

Inkoopsafari

Verkenning van de praktijk van zorginkoop

Verkenning

Inkoopsafari

Verkenning van de praktijk van zorginkoop

Verkenning
Publicatie 17-02

Inhoudsopgave

Ten geleide	4
1 Zorginkoop Medisch-specialistische zorg. Inkoopwedloop of waardecreatie voor de patiënt	6
2 Zorginkoop Kraamzorg. Van digitaal naar integraal	21
3 Zorginkoop Intramurale ouderenzorg. Is er een nieuwe rol voor het zorgkantoor?	30
4 Zorginkoop Individuele begeleiding. Zoeken naar het verschil maken	45
5 Zorginkoop als haarlemmerolie voor de organisatie van de zorg?	62
Literatuur	71
Geraadpleegde deskundigen	74
Adviesvoorbereiding	76

Ten geleide

De opmars van zorginkoop

De rol van de zorginkoop in stelsels van zorg en welzijn is de afgelopen jaren steeds groter geworden. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) onderhandelen zorgverzekeraars al zo'n tien jaar, en in toenemende mate, met zorgverleners over prijs en kwaliteit van curatieve zorg. Met de decentralisatie van maatschappelijke ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp per 1 januari 2015 (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw)) moeten gemeenten nu voor hun inwoners afspraken gaan maken met diverse zorgaanbieders. Tot slot speelt zorginkoop ook een rol in de langdurige zorg (Wet langdurige zorg, Wlz). Die regelt dat zorgkantoren namens verzekerden afspraken maken met zorgaanbieders over vernieuwing en kwaliteit. Inkoop dan wel aanbesteding dient in alle genoemde stelsels als essentieel stuurmiddel om publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen.

Gegeven deze opmars van zorginkoop/-verkoop, waarbij partijen er binnen de wettelijke kaders met elkaar uit moeten komen, verdient dit sturingsinstrument om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden meer aandacht. Wat heeft de zorginkoop gebracht? Hoe functioneert dit mechanisme als het gaat om toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg? Hoe differentieert het instrument naar de verschillende deelterreinen? En hoe verhouden de verschillende actoren zich tot elkaar?

Een verkenning van de praktijk van zorginkoop

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft een praktijkverkenning uitgevoerd om zicht te krijgen op de rol van zorginkoop/-verkoop om in Nederland zorg en welzijn goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. We vermoedden dat zorginkoop/-verkoop verschillend kan uitpakken al naar gelang het zorgtype of de deelsector. Dat kan bijvoorbeeld te maken hebben met het aantal zorgaanbieders in de betreffende deelsector, met de (on)voorspelbaarheid van de professionele interventie, de kapitaalintensiviteit of de mate van regionale of professionele specialisatie. Om de breedte van het spectrum enigszins te omvatten zijn als zorgsectoren gekozen: de ziekenhuiszorg, de kraamzorg, de intramurale ouderenzorg en de extramurale individuele begeleiding. We verwachtten dat deze vier deelsectoren weliswaar een grote variëteit omvatten, maar ook dan zal het nog slechts een beperkte afspiegeling zijn van de enorme variëteit die er binnen de inkoop van zorg en welzijn te vinden is.

Medio 2016 heeft de Raad gesprekken gevoerd met diverse sleutelpersonen die betrokken zijn bij inkoop en verkoop van zorg en welzijn. De Raad zocht daarbij aansluiting bij de inkoopdriehoek van inkoper, zorgverlener en gebruiker. Bij de inkopende partij gaat het dan om de zorgverzekeraar (ziekenhuiszorg en kraamzorg), het zorgkantoor (intramurale ouderenzorg) of de gemeente (individuele begeleiding). Bij de zorgverlener betreft het instellingen, maar ook (vrijgevestigde) professionals. Bij de gebruikers gaat het om

patiëntenverenigingen, patiënten- en cliëntenraden en Wmo-raden. Te interviewen partijen zijn geselecteerd op basis van variatie, zonder te streven naar representativiteit. De opbrengst uit de interviews is getoetst en aangevuld door middel van literatuur en documentatie, zoals de marktscans van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), argumentenkaarten en inkoopdocumenten, en door middel van gesprekken met experts.

