor jonge mensen met dementie en hun naasten. Praktijkervaring en wetenschappelijke inzichten worden iedere twee maanden uitgewisseld op de drukbezochte bijeenkomsten van de Adviesraad. De professionals werken naast hun lokale activiteiten, ook op landelijk niveau aan kwalitatief goede specialistische zorg. Zij zetten zich, vaak in hun vrije tijd, in voor de commissies Kwaliteit, Deskundigheidsbevordering, Belangenbehartiging en Informatie, Voorlichting en Advies (IVA).

### Jonge mensen met dementie als specifieke doelgroep

De problematiek van jonge mensen met dementie (<65 jaar) raakt een gezin op het moment dat zij, hun partners en (jonge) kinderen midden in het leven staan. Dit leidt zowel voor de persoon met dementie als voor diens naaste vaak tot problemen op het gebied van zorg voor de kinderen, relaties, werk, activiteiten, sociale redzaamheid en financiën. Bij dementie op jonge leeftijd is in vergelijking tot dementie op latere leeftijd veel frequenter sprake van meer zeldzame vormen van dementie, waarbij naast de cognitieve veranderingen vooral ook veranderingen in gedrag op de voorgrond staan. Deze veranderingen in gedrag hebben een grote impact op het gezin. De andere levensfase, gedragsveranderingen een grotere vitaliteit stellen ook andere eisen aan voorzieningen als dagbesteding of dagbehandeling vergeleken met dementie op oudere leeftijd. Het lage volume van de doelgroep en de hoog complexe zorg die nodig is vragen gespecialiseerde begeleiding en

behandeling in alle fasen van het ziekteproces en vragen daarom ook andere randvoorwaarden. Jonge mensen met dementie zijn erkend als specifieke doelgroep met een hoog complexe zorgbehoefte in het KPMG rapport '[Expertisecentra langdurige zorg](#)' (2019). Ook in de Zorgstandaard Dementie 2020 zijn jonge mensen met dementie erkend als specifieke doelgroep. In de Nationale Dementiestrategie 2021-2030 van het ministerie zijn jonge mensen met dementie aangemerkt als doorsnijdend thema, waarbij het Kenniscentrum is benoemd als relevante partij.

### **Ondersteuning bij langer thuis wonen**

De leergemeenschap van het Kenniscentrum heeft in de afgelopen 18 jaar veel kennis opgedaan over wat de ondersteuningsbehoeften van jonge mensen met dementie zijn en wat passende zorg is. Zo zijn er in die jaren door verschillende wetenschappers een viertal proefschriften geschreven over dit onderwerp in het kader van de NEED-YD studie ([link](#)). Ook in Australië en Engeland zijn verschillende studies naar dit onderwerp gedaan. Uit deze studies is duidelijk geworden dat opname in de langdurige zorg kan worden uitgesteld als er direct vanaf de diagnose gespecialiseerde zorg geboden wordt aan jonge mensen met dementie en hun naasten. In dezelfde studies wordt helaas ook geconcludeerd dat deze zorg in de praktijk vaak ontbreekt. De aanvullende bekostiging die uiteindelijk nodig is voor de zorg van jonge mensen met dementie in de intramurale setting, zoals groepsmeezorg, maakt deze zorg extra kostbaar. Preventieve maatregelen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het welbevinden, zorgbelasting verminderen en onnodig hoge zorgkosten voorkomen. Hieronder worden de preventieve maatregelen die de leden van het Kenniscentrum (willen) nemen om jonge mensen met dementie zo lang mogelijk thuis te laten wonen en de knelpunten die zij ondervinden bij de bekostiging hiervan.

### **Diagnostiek**

In 45% van de gevallen krijgen jonge mensen met dementie in eerste instantie geen of een verkeerde diagnose (zie [link](#)). Gemiddeld duurt het vanaf de eerste symptomen 4,4 jaar tot de juiste diagnose wordt gesteld. Vaak wordt er in eerste instantie gedacht aan burn-out, depressie, psychische problematiek of relatieproblemen. Gevolgen hiervan zijn dat deze mensen geen of de verkeerde hulp ontvangen, dat relaties verbroken worden en dat mensen in financiële problemen belanden vanwege hun koopgedrag en/of verlies van werk. De draagkracht van de persoon met dementie en het netwerk eromheen wordt hierdoor al in de eerste jaren van de ziekte zwaar beproefd. Een vroege diagnose voorkomt het onnodig extra lijden en vergroot de mogelijkheid om Advance Care Planning in te zetten. Met het oog hierop proberen de leden van het Kenniscentrum eerstelijnsverwijzers zoals huisartsen, praktijkondersteuners en bedrijfsartsen in de eigen regio te informeren over het bestaan en herkennen van dementie op jonge leeftijd. Zij maken hierbij gebruik van de informatie die binnen het Kenniscentrum specifiek voor eerstelijnsverwijzers is ontwikkeld. De activiteiten die bijdragen aan de vroegsignalering van dementie op jonge leeftijd komen echter lang niet altijd van de grond aangezien de benodigde extra tijd en mankracht niet vergoed worden.

### **Specialistische ondersteuning thuis**

Gespecialiseerd casemanagement voor jonge mensen met dementie is van groot belang. De casemanager heeft specifieke kennis nodig als het gaat om dementie in combinatie met werk, de verschillende ziektebeelden, de psychosociale begeleiding en omgang met moeilijk verstaanbaar gedrag, de begeleiding van het cliëntsysteem en de organisatie van de zorg. In de praktijk blijken de 'gewone' casemanagers dementie lang niet altijd adequate ondersteuning te bieden aan jonge mensen met dementie, waarbij vaak sprake is van onbewust onbekwaam handelen. Er zijn in

Nederland twee opleidingen die casemanagers dementie toerusten voor de ondersteuning van jonge mensen met dementie ([link](#)). Casemanagers dementie op jonge leeftijd hebben naast de complexe ondersteuningsvragen te maken met grotere reisafstanden gezien het lage volume van de doelgroep. Ook genereert de complexiteit van het ziektebeeld, de begeleiding van het cliëntsysteem en het overleg met andere disciplines en diverse stakeholders (denk aan CIZ, werkgever, WIA rondom arbeidsongeschiktheid) een lagere productienorm. Deze gegevens maken het moeilijk voor de zorgaanbieders om deze zorg te bekostigen. Het Kenniscentrum heeft in het afgelopen jaar een 'businesscase casemanagement dementie op jonge leeftijd' opgesteld om de kosten hiervoor inzichtelijk te maken. Naast gespecialiseerd casemanagement is het wenselijk dat voor thuiswonende jonge mensen met dementie ook andere specialistische hulp kan worden ingeschakeld. Wanneer er bijvoorbeeld vragen zijn met betrekking tot het ziektebeeld of in de ondersteuning van het gezinssysteem, zou het wenselijk zijn dat een Specialist Ouderengeneeskunde, een psycholoog of een ambulante begeleider met specialistische kennis op consultbasis kan worden ingezet. In het huidige systeem is bekostiging van deze ondersteuning niet geregeld.

### ***Mantelzorgondersteuning***

Ondersteuning van gezinsleden met mantelzorgtaken in de vorm van gesprekken en lotgenotengroepen is van essentieel belang om jonge mensen met dementie langer thuis te laten wonen, zo wordt ook erkend in de Zorgstandaard Dementie en de Nationale Dementiestrategie. Zodra de mantelzorger 'omvalt', betekent dit voor de cliënt een (crisis)opname in de langdurige zorg. Lotgenotencontact met professionele begeleiding vanuit een gespecialiseerde voorziening is bewezen effectief voor de vergroting van de draagkracht. Deze specialistische zorg kunnen de mantelzorgers niet vinden in de gemiddelde Alzheimer-café's en ontmoetingshuizen, waar zij voornamelijk vrijwilligers en oudere mantelzorgers tegenkomen die hun specifieke problemen niet (her)kennen. De leden van het Kenniscentrum hebben programma's ontwikkeld voor specialistische mantelzorgerondersteuning, maar lopen hierbij tegen bekostigingsproblemen aan. Zij krijgen hun programma's niet of (na zeer veel moeite) slechts voor een heel klein deel vergoed. Om deze reden wordt de mantelzorgondersteuning óf uit eigen zak betaald, óf niet georganiseerd, met als gevolg dat passende zorg niet geleverd wordt en thuissituaties (chronisch) ontwricht raken. Zelfs gevalideerde en erkende interventies zoals [Dementie en Nu](#) en [Partner in Balans](#) worden niet vergoed. Hoewel het Kenniscentrum in 2020 een businesscase mantelzorgondersteuning heeft opgesteld ter onderbouwing van deze zorg, blijken zowel de gemeenten als de zorgverzekeraars geen verantwoordelijkheid te nemen om deze zorg te bekostigen en daarentegen naar elkaar te verwijzen.

### ***Dagbesteding en dagbehandeling***

Gespecialiseerde dagbestedings- en dagbehandelingsplekken voor jonge mensen met dementie zijn, als de ziekte verder vordert, onontbeerlijk om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Vanwege de complexe zorgvraag en de lichamelijke fitheid van jonge mensen met dementie vragen de activiteiten een andere en meer geavanceerde invulling dan activiteiten voor ouderen met dementie. Ook in deze fase wordt van het personeel specifieke kennis gevraagd waar het gaat om de verschillende ziektebeelden, de psychosociale begeleiding, de omgang met probleemgedrag en de begeleiding van het cliëntsysteem. Voor de toerusting van het zorgpersoneel, zowel op niveau 3 en 4 als op academisch niveau, zijn specifieke opleidingen ontwikkeld ([link](#)). Gezien het lage volume van de doelgroep zijn de reisafstanden van de cliënten groter, wat een andere bekostiging van het vervoer vraagt. De leden van het Kenniscentrum financieren de dagbesteding vanuit de WMO of Wlz en de dagbehandeling vanuit de WMO, Zvw (vanuit de GZSP-regeling) of Wlz. Op dit moment is er sprake van een enorme administratieve last bij de zorgaanbieders vanwege deze versnipperde financiering. Zij lopen hierbij tegen de volgende knelpunten aan:

- *WMO*: De basistarieven uit de WMO zijn ontoereikend voor dagbesteding voor jonge mensen met dementie. De zorgaanbieders leggen er regelmatig zelf geld op toe om de kosten gedekt te krijgen. Zo is er een ontmoetingscentrum waarbij wordt overwogen om deze op te doeken, niet omdat er geen vraag is, maar omdat de kosten te hoog en administratieve lasten (vanwege het grote gebied waarin wordt gewerkt) te groot zijn. Het plustarief biedt meer mogelijkheden, maar aangezien de zorgaanbieders in meerdere gemeenten werken krijgen zij dit lang niet overal goed geregeld.
- *Zvw (GZSP)*: De leden van het Kenniscentrum hebben sinds 1 januari (bij het aflopen van de tijdelijke subsidieregeling) grote problemen met de bekostiging van de zorg via de GZSP-regeling. De reden hiervoor is dat iedere zorgverzekeraar een eigen route heeft voor het aanvragen van de zorg. Dit betekent bijvoorbeeld in de praktijk dat een manager Dagbehandeling drie maanden bezig is om vijf indicaties rond te krijgen, dat dezelfde vervoerder voor de ene cliënt bij de zorgverzekeraar moet declareren terwijl hij dit voor de andere cliënt via de zorgaanbieder moet doen, dat sommige zorgverzekeraars uitzonderlijk veel informatie willen ontvangen voordat een indicatie wordt toegekend en dat er zelfs regelmatig aanvragen worden afgewezen. Het gevolg hiervan is dat de administratieve lasten voor de zorgaanbieders enorm toenemen en dat de cliënten niet op tijd de nodige zorg ontvangen. Daarbij wordt een indicatie vanuit de GZSP slechts voor twee jaar toegekend (wat bij de subsidieregeling vijf jaar was) wat nog meer administratieve handelingen vraagt. Bij een chronische aandoening zoals dementie waarbij de achteruitgang zeker is, is deze korte termijn niet passend.
- *Wlz*: Bij overgang van de Zvw naar de Wlz wordt de eigen bijdrage van de cliënt in de meeste gevallen hoger. Gezien de eerder genoemde financiële problematiek die vaak speelt is de drempel hoog om een Wlz indicatie aan te (laten) vragen.

*Situatieschets door afdeling Zorgbemiddeling van de Waalboog, Nijmegen:*

Cliënten ontvangen zorg thuis via de Zvw, de wijkverpleegkundige heeft de zorg in kaart, declaratie is geregeld. Cliënt krijgt een Wlz indicatie en verblijft nog steeds thuis. De zorg wordt door de dossierhouder (waar de indicatie Wlz aan is toegewezen) opnieuw in kaart gebracht (tot de minuut nauwkeurig). Deze zorg moet worden aangevraagd bij het zorgkantoor, wordt daar beoordeeld en goed- of afgekeurd etc. Voor deze acties is er allerlei berichtenverkeer opgetuigd en is er sprake van enorm bureaucratische handelingen. Feitelijk is in de thuissituatie de zorg volledig in beeld door de casemanager en financieel geregeld vanuit de Zvw. Door de keuze dat na afgifte van een Wlz indicatie, de dossierhouders alle zorg weer in kaart brengen, doen wij alles nog eens over. Door deze keuzes zijn er bij alle instellingen bureaus opgetuigd om dit te regelen, evenals medewerkers bij de zorgkantoren. Onze conclusie is dat er veel geld vanuit de Wlz naar administratieve handelingen gaat, terwijl dit niet nodig zou zijn. Dit budget kan beter naar de zorg.

Bij het Kenniscentrum zijn een kwaliteitsbeschrijving en businesscase dagbehandeling aanwezig, welke komend jaar zullen worden aangepast aan de landelijke ontwikkelingen en de huidige wet- en regelgeving.

### **Respijtzorg**

Door het aanbod van respijtzorg (vanuit de WMO) kan een opname in de langdurige zorg worden uitgesteld. Ook hierbij wordt door de zorgaanbieders administratieve regeldruk ervaren en is het lastig om zorg op maat te bieden. Respijtzorgafspraken moeten bijvoorbeeld per gemeente worden gemaakt, terwijl cliënten soms net buiten een gemeente vallen (wat gezien het lage volume vaker

het geval is). Daarbij bieden gemeenten respijtzorg niet actief aan omdat zij vaak niet bekend zijn met de problematiek van jonge mensen met dementie of zich zorgen maken over te hoge uitgaven.

### **Kansen, zorgen en noodzakelijke randvoorwaarde bij uitvoering wetsvoorstel**

Het wetsvoorstel Domein-overstijgende samenwerking biedt mogelijk kansen voor de bekostiging van preventieve maatregelen voor jonge mensen met dementie en hun naasten. Het zou een enorme winst betekenen als het hierdoor bijvoorbeeld mogelijk zou worden om de samenwerking met eerstelijnsverwijzers en mantelzorgondersteuning goed te organiseren. Het Kenniscentrum ziet echter ook twee punten van zorg. Het eerste betreft de grote administratieve last die momenteel op de schouders van de zorgaanbieders ligt en die 'gewoon' uit de reguliere zorg wordt bekostigd. Het Kenniscentrum vraagt zich af of het creëren van een extra potje voor preventieve maatregelen, wat bij de uitvoering van dit wetsvoorstel in feite zal gebeuren, deze administratieve last nog extra zal verzwaren. Het tweede punt van zorg is dat de zorgkantoren alle vrijheid zouden hebben om wel of geen preventieve maatregelen in te zetten. Het Kenniscentrum ziet daarbij het ongewenste scenario ontstaan dat de zorgaanbieders in iedere regio de zorgkantoren moeten overtuigen van de noodzaak van de preventieve maatregelen, met het risico op afwijzing van hun voorstellen. Het Kenniscentrum ziet het als noodzakelijke randvoorwaarde dat jonge mensen met dementie door de minister van VWS worden aangewezen als specifieke doelgroep waarvoor alle zorgkantoren passende zorg inkopen bij (gespecialiseerde) zorgaanbieders. Passende zorg betekent dat er afspraken worden gemaakt over de bovengenoemde preventieve maatregelen (diagnostiek, specialistische ondersteuning thuis, mantelzorgondersteuning, dagbesteding, dagbehandeling en respijtzorg). Passende preventieve zorg zal leiden tot een langer verantwoord verblijf thuis, hetgeen het welbevinden positief zal beïnvloeden en de maatschappelijke kosten over de domeinen heen omlaag zal brengen.

### **Vraag aan het ministerie**

*Is het ministerie bereid om jonge mensen met dementie aan te wijzen als specifieke doelgroep waardoor de zorgkantoren afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over gespecialiseerde begeleiding en behandeling in alle fasen van het ziekteproces?*

Vanzelfsprekend stelt het Kenniscentrum een reactie op deze notitie en deze vraag zeer op prijs. Ook is het Kenniscentrum altijd bereid om mee te denken over passende oplossingen voor de genoemde problemen.

### **Contactgegevens Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftheid:**

[www.kcdementieopjongeleeftijd.nl](http://www.kcdementieopjongeleeftijd.nl) / [info@kcdementieopjongeleeftijd.nl](mailto:info@kcdementieopjongeleeftijd.nl) / 06-12073850

Werklocatie: Alzheimer Nederland - Stationsplein 121 – Postbus 2077 – 3800 CB Amersfoort

# MEMO

## REACTIE INTERNETCONSULTATIE WETSVORSTEL DOMEINOVERSTIJGENDE SAMENWERKING NOORDOOST BRABANT<sup>1</sup>

*Stellers:*

*dd. 6-4-2021*

### Eerste stap

De toenemende vergrijzing, oplopende arbeidstekorten en stijgende kosten in de zorg zetten de beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg onder druk. Om de beweging van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en welbevinden' te versterken is domeinoverstijgende samenwerking, dwars over de wetten van ons zorgstelsel heen, noodzakelijk. De regio Noordoost Brabant gelooft hier sterk in. We kunnen ons daarom vinden in de doelen van dit wetsvoorstel: voorkomen of uitstellen van Wlz-zorg, voorkomen van crisis en streven naar meer doelmatigheid over de stelsels heen. We zien ook dat aanpassingen in de huidige bekostigingssystematiek van zorgkantoren nodig is. Het is een stap in de goede richting dat zorgkantoren, de partijen die het meeste baat hebben bij preventieve maatregelen, nu de mogelijkheid krijgen om daar ook meer in te investeren. We vinden de wetswijziging echter te smal ingestoken en zien een aantal risico's. We lichten onze punten hieronder toe.

### Breidt uit naar andere domeinen

We ondersteunen de beweging van meer inzet op preventie en minder inzet op zware en dure zorg. Deze wetswijziging is gericht op aanpassingen in de Wet langdurige zorg en is daarmee gericht op zorgkantoren. We vinden het een gemiste kans dat investeren in preventie nu binnen één wet wordt geregeld en dat de knelpunten in wetgeving niet in de volle breedte worden aangepakt. Deze wetswijziging gaat daarom in onze ogen niet zozeer over domeinoverstijgende samenwerking, maar vooral over de uitbreiding van mogelijkheden van zorgkantoren. Wij pleiten voor een uitbreiding van dit voorstel naar de Zorgverzekeringswet; ook in die wet zou meer ruimte moeten komen om (mee) te investeren in preventie. In het voorstel wordt beschreven dat zorgverzekeraars deze ruimte hebben. Onze ervaring in de praktijk is dat deze ruimte zeer beperkt is of in ieder geval onvoldoende wordt benut.

### Zorg voor betere verdeling van financiële baten

Het wetsvoorstel is een eerste stap naar een meer evenwichtige verdeling van lasten en baten en kan ertoe bijdragen dat er een verschuiving plaatsvindt naar meer inzet op preventie en minder op (zware en dure) zorg. Het zijn communicerende vaten; de financiële baten van investeren in preventie landen vaak in de Wlz. Afbouw van Wlz gaat vaak gepaard met toenemende kosten van welzijn of uitgaven

---

<sup>1</sup> De regio Noordoost-Brabant bestaat uit de volgende 17 gemeenten: Bernheze, Boekel, Boxmeer, Boxtel, Cuijk, Grave, 's-Hertogenbosch, Landerd, Maasdriel, Mill en SintHubert, Oss, St. Anthonis, St. Michielsgestel, Uden, Vught, Zaltbommel en Meierijstad.

vanuit de Wmo, die de budgettaire druk op het sociaal domein verder opvoert. Voor het financiële totaalplaatje is dat gunstig, maar welke positieve stimulans is er voor gemeenten om inzet te plegen op preventie, als de domeinoverstijgende samenwerking op de langere termijn de Wmo kosten doen stijgen? Onze vraag is dan ook; hoe draagt het wetsvoorstel, naast het aan de voorkant mee-investeren van zorgkantoren in meer preventieve maatregelen, bij aan een betere verdeling van de financiële baten?

### **Maak de deelname van zorgkantoren minder vrijblijvend**

Daarnaast vinden wij de opdracht aan zorgkantoren om te investeren in preventie te vrijblijvend. Het wetsvoorstel biedt de *mogelijkheid* voor zorgkantoren om te investeren in preventie, het regelt niet de *verplichting* om te investeren in preventie. Wij pleiten ervoor om de taak van zorgkantoren én zorgverzekeraars om (mee) te investeren in preventie wettelijk te versterken. Nu blijven gemeenten in het voorstel afhankelijk van de welwillendheid van het desbetreffende zorgkantoor. Die vrijblijvendheid bevordert bovendien de ongelijkheid tussen regio's. Daarnaast maakt het gemeenten vleugellam als een zorgkantoor niet bereid is om te investeren in meer preventie.