De beschrijving van de vier deelsectoren bevat een enorme hoeveelheid informatie over hoe inkopers, zorgverleners en gebruikers de zorginkoop/-verkoop ervaren. Desalniettemin kunnen wij op basis van deze verkenning slechts tentatief uitspraken doen over de bijdrage van de zorginkoop/-verkoop aan de borging van de drie traditionele publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Voorzichtigheid is op zijn minst ook geboden omdat – zoals ook deze verkenning laat zien – deze publieke belangen meervoudig van aard zijn.

In deze verkenning sluiten wij aan bij de gebruikte terminologie van de geïnterviewden. Doorgaans wordt eenvoudigweg gesproken van zorginkoop en wordt aldus het perspectief genomen vanuit de financier. Ook zorgaanbieders en cliënten- en patiëntenorganisaties spreken vaak over zorginkoop.

Leeswijzer

De informatie die de Raad ophaalde, wordt in de hierna volgende vier hoofdstukken – elk een deelsector beschrijvend – volgens de volgende lijn gepresenteerd. Elk hoofdstuk begint met een inleiding waarin de context van de zorginkoop/-verkoop binnen de betreffende deelsector wordt geschetst. In het tweede deel komt de driehoeksrelatie die de zorginkoop kenmerkt aan de orde. Eerst wordt het inkoopproces tussen de inkoper en verkoper (inkoopmarkt) geschetst. Vervolgens bespreken we hoe patiënten/cliënten een keuze maken voor een zorgaanbieder: de zorgverleningsmarkt. Dan besteden we aandacht aan de zorgverzekeraarsmarkt. Daarin bespreken we de verhouding tussen zorginkoop en de keuze van verzekerden voor een zorgverzekeraar binnen de Zvw. Bij de Wmo en de Wlz is er strikt genomen geen sprake van een zorgverzekeraarsmarkt, omdat er voor burgers respectievelijk verzekerden geen keuze voor een andere inkoper is. Wel geldt er hier democratische controle en de mogelijkheid om het zelf te regelen via een persoonsgebonden budget (pgb). In het derde deel van het hoofdstuk wordt ingegaan op de opbrengsten van de inkoop/-verkoop. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de drie traditionele publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid (efficiëntie). Aanvullend wordt nog specifiek ingegaan op de verhouding tussen inkoop en innovatie. De verkenningen van de deelsectoren worden besloten met een discussie.

In het afsluitende hoofdstuk kijken we naar de rol van zorginkoop in de vier betreffende sectoren en belichten we verschillen en overeenkomsten. We geven antwoord op de vraag wat inkoop heeft betekend voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid in de vier sectoren en schetsen vervolgens een aantal gevolgen van zorginkoop. In het bijzonder hebben we daarbij aandacht voor de relatie tussen inkoop de pluriformiteit. We sluiten af met een aantal waarnemingen over de rol die de rijksoverheid inneemt bij zorginkoop en over de werking van de inkoopdriehoek.

1 Zorginkoop Medisch-specialistische zorg.

Inkoopwedloop of waardecreatie voor de patiënt

1.1 Inleiding

Bij medisch-specialistische zorg gaat het om curatieve zorg – veelal gericht op verbetering – en overige specialistische zorg voor onder meer chronisch en ongeneeslijk zieken. Medisch-specialistische zorg wordt verleend door medisch specialisten in ziekenhuizen en in zelfstandige behandel centra (zbc's). Bij zorg in zbc's gaat het om niet-spoedeisende, planbare zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. In 2015 waren er 89 ziekenhuizen – waaronder 8 Universitair Medische Centra (UMC's) – 231 zbc's en 65 categorale instellingen (instellingen gericht op specifieke ziekten of patiënten (NZa 2016)). In 2015 bedroegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg € 26,2 miljard.¹

Wat zijn belangrijke ontwikkelingen?

Van belang voor de zorginkoop van medische-specialistische zorg is dat in 2012 de budgettering in de medisch-specialistische zorg – met maximumtarieven per diagnosebehandelcombinatie (dbc) – is afgeschaft en dat prestatiebekostiging is ingevoerd. Dit houdt in dat ziekenhuizen voor elke geleverde zorgprestatie (dbc-zorgproduct) apart betaald krijgen en dat hun omzet volledig wordt bepaald op basis van declaraties.² Van ziekenhuizen en zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze afspraken maken over prijzen, volume en kwaliteit van zorg.³ Ook is de risicodragendheid van zorgverzekeraars sinds 2012 opgevoerd doordat de zogenaamde ex-postcompensaties in de risicoverevening zijn afgebouwd. Verzekeraars hebben hierdoor een grotere prikkel om de zorgkosten te beheersen en, in theorie, doelmatige zorg in te kopen.

Om een beheerste groei van de uitgaven voor medisch-specialistische zorg te waarborgen, is er een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Patiëntenfederatie Nederland, de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Orde van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van

Noten

¹ 95% daarvan wordt gefinancierd door de Zvw, 1,4% door de overheid via diverse subsidieregelingen, 3% door de Wlz en 0,4% door eigen betalingen (NVZ 2016).

² <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg#absegment>

³ Dit is wel gepaard gegaan met een tijdelijk transitie-model.

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De afspraak in dit akkoord is het terugbrengen van het groeipercentage naar 1,5% in 2014 en naar 1% in de jaren 2015 tot en met 2017. Ook zijn partijen tot een inhoudelijke agenda gekomen om dit te realiseren door het inzetten op selectieve inkoop, het terugdringen van praktijkvariatie, het spreiden en concentreren van ziekenhuisfuncties, het afbouwen van onnodige ziekenhuiscapaciteit en het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen.

De laatste jaren lijkt de uitgavengroei voor medisch-specialistische zorg inderdaad af te zwakken. Tussen 2010 en 2012 stegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg nog met ruim 3% per jaar. In 2014 groeiden de uitgaven minder hard, met iets meer dan 0,5%. Of hier sprake is van een trend moet nog blijken uit de cijfers van 2015 en 2016 (NZa 2016).

1.2 De driehoeksrelatie

De zorginkoop

Organisatie en proces

Op de inkoopafdelingen van zorgverzekeraars werken behalve inkopers ook medisch specialisten/adviseurs, beleidsmedewerkers, analisten en medewerkers die toezien op naleving en controle. De jaarlijkse inkoopcyclus begint bij een zorgverzekeraar met de vorming van het inkoopbeleid. Dit beleid wordt vervolgens op 1 april openbaar gemaakt. Op basis van dit beleid, het landelijk kader en de declaratiedata bij de zorgverzekeraar over het ziekenhuis, doet de zorgverzekeraar de eerste voorstellen voor een contract en opent de onderhandelingen. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat inkopers vooraf getraind worden met simulaties voor de onderhandelingen en dat ervoor gezorgd wordt dat ze een uniform geluid laten horen. Na de zomer hopen zorgverzekeraars tot contracten te komen, zodat in november, wanneer ze hun polis en premie bekend moeten maken, duidelijk is welke zorg gecontracteerd is.

Ook ziekenhuizen kennen inmiddels verkoopteams en/of verkoopafdelingen. Vaak bestaan deze teams uit medisch specialisten, financiële deskundigen en marketeers. Ook in de ziekenhuizen waar de vrijgevestigde medisch specialisten zich georganiseerd hebben in een medisch-specialistisch bedrijf (MSB), maken deze deel uit van het verkoopteam. Zo geeft een bestuurder aan dat de verkoop met hen samen wordt gedaan.⁴ Net als bij de verzekeraar wordt binnen ziekenhuizen mede op basis van managementinformatie een beeld gevormd over de kosten- en volumeontwikkeling en kwaliteit. Op basis van deze gegevens wordt de inzet voor de onderhandelingen bepaald. Ziekenhuizen stellen op basis van deze informatie offertes op waarop zorgverzekeraars een propositie doen.

Zowel de verzekeraars (zorginkopers) als ziekenhuizen (zorgaanbieders) hebben fors geïnvesteerd om dit inkoopproces goed te kunnen voeren. Er heeft – zo blijkt uit de gesprekken – een professionaliseringslag plaats gevonden. Het is gewoon geworden dat voor medisch-specialistische zorg aan beide kanten van de tafel inmiddels een palet aan kennis zit. Zorgverzekeraars hebben vaak een uitgebreide data-analyse opgebouwd (*business intelligence*) en mensen aangenomen die voorheen in het ziekenhuis werkten en hier ruime ervaring hebben opgedaan, zoals medisch specialisten en financieel deskundigen. Eén verzekeraar heeft 25

Noten

⁴ Hierdoor wordt het inkoopproces wel stroperiger.

medische en ggz-specialisten in dienst. Dit alles om de informatiekloof met het ziekenhuis te dichten en meer evenwicht aan de onderhandelingstafel te krijgen. Ook ziekenhuizen blijken steeds beter zicht te krijgen op hun bedrijfsvoering en over een grotere *business intelligence* te beschikken. Ze maken gebruik van externe partijen om dit proces te ondersteunen. Ook blijken inmiddels medewerkers andersom de overstap te maken van zorgverzekeraar naar ziekenhuis. De mate van professionaliteit van inkoop bij zorgverzekeraars en verkoop bij ziekenhuizen verschilt onderling wel. Er zijn inkopers en verkopers die minder op de rails hebben staan.