### **Bied ruimte voor leren, experimenten en ontwikkelen. Geef vertrouwen**

Wij zien risico's ten aanzien van de gevraagde onderbouwing d.m.v. een businesscase. Immers, het is niet altijd mogelijk om vooraf alles in kaart te brengen en het effect van preventie is vaak moeilijk aantoonbaar. Er zou in onze ogen daarom meer ruimte moeten zijn om te experimenteren, leren en ontwikkelen. Daarnaast staan in de wereld van zorg de financiële kosten en baten vaak centraal. Een goede businesscase kijkt óók naar het maatschappelijk rendement en het effect op welbevinden inwoners/cliënten. Dit zien wij nu onvoldoende terug. We pleiten er verder voor om niet in iedere regio het wiel opnieuw uit te vinden, maar daarnaast gebruik te maken van bestaande landelijke onderzoeksresultaten.

Met betrekking tot de controlerende rol die in het wetsvoorstel is opgenomen:

Het opstellen én beoordelen van de businesscases zou een gezamenlijke verantwoordelijkheid moeten zijn. Het zorgkantoor kan hier in onze ogen niet alleen over oordelen, dit moeten de investeerders (zorgkantoren, verzekeraars én gemeenten) in gezamenlijkheid doen. Alle partijen hebben immers een sterk inhoudelijk en financieel belang bij lagere zorgkosten.

### **Sluit aan bij de al bestaande samenwerkingsstructuur tussen gemeenten en zorgkantorregio's**

Tot slot vinden wij het een gemiste kans dat deze ontwikkeling niet gekoppeld is aan de samenwerkingsstructuur die in opdracht van het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland op het niveau van de zorgkantorregio's is ingericht. Deze samenwerkingsstructuur is een goede basis waar het zorgkantoor, zorgverzekeraars en gemeenten aan tafel zitten om concrete afspraken te maken over domeinoverstijgende samenwerking binnen het zorglandschap. Dit zou in onze ogen de plek moeten zijn waar afspraken gemaakt worden over maatregelen in het kader van het voorkomen of uitstel van Wlz-zorg, het voorkomen van crisis en het streven naar meer doelmatigheid over de stelsels heen.



### Stimuleer integrale aanpak van problematieken bij meerdere doelgroepen

Dit wetsvoorstel maakt in bijzondere omstandigheden een doelgroepgerichte benadering en aanvullende bekostiging van geleverde zorg mogelijk. Wij zien dit als een positieve ontwikkeling. De bestaande cliëntgebonden financieringssystematiek belemmert vaak een integrale aanpak.

Het huidige voorstel refereert in de voorbeelden vooral aan de problematiek rond ouderen. Wij pleiten ervoor om deze mogelijkheden en nieuwe wijze van bekostiging voor alle doelgroepen te mogen toepassen, zoals inwoners met GGZ problematiek, waardoor de mogelijkheden voor welzijn- en zorgprofessionals in de wijken "om te doen wat nodig is" verruimd wordt. Kortom, een pleidooi voor domeinoverstijgende samenwerking in de volle breedte.

# Reactie

<b>Naam</b>	Korsakov Kenniscentrum
<b>Plaats</b>	Rotterdam
<b>Datum</b>	20 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Preventie

Het gezamenlijk inzetten op domeinoverstijgende preventieve maatregelen die kan bijdragen aan uitstel van opname in een Wlz-instelling.

Door vanuit de Wlz mee te bekostigen kunnen domeinoverstijgende initiatieven in een regio beter van de grond komen. Hierdoor is meer integrale zorg rondom de cliënt mogelijk. Gedacht kan worden aan een cliënt die nog geen diagnose Korsakov heeft maar met de juiste bemoeizorg, advies en inzet van gespecialiseerd SO en SPV/ SPH een langere tijd buiten de 24/7 opname Wlz kan verblijven met een integraal pakket van WMO/Wlz en Zwv gefinancierde zorg en dienstverlening. Dat hierbij de Wlz meefinanciert is in het belang van de cliënt en het uitstellen of zelfs voorkomen van een blijvende opname in de Wlz.

Echter, voorkomen dient te worden dat het niet of later 'opnemen' in de Wlz volledig afgewenteld wordt op het Wlz kader. Er ligt een belangrijke wettelijke taak voor preventie bij gemeenten en zorgverzekeraars, die dient wel waar gemaakt te worden. Hier ligt nog een knelpunt dat niet alleen opgelost kan worden met het financieel bijdragen vanuit de Wlz.

Interessant is als vanuit de Wlz wel inzet voor cliënten die ook nog Zwv of WMO gefinancierde diensten/zorg ontvangen kan worden geleverd, met als doel uitstel of voorkomen opname 24/7 in de Wlz.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van

bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.

- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;

b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin

c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

De voorwaarden zijn helder. Hierin mist wel de visie van de regio vanuit de zorgaanbieders en cliënten. Het zorgkantoor moet kunnen investeren als het is met een/ meer gemeenten, zorgverzekeraars en ministerie maar aanvullend dient hierbij genoemd te worden: passend bij de visie in de regio vanuit de cliëntenvertegenwoordiging en zorgaanbieders (ook Wlz aanbieders).

Ook dient voorkomen te worden dat het een "afwenteling" kan worden van Zvw naar Wlz kader dat de zorgkantoren beheren.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Betrokkenheid is nodig van Wlz zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordiging, ook regionaal. Monitoring moet wetenschappelijk zijn opgebouwd. Criteria moeten vooraf voorgelegd worden aan brede vertegenwoordiging. verantwoording van de inzet van middelen dient ook publiek / openbaar te gebeuren. Er moet na invoering een beleidsevaluatie worden opgezet zodat 4 jaar later een goed beeld ontstaat over de voordelen en verbeterpunten na invoering van het wetsvoorstel.

### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz moet mogelijk worden!

Het versoepelen van de cliëntvolgende bekostiging in de Wlz moet het mogelijk maken via het sluittarief randvoorwaardelijke zaken te bekostigen die noodzakelijk zijn voor passende zorg, die nu niet opgenomen is in de reguliere bekostigingsstructuur omdat zij niet toe te rekenen zijn aan de individuele cliënt.

Voor cliënten in de Wlz met een zeer hoge complexiteit aan zorgbehoeften past de cliëntvolgende ZZZP bekostigingssystematiek niet. De passende zorg en randvoorwaarden om de verantwoorde zorg te kunnen bieden kan redelijkerwijs niet uit de ZZZP en bijhorende toeslagen worden bekostigd. Hier zal voor cliënten het financieren op basis van maatwerk essentieel zijn. Denk aan de noodzaak tot een beveiligde omgeving voor zeer ernstige gedragsstoornissen bij mensen met Korsakov, waar de investeringen voor het creëren van zo'n plek gedaan worden alvorens een cliënt op de plek komt wonen. De investering is buitenproportioneel en kan niet in een redelijke tijd worden terugverdiend. Zonder deze mogelijkheid is het voor Wlz-aanbieders niet mogelijk passende en verantwoorde zorg en behandeling te bieden aan deze specifieke cliënten. Er zijn nu al voldoende casuïstiek bekend binnen de Wlz waar maatwerkoplossingen voor de bekostiging van de zorg de enige oplossing zijn om de passende zorg verantwoord te kunnen bieden. Voor deze specifieke groep cliënten zal de mogelijkheid tot maatwerk bekostiging Maatwerkfinanciering voor zeer hoog complexe cliënten in de Wlz

## **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?  
Zeker!

Op dit moment willen zorgkantoren meedenken en werken aan maatwerk oplossingen maar kunnen het vaak niet. De kosten moeten cliëntvolgend zijn in de Wlz zoals deze nu is beschreven.

Maatwerk is essentieel voor cliëntengroepen met zeer hoogcomplexe zorgvragen. Het aanpassen van de Wlz op maatwerk oplossingen is nodig om passende zorg te kunnen (blijven) bieden aan deze groep LVHC cliënten.

Het spreekt voor zich dat er een duidelijker afbakening komt over de doelgroepen/ cliëntengroepen waar we hier over spreken. Daar kan aangesloten worden bij de afbakening van de specifieke doelgroepen zoals in het adviesrapport KPMG mei 2019 Expertisecentra Langdurige Zorg is beschreven.

Uiteraard behoort tot de specifieke doelgroepen ook de doelgroep, zoals beschreven in het Programma Volwaardig Leven, mensen met complexe zorgvragen en specifieke knelpunten ten aanzien van de zorg en ondersteuning die om een bestendige oplossing vragen.

## **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Ja, mits er goede afstemming is met enerzijds de zorgkantoren en anderzijds de cliëntenvertegenwoordiging en de zorgaanbieders. Er is grote behoefte aan meer flexibiliteit en maatwerk binnen Wlz om de hoge complexiteit van zorgvragen passend te beantwoorden. Dit vraagt ook cliëntgerichte en in maatwerk denkende en opererende zorgkantoren. De samenwerking tussen zorgkantoren en zorgaanbieders samen met cliëntenvertegenwoordiging is essentieel.

*Retouradres: Postbus 102 • 9410 AC Beilen*

Ministerie van VWS  
T.a.v. dhr. H. de Jonge  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

Datum	20 april 2021
Kenmerk	JLK/LvdM/EBK/UP 21-111
In behandeling bij	
Telefoonnummer	
Onderwerp	<b>Reactie op internetconsultatie wetsvoorstel domein overstijgende samenwerking</b>

Geachte heer De Jonge,

Via deze weg gaan wij in op uw verzoek om te reageren op het wetsvoorstel 'domeinoverstijgende zorg'. Als breed zorgconcern verwachten wij u goede aanvullingen te kunnen bieden door praktijkervaringen met u te delen en uw vragen te beantwoorden. In onderstaand schrijven vindt u onze overwegingen terug. Uiteraard zijn wij bereid tot verdere consultatie.

Met vriendelijke groet,

J.L. Kauffeld,  
Voorzitter Raad van Bestuur Espria

## **Aanleiding voor reactie**

De zorgsector staat de komende jaren voor ingrijpende veranderingen. Doorgaan zoals we nu doen, kunnen we niet volhouden met een groeiend aantal cliënten met complexe zorgvragen en een toenemend tekort aan goed opgeleide professionals. Wij zien het als onze intrinsieke opdracht om hier samen met andere belanghebbenden een oplossing voor te vinden. Vanuit Stichting Espria laten we u daarom graag weten hoe wij aankijken tegen het wetsvoorstel domeinoverstijgende zorg. Er is ons veel aan gelegen dat domeinoverstijgend werken de norm wordt in de toekomst, omdat wij geloven dat dit een belangrijke sleutel is om kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg te borgen voor onze cliënten van de toekomst.