Inkoop als machtsspel om het geld

De initiële voorstellen van de zorgverzekeraar en het ziekenhuis blijken in de regel nogal uit elkaar te liggen. Zorgverzekeraars geven aan dat alle ziekenhuizen in hun offertes op het groeipercentage uit het hoofdlijnenakkoord zaten of erboven. In het begin gaan de inkoopgesprekken vaak nog wel over de inhoud van zorg. Naarmate de gesprekken vorderen en de beoogde kwaliteitskenmerken verder zijn vertaald in de financiële effecten, blijkt de inhoud er niet meer toe te doen en uit beeld te raken, en gaat het enkel nog om de hoogte van de lumpsum. De onderhandelingen hebben daarmee een sterk financiële afdronk. Het afgelopen jaar heeft dit tot grimmige onderhandelingen geleid, waarbij diverse partijen er pas om vijf voor twaalf met elkaar zijn uitgekomen. Enkele academische ziekenhuizen waren in het voorjaar nog steeds met zorgverzekeraars in onderhandeling. En dat terwijl in het hoofdlijnenakkoord was afgesproken dat verzekeraars medio november hun contractering rond moesten hebben.

Het onderhandelproces tussen verzekeraars en ziekenhuizen is verhard, waarbij het naar de media stappen of dit dreigen te doen een geoorloofd instrument is. Een strategie voor ziekenhuizen is om zo lang mogelijk te wachten en zo de druk op de zorgverzekeraar op te voeren. Een verzekeraar gaf aan op de website te hebben gezet dat alles gecontracteerd was, zodat ziekenhuizen hem op dit punt niet kunnen gijzelen. Twee zaken hebben volgens verschillende geïnterviewde betrokkenen de onderhandelingen in elk geval bemoeilijkt. Dat is de problematiek van de dure geneesmiddelen, met name de vraag wie hier het risico moet lopen (zie kader), en de doorlooptijdverkorting van dbc's waardoor prijzen niet meer vergelijkbaar zijn met die van voorgaande jaren. Ook voor de komende jaren worden moeizame onderhandelingen verwacht.

Inkoop van dure geneesmiddelen

Tijdens alle gesprekken komt terug dat de kostenstijging van dure geneesmiddelen het inkoopproces binnen de medisch-specialistische zorg erg heeft bemoeilijkt. Als gevolg van nieuwe dure geneesmiddelen op de markt is de verwachting dat de ziekenhuisuitgaven aanzienlijk stijgen, waarmee binnen het macro-budgettair kader (MBK) volgens zeggen onvoldoende rekening is gehouden. Als voorbeeld wordt het medicijn Nivolumab gegeven. Ziekenhuizen willen het risico niet dragen voor deze uitgavenstijging en wensen nacalculatie. Een zorgbestuurder stelt dat omgaan met risico hoort bij de rol van verzekeraar en het dus logisch is dat zorgverzekeraars dit risico dragen. Verzekeraars geven aan dat juist ziekenhuizen het risico kunnen beïnvloeden en willen het risico bij ziekenhuizen neerleggen. Er wordt ook gesteld dat verzekeraars met een onmogelijke opdracht op pad zijn gestuurd. De vraag is of zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen het risico wel kunnen beïnvloeden. Er worden enkele mogelijkheden genoemd: er geldt een gezamenlijk inkoopinitiatief, verspilling kan worden tegengegaan door richtlijnen te volgen en te

sturen op de indicatiestelling, een verzekeraar kan tot op zekere hoogte sturen op de prijs (de marge eruit halen) en verzekeraars kunnen ziekenhuizen uitsluiten (voor Nivolumab zijn nu twaalf centra aangewezen). Een verzekeraar zet tegenover de afspraak over nacalculatie dat ziekenhuizen zich houden aan afspraken over verspilling en doelmatigheid. Wanneer partijen uiteindelijk niet in staat zijn om het risico te beheersen, dreigt een overschrijding van het MBK en hiermee de mogelijke inzet van het macrobeheersinstrument (het MBI). Dit is een generieke korting waartoe de minister kan besluiten, die alle ziekenhuizen krijgen, ongeacht of ze bijgedragen hebben aan de overschrijding.

De machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is een onderwerp dat in de gesprekken vaak terugkomt. Loozen et al. (2016) stellen in recent onderzoek dat de machtsbalans eerder in het voordeel uitslaat van ziekenhuizen dan van zorgverzekeraars. Uit de door ons afgenomen interviews komt een beeld naar voren dat de academische ziekenhuizen een sterkere onderhandelingspositie hebben in vergelijking met kleinere streekziekenhuizen en de zelfstandige behandelcentra. Ook van belang voor de onderhandelingspositie zijn de alternatieven die beschikbaar zijn in de regio. Hoe meer en diverser het aanbod van ziekenhuizen en behandelcentra in de regio, hoe zwakker hun onderhandelingspositie aan de tafel met verzekeraars. Tot slot is het marktaandeel van de verzekeraar in de regio van belang. Hoe groter het aandeel van de patiënten dat bij een bepaalde verzekeraar is aangesloten, des te meer het ziekenhuis en deze verzekeraar op elkaar zijn aangewezen. "Kijk naar ziekenhuizen waar we veel verzekerden hebben. Daar kan ik geen troubles krijgen. Maar stel als zo'n ziekenhuis gewoon volumedaling heeft gehad. Als ik dat niet compenseer, gaat het failliet." Dat zijn ook inkoopprocessen. We zien overigens dat dit zowel tot conflict als tot partnerschap kan leiden.

Contracten

De onderhandelingen over zorginkoop hebben tot verschillende soorten contracten geleid. Er zijn contracten gesloten met aanneemsommen (het overeengekomen totaalbudget), omzetplafonds (maximale volumes (zorgomvang in aantallen) met bijbehorende prijs), bandbreedtes en prijsafspraken met open volume (zogenaamde p*q-contracten). De keuze daarvoor wordt mede ingegeven door het verwachte volume. Daar waar zorgverzekeraars verwachten dat het volume afneemt, zijn p*q met een plafond aantrekkelijke contracten voor zorgverzekeraars. Volumeverlies kan anders gemakkelijk prijsopdrijving tot gevolg hebben. Daar waar ziekenhuizen verwachten te kunnen groeien, zijn contracten met een open volume voor hen aantrekkelijk. Het soort contract dat is gesloten kan vervolgens invloed hebben op de behandelpraktijk. Een p*q-contract kan een prikkel geven om te behandelen, bijvoorbeeld in plaats van het nog even aan te zien of niet te behandelen als dat geen betere prognoses heeft.

Hoewel verzekeraars vaak een plafond of aanneemsom afspreken, moeten deze contracten nog wel 'gevuld' worden met reële prijs- en volumeafspraken. Dat omvat het terugrekenen van de totale aanneemsom naar aantallen en prijzen van behandelingen. Dit hebben zorgaanbieders nodig om individuele facturen te kunnen opstellen. Verzekeraars hebben dit ook nodig, namelijk om het eigen risico van hun verzekerden te kunnen innen.

De verschillen tussen ziekenhuizen in de prijzen die voor dezelfde producten in rekening werden gebracht, ook wel prijsvariatie genoemd, bleken in het verleden groot. Deels zijn zulke verschillen fictief, omdat ze tot stand komen door het al genoemde 'vullen' van

contractafspraken. De meeste betrokken geïnterviewden zijn van mening dat het verzekeraars – mede door middel van prijsbenchmarks – steeds beter lukt om de prijsvariatie te verminderen en tot reëlere prijzen te komen.

Meerjarenafspraken

Op een aantal plekken worden stappen gezet in de relatie tussen verzekeraars en ziekenhuizen en worden afspraken gemaakt die voor meerdere jaren gelden. Ten eerste maken zorgverzekeraars meerjarenafspraken met die ziekenhuizen waarvan ze vinden dat die goede prestaties leveren en die ze daarom willen laten groeien. Een meerjarenovereenkomst wordt dan vaak gekoppeld aan een vrij volume, bijvoorbeeld de prestatiecontracten van Zilveren Kruis of de afspraak die CZ met de Sint Maartenskliniek heeft gemaakt. Ten tweede zien we meerjarencontracten bij ziekenhuizen waar een inkrimping van het zorgaanbod wordt verwacht. Zorgverzekeraars proberen hier ziekenhuizen met zogenaamde *shared-savingsmodellen* te verleiden om minder productie te maken en meer in kwaliteit en preventie van operaties en dergelijke te investeren. Bij het shared-savingsmodel wordt de winst van de besparing gedeeld tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Ziekenhuizen zijn hiertoe bereid, omdat hun voortbestaan in het geding is wanneer ze dit niet doen. Denk aan het contract van VGZ met kliniek Bernhoven (Olsthoorn 2016). Tot slot zien we meerjarenafspraken wanneer ziekenhuizen moeten (ver)bouwen of fuseren en financiers bepaalde zekerheid eisen. Uit de gesprekken die we hebben gevoerd blijkt dat zorgverzekeraars, vanuit de positie die ze hebben als zorginkoper, grote invloed hebben op investeringsbeslissingen van ziekenhuizen en op fusietrajecten. Wanneer verzekeraars meerjarige afspraken maken met zorgaanbieders over investeringen die het voortbestaan van de zorgaanbieder aangaan, noemen we dat 'stille inkoop'.

Spreiding en concentratie

Druk vanuit de bedrijfsvoering van professionals is een belangrijke driver voor fusies. Door specialisatie – in plaats van verschillende operaties doen chirurgen nu vaker één type ingreep – worden volumennormen niet gehaald. Terwijl de specialist wel het hele jaar beschikbaar moet zijn voor die ene ingreep, haalt de specialist of het ziekenhuis niet de afgesproken omvang. Dat geeft weerstand. Daarnaast komt er soms druk vanuit de zorgverzekeraar om te fuseren. Ziekenhuizen willen altijd overleven, maar de gezamenlijke capaciteit is in bepaalde regio's te groot. Verzekeraars denken soms constructief mee om wel de toegankelijkheid in de regio te kunnen handhaven.

Differentiatie en substitutie

Zorgverzekeraars kunnen hun zorginkoop differentiëren op basis van het type medisch-specialistische zorg. Men spreekt over basiszorg wanneer het gaat om een hoog volume aan zorg in combinatie met lage complexiteit van de zorg, en van centrumzorg wanneer er sprake is van een laag volume aan zorg in combinatie met hoge complexiteit van de zorg. Daarnaast is er zorg die in netwerken wordt geleverd, zoals oncologie, geboortezorg en acute zorg. Hoewel zorgverzekeraars aangeven de verschillende typen medisch-specialistische zorg op basis van afzonderlijke contracten te willen inkopen, gebeurt dit in de praktijk nauwelijks. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars blijken meestal een totaalafpraak te maken voor alle zorg.

Een andere wijze van sturing aan de medisch-specialistische zorg is door afspraken over substitutie te maken: het verplaatsen van zorg uit ziekenhuizen naar de eerste lijn. Er zijn

verschillende voorbeelden genoemd van verzekeraars die daartoe het initiatief namen en het totaalbudget daarvoor met 1 of 2% verlaagden. Waar de ene verzekeraar dat motiveert met informatie over feitelijke verschuivingen, doet een andere verzekeraar dat zonder rugnummers. Dat wekt ergernis bij zorgaanbieders.

Betrokkenheid van patiënten en verzekerden bij het inkoopproces

Patiënten (vanuit ziekenhuizen gezien) of verzekerden/leden (vanuit de verzekeraars gezien) spelen in meeste gevallen slechts een beperkte (directe) rol in het zorginkoopproces. Zorgverzekeraars geven aan dat ze patiëntenverenigingen wel steeds beter betrekken bij het vormgeven en implementeren van het inkoopbeleid. Het gaat hier om de Patiëntenfederatie Nederland, categorale verenigingen (zoals de vereniging van diabetespatiënten) en verenigingen die een regionale basis hebben, zoals Zorgbelang. Een verzekeraar: "Er zijn bijeenkomsten waar patiëntenverenigingen hun visie aan elkaar presenteren. Dat helpt ons vanuit het patiëntenperspectief het inkoopbeleid vorm te geven." Ook de patiëntenvereniging gaf aan dat ze de laatste tijd door de meeste verzekeraars wordt betrokken bij het inkoopbeleid. De vraag is wat de daadwerkelijke invloed is van de patiëntenvereniging op het beleid. De vereniging geeft wel input, maar krijgt niet vaak een terugkoppeling over wat er mee gebeurd is. Ten slotte zijn er nog de ledenraden van zorgverzekeraars. "De ledenraad kijkt vanuit de organisatie in de breedte wat belangrijk is; zelf wil het geen onderdeel zijn van het inkoopteam."