Stichting Espria is de moederstichting van een aantal zorgorganisaties (Icare, De Trans, GGZ Drenthe, Zorggroep Meander, Evean, Zorgcentrale Noord en Icare Jeugdgezondheidszorg). Onze zorgorganisaties bieden onder meer verpleging, verzorging, thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg op afstand en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De zorgorganisaties werken voornamelijk in het noorden en midden van Nederland. In totaal werken er ruim 17.000 medewerkers voor Espria.

Wij richten ons vanuit onze visie en doelstellingen in het bijzonder op kwetsbare mensen. Mensen voor wie het dagelijks leven vaak niet vanzelfsprekend vloeit verloopt. Het zijn juist deze mensen, veelal met een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale klachten, voor wie we ons werk doen. De mensen die, al dan niet tijdelijk, niet in staat zijn hun leven zelfstandig goed op de rit te houden.

## **Onze praktijkvoorbeelden**

Integrale domeinoverstijgende samenwerking is een belangrijke sleutel om kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg voor de toekomst te borgen. Daar zijn we van overtuigd en we zien dit bevestigd in de pilots en samenwerkingen over domeingrenzen heen, zoals in DOS Hollandscheveld, één van de drie pilotprojecten ondersteund door VWS en onderzocht door Significant. Een tweede voorbeeld is Optimaal Leven<sup>1</sup> in Drenthe waarin tussen de psychiatrie, verslavingszorg en het sociaal domein wordt samengewerkt om de complexe multiproblemen van mensen met langdurige psychische problemen zo goed mogelijk te ondervangen. Daarnaast zijn er vele samenwerkingen op grensvlakken van psychiatrie, ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg waar het gaat om bijvoorbeeld onbegrepen probleemgedrag.

Naast het grote belang dat we zien in integrale domeinoverstijgende samenwerking rondom ouderen, waar in de memorie van toelichting de focus op wordt gelegd, vragen we expliciet aandacht voor andere groepen van kwetsbare mensen met vraagstukken die zich op grensgebieden bevinden tussen verschillende zorg- en levensdomeinen.

---

<sup>1</sup> [www.optimaallevendrenthe.nl](http://www.optimaallevendrenthe.nl)

### **Antwoord op vraag 1 – Wat vindt u van de voorgestelde wetwijziging?**

Wij ondersteunen het creëren van wettelijke mogelijkheden voor zorgkantoren om hier een bijdrage aan te kunnen leveren.

We denken dat dit goed aansluit bij de regionale regiefunctie die zorgkantoren vervullen en dat hiermee een mogelijkheid wordt geboden in het wegnemen van belemmeringen die vanwege de huidige financiële verzuiling in de weg staan van integrale zorg.

Daarin willen we de volgende aandachtspunten meegeven:

Ten eerste een heldere omschrijving van het begrip preventie die de lading dekt.

In de memorie van toelichting wordt gesproken over 'preventieve maatregelen'; in het wetsvoorstel over 'maatregelen gericht op vermindering of uitstel van de behoefte aan zorg'.

De frase 'maatregelen gericht op vermindering of uitstel van de behoefte aan zorg' in het wetsvoorstel is wat ons betreft te smal.

Domeinoverstijgend samenwerken begint met het scherper krijgen van de behoefte/hulpvraag van de kwetsbare persoon, samen met die persoon en zijn/haar omgeving vanuit het oogpunt van positieve gezondheid, om zo de hulpbehoefte de mogelijkheid te bieden een ander soort ondersteuning of zorg te ontvangen (beter passend en zinniger) in een vroeger stadium van iemands leven of ziekteproces. Wanneer daar een passend antwoord op kan worden gegeven, wat niet per definitie een zorgantwoord hoeft te zijn, verwachten we op termijn een vermindering van het beroep dat zal worden gedaan op de WLZ zorg.

Ten tweede dat het bieden van een wetmatige basis voor zorgkantoren om in preventie te investeren zowel noodzakelijk als ontoereikend is om verandering in uitvoering teweeg te brengen.

We ervaren momenteel dat zorgverzekeraars en gemeenten, ondanks hun ruimere wettelijke mogelijkheden, toch grote belemmeringen ervaren in het investeren in preventieve en domeinoverstijgende samenwerkingen. De wettelijke basis voor doelmatige en rechtmatige uitgaven is dus een voorwaarde, maar geen panacee. Preventie wordt al decennia genoemd als uiterst belangrijk én kosteneffectief. Toch heeft dit nog niet tot het gewenst resultaat geleid. Het is dus van belang de juiste belemmeringen te identificeren en hierop in te spelen.

### **Antwoord op vraag 2 – Gestelde voorwaarden**

In de gestelde voorwaarden rondom businesscases en monitoring zien we een groot risico op het ontstaan van nog een systeem met een toename in bestuurlijke drukte en bijbehorende kosten bij zowel zorgaanbieders als zorgkantoren.

Dit staat wat ons betreft geenszins in verhouding tot het relatief kleine bedrag dat in de memorie van toelichting wordt gereserveerd voor het stimuleren van domeinoverstijgende samenwerking.

Ons advies is dan ook om dit niet te doen en in de uitvoering en selectie van waardevolle initiatieven meer aan te sluiten bij de regionale ervaringen die de afgelopen jaren zijn opgedaan. Zorgkantoren kunnen in samenwerking met gemeenten, zorgverzekeraars en in samenspraak met zorgaanbieders en burgers kiezen voor structurele financiering van ervaren werkzame elementen.



Domeinoverstijgend werken vraagt veel van alle partijen en dit is niet van de een op de andere dag geregeld. Dit vraagt om een investering vooraf die gebaseerd is op de overtuiging dat hiermee een beweging wordt ingezet die zich op termijn ruimschoots zal terugbetalen. Een investeringsfonds dat recht doet aan de aloude waarheid dat de kost voor de baat uit gaat zal op termijn meer opleveren dan het verschuiven van bestaande middelen in een inkoopcyclus gericht op korte termijn resultaten.

Monitoring van de effecten en een lerend systeem ontwikkelen, waarin ook nieuwe duurzame initiatieven een plek krijgen, is cruciaal zoals u terecht heeft opgenomen in uw voorwaarden.

### **Antwoord op vraag 3 – Monitoring**

Ten aanzien van dit onderwerp willen we u graag een aantal adviezen meegeven:

- Neem hier vanuit VWS regie en ondersteun dit met een monitoring die landelijk en regionaal vergelijkbare en uitwisselbare informatie oplevert.
- Weeg ook kwalitatieve aspecten mee gericht op uitkomsten als kwaliteit van leven en procescriteria als ervaringen van burgers en professionals.
- Volg de cliëntreis voor een analyse van effecten op de benodigde middelen voor ZVW, WMO, Forensische zorg en WLZ over deze wetten en domeinen heen. Bij voorkeur uitgewerkt in een MKBA-monitoring waarin ook effecten op niet-zorg domeinen worden beschouwd.
- Zet dit, voor bepaling van het effect, af tegen de trendlijn van stijgende complexiteit en vergrijzing.
- We achten het van groot belang dat de verdeling van middelen aansluiting vindt bij conclusies van deze monitoring en dat methoden worden gevonden om het geld daadwerkelijk de burger te laten volgen, zoals bepleit door de NZA en het ZiNL in hun advies 'Samenwerken aan passende zorg'.

### **Antwoord op vraag 4 – aanwijzing voor specifieke patiëntgroepen of bijzondere omstandigheden**

We zien in deze wetwijziging een welkome mogelijkheid om betere randvoorwaarden te creëren voor de zorgverlening aan de genoemde cliëntgroepen. Het wordt gezien als een ultimatum remedium en dat is terecht – zou het dat niet zijn, dan zou de reguliere bekostigingssystematiek toereikend moeten zijn. Veel zal afhangen van de definities en voorwaarden die VWS gaat regelen in de 'aanwijzing' over de specifieke cliëntgroepen en bijzondere situaties waarin op de aanvullende financiering een beroep kan worden gedaan. Het zou goed zijn dat VWS dit in afstemming met de veldpartijen doet (bijvoorbeeld de VGN), om te bevorderen dat een duidelijke en werkbare regeling ontstaat.

### **Antwoord op vraag 5 & 6 – Meerwaarde wetsvoorstel**

We concluderen dat we de intentie van de wetwijziging zeer waarderen. In de uitvoering zoals voorgesteld in de memorie van toelichting zien we een aantal risico's zoals hierboven benoemd die het gewenste resultaat kunnen belemmeren.

Om het in de praktijk werkend te laten zijn, zien we dat de randvoorwaarden zoals door het NZA en het ZiNL aangedragen in hun advies 'Samenwerken aan passende zorg' ook hier gelden, nl. congruentie, een lerend systeem en decentrale toepassing.



Wij zien dit als een gezamenlijke uitdaging voor de gehele sector en denken hierover graag actief mee.

# Reactie

<b>Naam</b>	Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd
<b>Plaats</b>	Amersfoort
<b>Datum</b>	19 april 2021

## Vraag1

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domein-overstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?

Het Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd (hierna 'Kenniscentrum' genoemd) acht het voor de ondersteuning en behandeling van jonge mensen met dementie van groot belang dat er preventief domein-overstijgend samengewerkt kan worden en juicht het wettelijk mogelijk maken hiervan toe. Het Kenniscentrum ziet in het voorliggende wetsvoorstel echter ook een aantal punten van zorg. In de bijgevoegde notitie wordt eerst toegelicht wat het Kenniscentrum doet en waarom jonge mensen met dementie een specifieke doelgroep vormen. Vervolgens worden de preventieve maatregelen beschreven middels welke jonge mensen met dementie langer thuis kunnen wonen. Hierbij worden ook de huidige knelpunten beschreven bij de bekostiging hiervan. Voor wat betreft het wetsvoorstel worden de kansen benoemd die het Kenniscentrum ziet, de punten van zorg en de door het Kenniscentrum noodzakelijk geachte randvoorwaarde. Tot slot van de notitie legt het Kenniscentrum het ministerie een vraag voor. Hieronder beantwoordt het Kenniscentrum kort de overige vragen van de consultatie. Zie de notitie voor de verdere toelichting op deze antwoorden.

## Vraag2

Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?

Deze voorwaarden omvatten:

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet

een duidelijk omschreven casus zijn waarin:

- a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
- b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
- c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

-Het lijkt het Kenniscentrum voor het nemen van preventieve maatregelen inderdaad een voorwaarde dat het zorgkantoor samenwerkt met de gemeenten, zorgverzekeraars en/of minister, zodat de maatregelen daadwerkelijk integraal en domein-overstijgend zijn. Een punt van zorg is echter dat dit tot een verzwaring van de administratieve lasten voor de zorgaanbieders zal leiden, aangezien deze nu al onevenredig groot zijn als het gaat om de bekostiging van preventieve maatregelen voor jonge mensen met dementie.