Verzekeraars wijzen op de spanning tussen de belangen van verzekerden en die van patiënten; die liggen dikwijls niet op één lijn. Zo was de categorale patiëntenvereniging van stomapatiënten het oneens met het brede inkoopbeleid van stomamaterialen door de zorgverzekeraar, terwijl vanuit het perspectief van leden een brede contractering juist de toegang tot zorg vergroot.

Uit de door ons gehouden interviews komt het beeld naar voren dat ziekenhuizen patiëntenraden nauwelijks betrekken bij de verkoop. Een ziekenhuis raadpleegt sinds kort de cliëntenraad, die zijn visie komt presenteren op de salesbijeenkomsten.

Het keuzeproces van de zorggebruiker

Patiënten kiezen over het algemeen het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een behandeling. Volgens sommigen lijkt er bij patiënten wel een groter bewustzijn te ontstaan dat er ook daadwerkelijk iets te kiezen is, maar dat heeft zich nog niet daadwerkelijk vertaald in verhoging van de mobiliteit. De verwachting is dat jongere generaties hier verandering in gaan brengen, omdat die het maken van vergelijkingen en keuzes veel meer gewend zijn.

Voor een aantal aandoeningen geldt dat mensen kieskeuriger zijn en ook bereid zijn verder te reizen. Voorbeelden van ziekenhuizen die patiënten van buiten hun regio krijgen, zijn categorale instellingen als de Sint Maartenskliniek, het Alexander Monro Borstkankerziekenhuis en het Antoni van Leeuwenhoek. Verder kan het bestaan van een wachtlijst aanleiding zijn om de keuze voor een ander ziekenhuis te maken. Een calamiteit in het ziekenhuis die in de media komt kan er daarentegen voor zorgen dat de patiëntenstroom tijdelijk opdroogt.

Een kieswebsite van de overheid zoals Kiesbeter.nl speelt volgens de geïnterviewde betrokkenen nauwelijks een rol. De patiëntenorganisatie heeft voor 25 aandoeningen zogenoemde keuzehulpen ontwikkeld waarin verschillende informatie wordt samengebracht en op een voor de patiënt toegankelijke manier wordt gepresenteerd. Niet duidelijk is in hoeverre patiënten deze keuzehulpen gebruiken.

Zorgverzekeraars blijken beperkt in de mate waarin ze verzekerden naar ziekenhuizen kunnen toeleiden. Experimenten in het verleden met het terugbetalen van het eigen risico en reiskosten zijn niet succesvol geweest. Zorgverzekeraars geven aan een vertrouwensprobleem te hebben. Daarnaast kunnen dergelijke initiatieven, die gericht zijn op financiële prikkels, het gevoel bij verzekerden versterken dat het verzekeraars vooral gaat om lagere kosten.

Zorgverzekeraars lijken het nu via de kwaliteitskant te proberen en trekken hierbij samen op met de zorgaanbieder, zoals de prestatiecontracten van Zilveren Kruis en de Best Doctors van CZ. Tot op heden heeft dit niet tot een wezenlijke verschuiving in de patiëntenstroom geleid. Kwaliteit is daarvoor mogelijk niet differentiërend genoeg.

De invloed van de inkoop op de keuze voor een zorgverzekeraar

Verzekerden blijken in de praktijk hun verzekering met name te kiezen op prijs en keuzevrijheid (BS Health Consultancy 2015, 2016). We zien een toename van het aantal verzekerden met een zogenoemde budgetpolis of internetpolis. Dit zijn polissen die een relatief lagere premie kennen en waarbij soms een selectief zorgaanbod is gecontracteerd. Deze lijken met name populair bij verzekerden die beperkte zorguitgaven verwachten.