-Onderbouwing van preventieve maatregelen is uiteraard noodzakelijk. Punt van zorg is echter dat de zorgkantoren volledig de vrijheid zouden houden om preventieve maatregelen al dan niet in te zetten. Het Kenniscentrum ziet hierbij het ongewenste scenario ontstaan dat de zorgaanbieders in iedere regio de zorgkantoren moeten overtuigen van de noodzaak van de preventieve maatregelen voor jonge mensen met dementie, met het risico op afwijzing van hun voorstellen. De wetenschappelijke onderbouwing en businesscases zijn reeds bij het Kenniscentrum aanwezig. Het Kenniscentrum ziet het als noodzakelijke randvoorwaarde dat jonge mensen met dementie door de minister van VWS worden aangewezen als specifieke doelgroep waarvoor de zorgkantoren passende zorg inkopen bij (gespecialiseerde) zorgaanbieders.

### **Vraag3**

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?

Momenteel wordt in Nederland de PRECODE-studie uitgevoerd ([link](#)) waarbij de prevalentie en incidentie van mensen met dementie op jonge leeftijd en hun toegang tot zorg wordt onderzocht. Als vervolg op deze studie zou, mits dit bekostigd kan worden, in kaart kunnen worden gebracht hoe hun intramuralisatie verloopt. Het Kenniscentrum is momenteel in samenwerking met de vijf Alzheimercentra bezig met de voorbereiding van een onderzoeksaanvraag waarin tevens het periodiek monitoren van het zorggebruik van jonge mensen met dementie en hun naasten een plaats zal krijgen. Mits het onderzoeksvoorstel wordt gehonoreerd zal dus een monitor kunnen worden ontwikkeld en uitgerold, aansluitend bij de

bestaande Dementiemonitor en de monitor die in het kader van DementieNet is ontwikkeld. Om hierin te kunnen voorzien zijn vertegenwoordigers uit die hoek tevens bij het schrijven van de onderzoeksaanvraag betrokken. In de toekomst zou het Kenniscentrum de monitor steeds periodiek zelf uit kunnen zetten nadat deze is ontwikkeld.

#### **Vraag4**

Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt? Het wetsvoorstel biedt mogelijke kansen voor de bekostiging van preventieve maatregelen voor jonge mensen met dementie en hun naasten, zoals mantelzorgondersteuning, inzet van specialistische ondersteuning en samenwerking met eerstelijnsverwijzers.

#### **Vraag5**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben? Ja, mits alle zorgkantoren inderdaad onderling afspraken maken met (gespecialiseerde) zorgaanbieders over de preventieve maatregelen voor specifieke doelgroepen, waaronder jonge mensen met dementie. Voor jonge mensen met dementie gaat dit om de ondersteuning en behandeling waarvan bekend is dat deze aansluiten bij de specifieke behoeften van de doelgroep (diagnostiek, specialistische ondersteuning thuis, mantelzorgondersteuning, dagbesteding, dagbehandeling en respijtzorg). Passende preventieve zorg zal leiden tot een langer verantwoord verblijf thuis, hetgeen negatieve effecten op het welbevinden zal verminderen en de maatschappelijke kosten over de domeinen heen omlaag zal brengen.

#### **Vraag6**

Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?

Punt van zorg is dat het creëren van een extra potje voor preventieve maatregelen de reeds aanzienlijke administratieve lasten bij de zorgaanbieders nog extra verzwaart.

**Ministerie van VWS**

Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Betreft:**

Reactie op consultatie Domein-overstijgende samenwerking

Utrecht,

20 april 2021

Geachte mevrouw, heer,

Als Vilans, kennisinstituut voor de langdurende zorg, reageren wij graag op uw consultatie Domeinoverstijgende samenwerking. De toekomst van de zorg, maar ook de toekomst van onze maatschappij in brede zin gaat ons aan het hart en is de kern van ons werk als kennisinstituut. Daarbij richten wij ons in het bijzonder op kennis voor mensen met langer durende zorg- of ondersteuningsbehoefte, hun naasten en alle professionals en medewerkers die voor hen een rol spelen. De behoeften van deze mensen raken bij uitstek de brede aspecten van het normale leven waarbij bijvoorbeeld ook wonen, werken, relaties, zingeving horen, en zijn daarmee in essentie van een integrale behoefte die een domeinoverstijgende oplossing vraagt. Onze reactie positioneren wij juist daarom vanuit dit brede perspectief.

In onze reactie spreken wij hierbij vanuit onze eigen ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking, regionale samenwerkingsvraagstukken en netwerk governance die wij hebben opgedaan in vele projecten en samenwerkingen in de praktijk. Voorbeelden hiervan zijn:

- Domeinoverstijgende samenwerking van Waardigheid en trots, Ruimte voor verpleeghuizen
- Pilots schottenvrije dementiezorg in het programma Dementiezorg voor Elkaar.
- Programma 'Populatiemanagement: betere zorg tegen minder kosten', Experimenten Triple Aim.
- Projecten vanuit Programma volwaardig leven.

- Gebundelde kennis omtrent projecten gericht op keten- en netwerksamenwerking tussen professionals, organisaties over domeinen heen.

Hieronder zetten wij onze reactie op uw vragen uiteen.

1. *Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om domeinoverstijgende samenwerking meer te faciliteren, door de taken van zorgkantoren uit te breiden, zodat zij rechtmatig samen met andere inkoopende partijen kunnen investeren in preventieve maatregelen?*

Wij onderschrijven het belang van domeinoverstijgend samenwerken. Dit is ook terug te lezen in onze reactie op de dialoognota Ouder worden 2020-2040 (zie bijlage) en in onze reactie op [discussienota zorg voor de toekomst](#). Hierin geven wij aan dat werken vanuit het principe van integraliteit, het aansluiten op de gehele behoeften van de mens (in plaats van vraag en aanbod matchen) wij uitgaan van een volledig en samenhangend geheel (zie publicatie 'Verlangen naar integraliteit' rede van Minkman). In onze reactie op de dialoognota Ouder worden 2020-2040 (zie bijlage) schreven wij over financiering het volgende: 'Vanuit de menselijke maat regelruimte creëren om integraal en domein overstijgend te kunnen en mogen handelen, biedt een passend handelingskader'. De Wlz wetswijziging vinden wij een belangrijke bijdrage om deze regelruimte te creëren en het biedt positieve stimulans voor zorgkantoren om domeinoverstijgend samen te werken en te zorgen dat zorgaanbieders meer preventieve maatregelen in kunnen zetten om het langer thuis wonen te bevorderen. Immers, om integraliteit echt te verwezenlijken zijn niet alleen inspanningen nodig van burgers, aanbieders en overheden, maar zijn ook de juiste financiële incentives nodig zodat deze gewenste ontwikkelrichting ook gefaciliteerd en gestimuleerd wordt. Wij hebben een aantal aandachtspunten hierbij, hier gaan wij verder op in bij vraag 5.

2. *Wat vindt u van de gestelde voorwaarden met betrekking tot zorgdragen voor preventieve maatregelen, die in het wetsvoorstel zijn opgenomen en die voorgesteld worden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur op te nemen in nadere regels?*

*Deze voorwaarden omvatten:*

- Zorgkantoren kunnen alleen investeren in preventieve maatregelen als het gezamenlijkheid is met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming.*
- Er moet een positieve business case aan ten grondslag liggen. Er moet een duidelijk omschreven casus zijn waarin:*
  - a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;*
  - b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin*
  - c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.*

Wij onderschrijven de intentie van de gestelde voorwaarden, maar onderschrijven de nu opgenomen formuleringen maar ten dele. Wij hebben hier vanuit onze praktijkervaring een aantal belangrijke kanttekeningen bij. Ons advies is dat onze kanttekeningen worden meegenomen in de wetswijziging of in de nadere regels.

- Het valt ons op dat de voorwaarden alleen over financiële kosten en baten lijken te gaan en niet over de toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven of bestaan voor de cliënt en mantelzorger. Daarom pleiten wij ervoor dat deze meerwaarde wel wordt meegenomen in de business case. Het lijkt ons dan ook beter om een **maatschappelijke business case** te maken met een bredere scope dan alleen financieel. Waarin ook gekeken wordt naar effecten op de langere termijn en waarbij gekeken wordt naar effecten voor de maatschappij. Vanuit Vilans hebben wij een [publicatie](#) geschreven over de financiering van domeinoverstijgende initiatieven die hier mogelijk van toegevoegde waarde kan zijn. De ervaring leert ook dat de punten uit de MBC input geven voor de monitoring en evaluatie.
- Wij weten echter ook dat een positieve (maatschappelijke) businesscase bij veel trajecten niet binnen één à twee jaar bereikt wordt. Wij vinden het belangrijk dat het **lange termijn** denken wordt meegenomen in de wettekst. Korte termijn denken is anders uiteindelijk duurkoop op de lange termijn.
- We missen de samenhang tussen de verschillende domeinen bij het opstellen van de business case. De inschatting dat het bedrag van de verwachte kosten en baten, niet hoger mag zijn dan de ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg is hierdoor te beperkt.



Het gaat over besparingen in de gehele keten, niet alleen in de Wlz, maar ook de eventuele besparingen in de Zvw en Wmo.

- Wij erkennen dat het vooraf beschrijven van de wijze van monitoring en evaluatie van belang is voor het goed slagen van domeinoverstijgende samenwerking. Hierbij kan mogelijk gebruik worden gemaakt van de reeds opgedane ervaringen van domeinoverstijgende experimenten. Mede door eerdere ervaringen met de trajecten vanuit Waardigheid & trots weten wij ook dat de wijze van monitoring en evaluatie niet vooraf in beton gegoten moet worden. Het is belangrijk dat er **ruimte blijft voor flexibiliteit**. Voortschrijdend inzicht kan ervoor zorgen dat je de monitoring moet aanpassen en bijstellen. Een voorbeeld hiervan was het overhevelingsmodel welke ontwikkeld moest worden voor de Waardigheid en trots pilots. Ondanks het feit dat iedereen akkoord ging met het ontwikkelen van een overhevelingsmodel, duurde het meerdere jaren om de juiste indicatoren hiervoor te bepalen. Hierdoor bleek sommige verzamelde data uiteindelijk overbodig te zijn, maar ontbraken er ook indicatoren die noodzakelijk bleken. Op basis van de benodigde indicatoren is de monitoring aangepast en aangescherpt.
- Wij zijn van mening dat de **kosten van de monitoring** ten tijde van de pilot niet opgenomen hoeven te worden in de business case, omdat het tijd kost om de juiste indicatoren te bepalen en de benodigde data te verzamelen. Na het afronden van de pilot moeten de kosten van monitoring wel worden opgenomen in de business case, omdat het dan een onderdeel moet zijn van de werkwijze. Het is goed om te realiseren dat we ons nog in een ontwikkelfase bevinden op deze vraagstukken en dat er in essentie altijd ontwikkelkosten zijn. Echter door het lerende effect zijn deze ontwikkelkosten eigenlijk van toepassing voor meerdere initiatieven.
- Om een veilige sfeer te creëren waarin partijen met elkaar kunnen experimenteren, zijn wij van mening dat er geen **terugbetalingsclausule** gehanteerd mag worden. Indien een business case toch negatief uitpakt moeten de deelnemende partijen hier niet achteraf mee belast worden.
- Bij het punt over de positieve business case is het ons niet duidelijk **wie de business case moet opstellen en voor welke partij**. Heeft dit betrekking op een business case van het zorgkantoor richting de Nza? Of moet een initiatiefnemer dit indienen bij het zorgkantoor? Hierop zouden wij graag een verduidelijking zien in de wetswijziging.

3. *Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Hoe zou een dergelijke monitor er uit moeten zien, wie moet hierbij betrokken worden en welke criteria vindt u hierin van belang?*

Wij vinden landelijk monitoren een goed initiatief. Bij deze landelijke monitoring hebben we een aantal aandachtspunten.

- De diversiteit aan domeinoverstijgende projecten bemoeilijkt een standaard landelijke monitoring. Vilans ziet bij projecten diversiteit in tijdsduur, bekostiging en inhoud, wat we ook terug in de praktijkvoorbeelden die in de memorie van toelichting (MVT) worden genoemd. Wij adviseren een maatwerk aanpak voor landelijke monitoring die recht doet aan de diversiteit van trajecten en gericht is op het leren tussen de verschillende trajecten, waarbij er ruimte is elkaars ervaringen te gebruiken.
- Het is belangrijk dat de landelijke monitoring **niet leidt tot toename van administratieve lasten** bij zorg en welzijn organisaties. Bij een aantal preventieve projecten hebben we gezien dat zorgkantoren niet beschikken over de benodigde gegevens ten behoeve van de monitoring, doordat de cliënten niet vanuit de Wlz zorg krijgen. Hierdoor lag de verantwoordelijkheid van de monitoring van de kosten bij de zorgorganisaties en de gemeenten. Ons advies is om hier tijdig met de gemeenten afspraken over te maken en te bespreken of zij hier (wel) toegerust voor zijn.
- Daarnaast is het zaak om in de monitoring niet alleen te focussen op financiële kosten en baten, maar juist ook op **uitgangspunten van Quadruple Aim**: verbeterde kwaliteit van zorg, **extra waarde voor de cliënten en medewerkers** en daling zorgkosten.
- Onze ervaring is dat het **niet eenvoudig is en het veel tijd kost** om een dergelijke monitor in te richten. Tijdens de pilots in Ede, Dongen en Hoogeveen is er gedurende drie jaar lang gemonitord. Men heeft toen ook ervaren hoe lastig het is om de baten van preventief handelen in kaart te brengen. Denk hierbij aan het objectief in beeld brengen van de uitkomsten van preventie. Wij adviseren rekening te houden met een ontwikkel- en implementatietijd van enkele jaren, omdat de ervaring leert dat tussen 'willen en het idee ondersteunen' en 'daadwerkelijk met draagvlak realiseren' een redelijke periode zit.
- Onze suggestie is om **monitoringskennis** uit pilots van Waardigheid en trots en het Register Dementiezorg en Ondersteuning te benutten. En om samen met meerdere

betrokken partners op landelijk niveau zoals Nivel en RIVM hier verder kennis op te delen en te ontwikkelen.

4. *Wat vindt u van de voorgestelde wetswijziging om de mogelijkheid te creëren zodat, op aanwijzing van VWS bij specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden, aanvullende bekostiging van de geleverde zorg naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt mogelijk wordt?*

Vanuit Vilans vinden wij het positief dat in deze wijziging de preventie ook betrekking heeft op maatwerk voor specifieke cliëntengroepen of bijzonder omstandigheden, die moeilijk of niet in de reguliere bekostiging passen. Wij verwachten dat dit maatwerk alleen maar meer wordt nu cliënten langer thuis wonen en denken dat de maatschappelijke kosten hiermee (uiteindelijk) op termijn lager worden.

5. *Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk een meerwaarde hebben?*

Wij zijn ervan overtuigd dat deze wetswijziging een stap vooruit is om te komen tot preventie en betere zorg voor cliënten met domeinoverstijgende zorgvragen. En met de toenemende vergrijzing en de schaarste van zorgmedewerkers zal het aantal domeinoverstijgende initiatieven alleen maar meer worden. Immers, domeinen doen er niet toe, die zijn door mensen gecreëerd. Behoeften van mensen zullen in de toekomst alleen maar meer verwevenheid laten zien. Denk bijvoorbeeld aan prettig oud worden en meedoen in de maatschappij met een beperking; en hoe we met elkaar voorkomen (lees: preventie) dat te weinig vanuit de kracht van mensen, vanuit community kracht (mantelzorg, naasten) en professionele zorg als aanvullende dienst, zorg in de regio wordt georganiseerd. Hierbij zien wij in de praktijk nog een aantal aandachtspunten die de meerwaarde in de praktijk kunnen beïnvloeden.

- De Wlz staat niet op zichzelf en heeft andere domeinen nodig om preventief te kunnen handelen. **Het behoeft een integrale aanpak over de verschillende domeinen heen.** Bij domeinoverstijgend samenwerken worden de kosten frequent in een ander domein gemaakt dan waar de baten landen. **De baten van domeinoverstijgend werken vallen hierbij voornamelijk in de Wlz, terwijl de kosten veelal binnen de Zvw en Wmo domein worden gemaakt.**

In de pilots van Waardigheid en trots werd de rol van de “arrangeur” veelal uitgevoerd door Zvw-professionals, zoals wijkverpleegkundigen of casemanagers. Het kost tijd om de echte hulpvraag boven water te krijgen en daar op aan te sluiten, het netwerk in kaart te brengen en buiten de gebaande paden oplossingen te zoeken. Deze investeringen kwamen veelal ten laste van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen preventie veelal niet vanuit de Zvw financieren. Van hen wordt verwacht dat zij hiervoor een beroep doen op hun eigen vermogen. De vraag is of hier, voor zorgverzekeraars, in de toekomst voldoende stimulans vanuit gaat om te participeren in domeinoverstijgende samenwerking. Onze suggestie is om ook binnen de Zvw dergelijke prikkels voor preventie in te bouwen of de incentives voor inzet van middelen voor preventie bij zorgverzekeraars te versterken.

- Wij attenderen u er op dat **preventie meer is dan domeinoverstijgend samenwerken**. Ook in kleinere samenwerkingsverbanden is preventie al mogelijk en levert het meerwaarde voor de cliënt op en is het kosteneffectief en zelfs besparend. Preventie houdt vooral in bevorderen van gezondheid en welzijn van mensen. Een eenvoudige werkwijze waarbij een wijkverpleegkundige preventief langs 70+ patiënten gaat die niet bij de huisarts bekend zijn valt ook onder preventie. Met dit bezoek van de wijkverpleegkundige kan escalatie en de inzet van zwaardere zorg en ondersteuning voorkomen worden. Onze suggestie is dat deze brede definitie van preventie meegenomen wordt in de wetswijziging.

6. *Zal de voorgestelde wetswijziging in de praktijk gaan werken zoals wordt beoogd?*

We verwachten dat in de praktijk deze wetswijziging kan werken, maar hierbij plaatsen wij wel een aantal kanttekeningen:

- Belangrijk is dat met **alleen wetgeving en financiële prikkels** we in Nederland de gezondheid van burgers **niet voldoende** verbeteren. Het gaat vooral over anders organiseren en faciliteren in alle lagen van de organisaties van andere cultuur, gedrag dat gevoed wordt door kennis en goede voorbeelden. Het gaat ook over betrokkenheid van de samenleving als geheel, van burgers zelf, van gemeenschappen (denk aan de vele burgerinitiatieven en zorgcoöperaties, reablement), van de private sector en de inzet van slimme mensgerichte technologie.

- Hiervoor is het nodig dat er **fors ingezet wordt op implementatie**. Zowel qua financiering van de aanloopkosten om preventieve trajecten te starten, als ook op het delen en ontwikkelen van kennis om efficiëntie te bevorderen. We moeten nog het nodige leren op het gebied van domeinoverstijgend samenwerken. Hierbij is het belangrijk dat we hierop kennis verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden om deze verandering in Nederland te bewerkstelligen. Anders zal op vele plaatsen het wiel opnieuw uitgevonden worden, hetgeen kostbaar is en tijd kost die er eigenlijk niet is. Er is namelijk, gezien de maatschappelijke opgave die wij zien, geen tijd meer te verliezen. Ook, omdat de ervaring leert dat domeinoverstijgende veranderingen extra complex zijn, draagvlak vragen en het commitment aan een gezamenlijke ambitie en opgave.
- We hebben op meerdere gebieden kennis nodig, het liefst op één plaats. Kennis op het gebied van 1) **domeinoverstijgend samenwerken**, 2) **praktische werkwijzen** in de praktijk en de cultuur, gedragsverandering en een nieuwe manier van denken en werken die hierbij nodig is en 3) **governance van netwerken** een cruciale rol. In de programma's Waardigheid en trots, Dementiezorg voor elkaar en Volwaardig leven ontwikkelen wij samen met domeinoverstijgende netwerk kennis hierop. Wij merken dat de **kennis over domeinoverstijgend werken gefragmenteerd** te vinden is. Het ontsluiten en toegankelijk maken van kennis, ervaringen en geleerde lessen voor domeinoverstijgende initiatieven is een aandachtspunt. Vilans gaat, in samenwerking met partners en in afstemming met het Ministerie van VWS, de komende maanden een verkenning uitvoeren hoe een dergelijke betere bundeling en vindbaarheid van kennis eruit zou kunnen zien, passend bij de landelijke kennisinfrastructuur in de langdurende zorg die in ontwikkeling is.

Samenvattend denken wij dat deze wetswijziging een goede stap is om domeinoverstijgend samen werken met oog voor preventie te faciliteren. Hierbij geldt wel dat financiers en bestuurders in de zorg moed moeten hebben om te investeren in preventie, ook als de business case nog niet positief is of de monitor nog niet compleet. Belangrijk is dat met alleen wetgeving en financiële prikkels we in Nederland de gezondheid en het welzijn van burgers niet voldoende verbeteren. Het gaat vooral over starten vanuit een visie op de integrale mens, anders organiseren, integraal werken faciliteren in alle lagen van organisaties vanuit een andere cultuur, met financiële en wettelijke kaders die dit faciliteren, in plaats van hinderen. In de komende periode die in

het teken zal staan van leren en doorontwikkelen, **ondersteunen** wij graag met kennis en goede voorbeelden zodat gedragsverandering daadwerkelijk ondersteund wordt. Wij hopen dat onze reactie daaraan bijdraagt.

Met vriendelijke groet,  
Raad van Bestuur Vilans

Mirella Minkman en Erwin Bleumink

030 – 78 92 300

[rvb@vilans.nl](mailto:rvb@vilans.nl)

**Enkele bronnen en kennisproducten:**

[Reactie van vilans op discussie nota zorg voor de toekomst](#), Vilans 2021

Reactie van Vilans op de dialoognota Ouder worden 2020-2040, Vilans 2021 (zie bijlage)

[Domeinoverstijgende financiering: grip op verschuivende kosten en baten](#), Vilans 2020

[Routekaart Domeinoverstijgende samenwerking](#), Vilans 2020

[Domeinoverstijgende financiering: Meer dan een gesprek over euro's](#), Vilans 2019

[Aan de slag met schottenvrije dementiezorg](#), Programma DvE 2020

[Stappenplan indiceren Wmo-ondersteuning door casemanager en wijkverpleegkundige](#),  
Programma DvE 2020

[De governance van netwerkzorg ontrafeld](#), Vilans 2020

datum	16 maart 2021	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
kenmerk	159/2021	Parnassusplein 5
onderwerp	Dialognota Ouder worden 2020-2040	2511 VX DEN HAAG
In behandeling bij		
telefoon		
e-mail		

Geachte lezer,

Als kennisinstituut voor de langdurende zorg, Vilans, reageren wij graag op uw dialognota Ouder worden 2020-2040. De toekomst van de zorg en ondersteuning aan ouderen, maar ook de toekomst van ouderen in onze maatschappij in brede zin gaat ons aan het hart en is de kern van ons werk als kennisinstituut, net zoals de toekomst voor mensen met beperkingen of met andere wat langer durende zorg- en ondersteuningsvragen. Daarbij richten wij ons in het bijzonder op kennis voor mensen met in potentie langdurende zorgvragen, hun naasten en alle professionals die voor hen daarbij een rol spelen. Bewust noemen we eerst de zorgvrager, de naasten en de professionals. Zij zijn de spil en ons uitgangspunt in denken en handelen.

Wij hebben een eerdere reactie gegeven op de nota Zorg voor de toekomst. Deze is als bijlage bijgevoegd en voor onze reactie verwijzen we tevens daarnaar. Deze reactie is ook van toepassing op onderhavige dialognota Ouder worden 2020-2040. Hieronder zetten wij, aan de hand van uw open vragen, onze reactie op hoofdlijnen uiteen. Op de verschillende beleidsopties wordt niet concreet ingegaan. Deze zijn logisch begrijpelijk, maar in het licht van onze visie, te systemisch en te veel gericht op het hier en nu.

1. We willen graag de ouderenzorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden. Wat maakt dit vraagstuk voor u urgent om stevige maatregelen te nemen?

De dialognota raakt veel belangrijke thema's en schetst herkenbare vraagstukken. Dit alles vanuit het perspectief van een vergrijpende samenleving. Alhoewel de dialognota als titel heeft "ouder worden", verengt de dialognota zich al snel tot de zorg voor ouderen. Kort gezegd, toenemende zorgvraag, minder mensen om de zorg te bieden en sterk stijgende zorgkosten. De probleemanalyse waarop de nota is gebaseerd is gemaakt vanuit het hier en nu. Wij pleiten voor een aanscherping en actualisatie van de probleemanalyse, in casu van de grijze druk, over de tijd, en voor een analyse waarin ook de kansen die ouderen de maatschappij bieden worden betrokken. Een breder perspectief, dat start bij ouderen zelf. Dat is nodig om de juiste keuzes te maken met maximale impact nu en in de toekomst.

Wij er- en onderkennen dat zonder “ingrijpen” de zorg en ondersteuning aan ouderen als gevolg van de komende vergrijzing onder druk zal komen te staan, maar bepleiten een aanscherping van de analyse op in ieder geval de volgende onderdelen:

- ✓ **De definitie van doelgroep ouderen.** Op andere beleidsterreinen is de levensverwachting een belangrijke indicator. Denk daarbij aan de koppeling van levensverwachting en AOW / pensioengerechtigdheid. In de notie wordt deze koppeling gemist. Veelvuldig wordt 65 jaar als indicator gehanteerd. Echter, vijftenzestigjarigen behoren steeds meer tot de nog actieve beroepsbevolking wat leidt tot een andere ratio werkenden/niet werkenden. Het arbeidspotentieel neemt toe in de samenleving, waardoor de grijze druk minder snel stijgt dan geschetst. We verwijzen graag naar dit [blog](https://www.stipr.nl/blog/de-vergrijzing-houdt-je-jong/). Zie: <https://www.stipr.nl/blog/de-vergrijzing-houdt-je-jong/>. Nog belangrijker, de stijging van de levensverwachting gaat gepaard met een stijging van de gezonde levensjaren (Nidi). Het is belangrijk hier vandaan te vertrekken.
- ✓ **De behoeften van ouderen.** Het opleidingsniveau, inkomen/vermogen, eigen huizenbezit, en digitale vaardigheid van ouderen stijgen. Het aantal alleenstaanden en het aantal ouderen met een migratieachtergrond nemen toe. Welk verwacht effect hebben deze en andere ontwikkelingen op bijvoorbeeld de zorg, woningmarkt, zelfredzaamheid? En op gezonde levensjaren en zorgconsumptie? Wat zijn de behoeften van deze groepen? Een beschrijving van de ontwikkeling van ouderen, naasten en professionals helpt een goede afweging te maken.
- ✓ **Graag geven we nog twee zaken in overweging.** Ten eerste om uit te gaan van levensloopbeleid en daarmee de nadruk te leggen op het natuurlijke en gebruikelijke proces van voorbereiding op en aanpassing aan een volgende levensfase. Wat zijn veel voorkomende life-events en wat betekent dat ook al vroeger in het leven voor ouderen worden. Levensloop impliceert een inclusie beleid, doelgroepen een exclusiebeleid. Ten tweede wordt geadviseerd ook te belichten wat ouderen (kunnen) bijdragen en betekenen voor de maatschappij en daarmee voor andere generaties en niet alleen de ‘last’ van de vergrijzing te benadrukken. De maatschappelijke en economische bijdrage van ouderen wordt gemist. Ouderen hebben met al hun levenservaring, kennis en wijsheid ook veel te bieden. De pandemie heeft laten zien dat we als maatschappij er veel voor over hebben om ouderen te beschermen, om te overleven. Maar er zijn grenzen merkbaar aan de inter-generatiele solidariteit en focus op kwaliteit van leven van de hele samenleving is nu gewenst.

## 2. Als u volledige vrijheid van handelen zou hebben, hoe zou u dit vraagstuk oplossen?

Een lange termijn vraagstuk vraagt om een lange termijnvisie en een lange termijn aanpak die kabinetten overstijgen. Een lange termijnvisie is daarbij de basis voor een routekaart, om daarbinnen adaptief een pad uit te stippelen waarmee we er uiteindelijk gaan komen. Met zo'n adaptieve aanpak kunnen we ook oplossingen waarvan we nu het bestaan nog niet kennen inzetten. Deze routekaart is nu niet gegeven in de nota.

De oplossingen voor 2040 kunnen we nu niet geven, maar dat is niet erg. We kunnen rapporten en visies blijven schrijven, maar het is inmiddels tijd voor een goed onderbouwde en gefaseerde routekaart. We geven hieronder enkele uitgangspunten voor het ontwikkelen van zo'n routekaart. Het rapport van de commissie Bos geeft hier ook veel aanwijzingen voor.



- ✓ De behoeften van ouderen, en wat zij onder gezondheid verstaan, wat hun wens en mogelijkheid tot zelf (samen)redzaamheid, autonomie en onderlinge solidariteit is en wat voor hen een geaccepteerd risico is, is het uitgangspunt en daarmee het startpunt.
- ✓ Laat de heterogeniteit van ouderen een deel van de oplossing zijn en hen zelf medeverantwoordelijk zijn voor het expliciteren van de behoeften. Ouderen zijn niet als iedereen een diverse groep mensen met veel onderlinge verschillen. In het recente verleden zijn er diverse typeringen gemaakt door onder meer het SCP, het Nivel en Motivaction van de doelgroep met uiteenlopende consequenties. Varieer het beleid bijvoorbeeld op de mate van zelfredzaamheid, samenredzaamheid en afhankelijkheid in alle stadia van een levenspad. Vertaal dit in een gevarieerd beleid van (digitaal) faciliteren, stimuleren tot aan (samen) zorgen voor. Stimuleer het zelfoplossend vermogen zodanig dat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven en regie behoudt. De druk op de zorg, het systeem neemt daarmee af. Neemt bv cliëntondersteuning. De ene oudere is geholpen bij een digitale stappenkaart, checklist en beslissboom. Terwijl voor de ander de persoonlijke begeleiding en ondersteuning cruciaal is. Biedt beiden en zorg voor diversiteit.
- ✓ “Zorgen met de handen op de rug”, is een oud adagium wat actueel is en blijft. Nu te vertalen in van “voor naar door”. Transformeer beleid van “voor” ouderen naar het faciliteren van oplossingen “door” ouderen. Laat eigen initiatief leidend zijn. Een voorbeeld hiervan is het vergemakkelijken van burgerinitiatieven voor “groepswooningen” en ontwikkel hiervoor incentives als de behoefte groter is dan het aanbod. Ook reablement, het toerusten van ouderen zodat zij weer dingen leren en kunnen, in plaats van overnemen, heeft al successen laten zien.
- ✓ De vergrijzing is niet alleen een vraagstuk van en voor de publieke sector. Ook de private sector krijgt te maken met een andere demografisch opbouw van de samenleving. Dat biedt ook kansen waar al naarstig op wordt ingespeeld. Denk aan financiële dienstverlening, hulpmiddelen, service en maaltijden aan huis. Wij pleiten ervoor dat de private sector mede de oplossingen aandraagt en aanbiedt. Vergrijzing is geen zorgvraagstuk, maar een maatschappelijk vraagstuk. Maak zo nodig gebruik van publiek/private sturing, bv een health impactbond, privaat/publieke samenwerking. De samenwerking met de private en de oplossingen vanuit deze sector worden in de nota gemist.
- ✓ Werk vanuit het principe van integraliteit en ga zowel in vraag als aanbod uit van een volledig en samenhangend geheel (zie de publicatie “Verlangen naar integraliteit” rede van Minkman). Domein overstijgend samenwerken is daar een voorbeeld van. Recente pilots hebben aangetoond dat een integrale domein overstijgende aanpak langer thuisblijven mogelijk maakt. Of één wetgeving de oplossing is wordt betwijfeld. Er is geen tijd om complexe veranderende wetgeving af te wachten. Dit is ook niet nodig. Elke wet brengt weer nieuwe grenzen en beperkingen mee. Vanuit menselijk maat regelruimte creëren om integraal en domein overstijgend te kunnen en mogen handelen biedt een passend handelingskader. Al decennia is te zien, dat er binnen dezelfde wetgeving verschillen zijn tussen de mate van succesvolheid van regionale initiatieven en samenwerkingverbanden. Domeinoverstijgend werken begint vanuit een brede visie op de mens, daarom heen organiseren zowel op team, wijk als regio niveau en ook een ander uitgangspunt in governance. Voor bestuurders en toezichthouders betekent dit handelen voorbij het eigenbelang en het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat vraagt andere dan de huidige verantwoordingsmechanismen.
- ✓ Solidariteit door intergenerationeel beleid. Corona heeft de discussie over generaties, kwetsbaren met betrekking tot risico's en solidariteit (verder) aangescherpt. Dit heeft ons geleerd dat doelgroepenbeleid segregatie kan bevorderen en de solidariteit afneemt. Laat niet de ene generatie

voor de andere moeten zorgen. Bouw prikkels voor solidariteit in bijvoorbeeld over het op tijd op je toekomst voorbereiden op alle facetten van het leven. Een individueel levensloopbudget (voor alle levensfasen) kan een passende prikkel zijn en past in een visie van een leven lang leren en van levensfase naar levensfase begeleiding.

- ✓ Digitale transformatie: zet sterk in op de ontwikkeling en het opschalen van de inzet van technologie. Er is al heel veel mogelijk op het gebied van zelfmanagement, slapen, veiligheid in en om het huis, preventie/vroeg signalering van verschillende aandoening, diagnostiek op afstand enz. In deze Coronaperiode heeft het gebruik van technologie een vlucht genomen maar er is meer nodig inclusief stevige verankering in reguliere werkprocessen, opleidingen, betaaltitels etc. Wat kunnen we vasthouden en versneld door ontwikkelen tot (preventieve) zorg en ondersteuning van de toekomst. Benut intensief de lessons learned die nu opgehaald worden.
- ✓ Zorg voor goede en toegankelijke kennis voor alle betrokkenen. Op persoon/groep afgestemde kennis draagt bij aan zelf-/samenredzaamheid, dan wel kwaliteit van dienstverlening en daarmee aan zo lang en optimaal mogelijke zelfstandigheid. Een stevige doorontwikkeling van de kennisinfrastructuur is nodig, om alle betrokkenen bij ouderen en de ouderen zelf te kunnen laten beschikken over laatste inzichten, goede voorbeelden, handige tools en aanpakken en digitale en offline ontmoetingen om elkaar te supporten en expertise te benutten. O.a. Vilans is hier al intensief mee bezig in samenwerking met partners, maar het vraagt inzet van alle partners in de kenniscyclus (praktijk, beleid, onderzoek, onderwijs).

3. Wat staat voor u centraal in de realisatie hiervan? Formeel via stelsel, wet en regelgeving, of informeel via samenwerkingsafspraken en akkoorden? Kunt u kort toelichten waarom?

In de nota staan een groot aantal herkenbare oplossingsrichtingen vanuit een systeem gerichte benadering en sterk vanuit 'het nu' bedacht en ingezet. Echter, de vraagstukken waar we voor staan, kunnen niet alleen door het systeem worden opgelost. Wij pleiten daarom voor een visie en cultuur waarin nieuwe solidariteit en de eigen-, samenkracht centraal staat ook vanuit verschillende stakeholders en betrokkenheid van private partijen (bijvoorbeeld hypotheekverstrekkers die anders kijken naar het benutten van woningbezit). Dat vraagt om een andere sturingsvisie. Een visie waar "zorgen voor" plaats maakt voor "zorgen dat". Waarbij het ondersteunen bij de zelf- samen zorg in alle gradaties een belangrijke drijfveer is met wel de zekerheid van een vangnet als dat niet meer gaat.

Vanuit deze visie zijn wij voor een hybride en passende "middelenmix" met maximale impact. Samenwerkingsafspraken en akkoorden op landelijk niveau, voor een eensgezind en richtinggevend kader. Om vanuit eenzelfde ambitie maximale impact te realiseren en als overheid de opgave te agenderen. Met wetgeving als aanvullende en sturende rol die kan afdwingen en zekerheid biedt waar nodig. We zijn voorstander van de inzet van wetgeving voor die zaken die niet door individuen of groepen beïnvloed kunnen worden, wanneer het veranderproces niet vanzelf verloopt en waar zekerheid en bescherming van burgers hoog in het vaandel staat.

Wel zijn we van mening dat een bezinning op het systeem gewenst is en het van belang is éénduidige uitgangspunten voor de toepasselijke wetten te formuleren: persoonsgericht of gebieds-/populatiegericht, aanspraken op zorg of een compensatiebeginsel, alle professionele zorg vergoed of alleen de zorg die een aanvulling vormt op het eigen organiserend vermogen (vangnet), niet alleen financieren van zorg en ondersteuning maar ook preventie, waarbij vergoedingen niet gebaseerd op zijn op verrichtingen of

prikkels tot productie beloofd worden. Wij hebben ook zelf ook onderzoek verricht naar zorgstelsels in andere landen. Dat leert dat een eenduidig antwoord op de vraag 'wat is het beste stelsel?' er niet is. Wel zijn er bruikbare elementen uit andere stelsels te halen die voor Nederland ook bruikbaar kunnen zijn. Dat vraagt om meer diepgang en gesprek dan middels deze korte reactie haalbaar is; wij bieden onze kennis hierover aan en denken graag mee.

Ten slotte willen we opmerken dat wet -en regelgeving rondom zorg en wonen overwegend betekenisvol zijn vormgegeven. Méér het is ook complex en gedetailleerd. 'Eenvoud in kwaliteit' is een passend streven. Wij zijn van mening dat vermindering van de mate van detaillisme en sturing op feitelijke risico's hierbij leidend moeten zijn. Het gaat uiteindelijk om de effectiviteit en het daadwerkelijk kunnen toepassen van de regelgeving.

7. Hoe ziet u uw eigen rol? Wat heeft u nodig om te kunnen starten? Met wie zou u daarin willen samenwerken?

Kennis speelt een cruciale rol in het verzorgingsvraagstuk. Kennis om enerzijds de probleemanalyse scherp te krijgen en actueel te houden, maar niet zo belangrijk, zo niet belangrijker om de ouderen, diens netwerk en de betrokken professionals te empoweren, om zelf regie te houden en heft in eigen hand te kunnen blijven nemen. Kennis is de brandstof voor het transformeren van toekomstgerichte ouderenzorg in ons land.

Dit vraagt om een gericht kennisbeleid om geïdentificeerde knelpunten op te lossen, oplossingen op te schalen, herhaling van fouten te voorkomen en professionaliteit te verhogen. Het gaat dan om een integrale aanpak van kennisvraagstukken: vraagarticulatie (de relevante vragen formuleren en agenderen), kennisontwikkeling (als er nog geen antwoorden zijn), validering van kennis (werkt het echt), verspreiding van kennis (vinden wat je zoekt in een voor jou bruikbare vorm), implementatie (praktijk verandering) en evaluatie (leren en wat volgt next).

Ook het empoweren van de ouderen en hun omgeving gebeurt via kennis. We zien nu al dat het zoeken op internet naar antwoorden op zorg- en ondersteuning vragen sterk is toegenomen. Door bijna een overkill aan informatie ontstaat het risico van des- en foutieve informatie en neemt de effectiviteit af. Daarnaast worden we geconfronteerd met een toenemend risico op fake informatie. Een risico waarvan we de grenzen door toename van social media en technologische mogelijkheden als deepfake en het steeds meer toepassen van kunstmatige intelligentie nog niet kennen. Aan betrouwbare, toegankelijke en actuele kennis zal steeds meer behoefte gaan ontstaan. Deze zal in de basis publiek beschikbaar en vindbaar moeten zijn.

Wij zien voor onszelf een rol weggelegd in het laten werken van kennis om om te gaan met ouder worden en in de bijbehorende kennisverspreiding die persoonlijk en op maat is voor cliënten, naasten & mantelzorgers, zorgprofessionals (ook die in opleiding), zorgaanbieders en financiers. Wij nemen onze rol in de kennisinfrastructuur en werken aan de digitale versteviging van de onderliggende infrastructuur en een datafundament.

Daarmee richten we ons op kennis die:

- ✓ Toegesplitst is op gebruiker en die (direct) toepasbaar is.
- ✓ Inspeelt op geografische diversiteit. Dit pleit voor een keten van landelijke-, regionale- en lokale vraagstukken en kennispleinen.
- ✓ Voortkomt uit wetenschappelijke studies en op kennis die voortkomt uit de praktijk (expert-professionele kennis, ervaringskennis).
- ✓ Beschikbaar is via een goede kennisvinder om zodoende als kennisgids in alle informatie-overload te kunnen fungeren en te zorgen voor betrouwbare, adequate, toegankelijke en op de persoon toegesplitste kennis.
- ✓ Beschikbaar is via verschillende kanalen en verschijningsvormen: tekst & multimediaal, digitale kennispleinen & print, onderwijs & implementatie, on- en offline etc. Het gaat om het ondersteunen van gedragsverandering, nieuwe vaardigheden en uiteindelijk het toepassen van kennis, wat weer nieuwe vragen, inzichten en ervaringen oplevert (input voor de kenniscyclus).

In het bijzonder kunnen wij bijdragen aan de toekomstige behoefte aan kennis op de gebieden:

- ✓ Digitale transformatie in de zorg en van de kennisfunctie zelf. Bijvoorbeeld vraagarticulatie, implementatievraagstukken, effectenanalyses en kennisverspreiding zodat opschaling sneller kan plaatsvinden op basis van duurzame inzetbaarheid.
- ✓ Persoonsgerichte zorg en integrale netwerkzorg (vertrekkend vanuit de visie van positieve gezondheid), het persoonsgericht kunnen maken van kwaliteit van leven en het organiseren van het bijbehorende organisatie- netwerk en sturingsfilosofie vanuit verschillende niveaus (regio, wijk, landelijk).
- ✓ Versterken van professioneel handelen (voor zowel professional als zorgvrager en mantelzorgers), relatiegerichte warme zorg; vertaling wetenschappelijke inzichten in praktisch handelen en valideren van praktische werkwijzen, en verspreiden daarvan.
- ✓ Domein overstijgende samenwerking, regionale en lokale (integrale) samenwerking. Ook op het gebied van netwerk governance. Het overstijgen van samenwerking in het domein 'zorg' ook met onderwijs, arbeid, wonen, recreëren.

Dit doen we altijd in samenwerking met anderen. In de ouderenzorg zou een sterkere kenniscoalitie verder vormgegeven moeten worden de komende jaren. Qua samenwerking denken we daarbij aan een gelijksoortige samenwerking als bij de kenniscoalitie gehandicaptenzorg i.o. met vertegenwoordigers van: cliënt organisaties, branche en beroepsorganisaties, andere relevante kennisorganisaties; diverse overheden en relevante systeem partijen, bv. zorgkantoren/zorgverzekersaars.

Met vriendelijke groet,

Raad van Bestuur Vilans

Mirella Minkman en Erwin Bleumink