Zorgverzekeraars vragen zich af of ze door te investeren in inkoop op kwaliteit wel meer verzekerden aan zich weten te binden. Een te grote investering in het inkoopapparaat leidt tot een hogere premie en, wanneer verzekerden niet kiezen op basis van kwaliteit van de zorginkoop, tot een concurrentienadeel. Los hiervan geven ze aan het vanuit hun maatschappelijke rol belangrijk te vinden om de relatie met verzekerden te versterken. Het blijkt slechts in beperkte mate mogelijk om de te leveren zorg te differentiëren naar verzekeraar – wat dan via de inkoop zou moeten worden ingeregeld. Ziekenhuizen vinden het ondoenlijk om in hun zorgaanbod onderscheid te maken tussen patiënten die verzekerd zijn bij de ene dan wel een andere zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars geven aan wel degelijk (beperkte) mogelijkheden te zien voor zulke differentiatie en sturing van patiënten, bijvoorbeeld via modulair inkopen of via werkgeverscollectiviteiten.

1.3 Wat heeft de inkoop gebracht?

Kwaliteit (professioneel en volgens de gebruiker)

Alle betrokken geïnterviewden geven aan dat de kwaliteit van medisch-specialistische zorg de afgelopen jaren verbeterd is. De vraag is wel in hoeverre de zorginkoop hiertoe bijgedragen heeft. Behalve het stelsel van gereguleerde marktwerking worden ook oorzaken gegeven als de steeds kritisch wordende consument, aandacht in de media, en medische en bedrijfsmatige vooruitgang. Ook de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het handhaven van de minimum kwaliteitsnorm, bijvoorbeeld bij het verplichte veiligheidsmanagementsysteem, heeft vermoedelijk een positieve invloed gehad.

Wel is men over het algemeen van mening dat de opbrengsten van de zorginkoop groter hadden kunnen zijn en er nog mogelijkheden voor verbetering zijn. Een verzekeraar wil meer inkoopmacht als de kwaliteit onder de grens van het toelaatbare komt en wil onveilige situaties uitsluiten van contractering – al moeten verzekeraars dan nog steeds op restitutiebasis vergoeden. Het gaat dan niet om hele ziekenhuizen, maar om dissonante artsen of slecht functionerende afdelingen. De professionalisering van de inkoop lijkt op zijn minst een groter besef te hebben gebracht bij zorgaanbieders die – hoewel ze altijd met kwaliteit bezig zijn – door de vragen van verzekeraars meer over hun eigen positie zijn gaan nadenken.

Professionele kwaliteit

Hoewel het zorgverzekeraars vooralsnog niet gelukt is om echt op kwaliteit te sturen, is met de kwaliteitsagenda van zorgverzekeraars de aandacht voor kwaliteit wel toegenomen. Het is inmiddels vanzelfsprekend dat ziekenhuis opener moeten zijn over kwaliteit. Slechts een paar centra durven ook transparant te zijn. De mening van de meeste geïnterviewde betrokkenen is dat hier de zorginkoop in elk geval aan bijgedragen heeft.

Het is begonnen met volumenormen voor behandelingen. De gedachte daarbij was dat naarmate in een ziekenhuis een behandeling vaker wordt uitgevoerd, de kwaliteit toeneemt. Verzekeraars kennen inmiddels verschillende structuur-, volume- en procesindicatoren. De zorgstandaarden van het Zorginstituut Nederland worden standaard als een leidraad voor de zorginkoop gebruikt. Binnen het kwaliteitsinstituut onderhandelen wetenschappelijke beroepsverenigingen, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland over prestatie-indicatoren (tripartiet overleg). Een deel van deze indicatoren kan gebruikt worden voor de zorginkoop op kwaliteit.

Omdat indicatoren niet betrouwbaar en onderscheidend zijn, durven zorgverzekeraars er vooralsnog niet op te sturen. Daar waar er goede uitkomstmaten zijn, zeggen verzekeraars deze te betrekken bij de zorginkoop. Een verzekeraar stelt dat hij slechts over 10% van wat hij inkoop kwaliteit informatie heeft. De discussie gaat vaak over wie de beste indicatoren heeft en het komt er nog nauwelijks van om met de opgebrachte informatie iets te doen. "Iedereen is bezig met kwaliteit en we doen het ongelooflijk goed. Maar er zijn verschillen. Die moeten we durven benoemen en daarover het gesprek aangaan. Kijk, in dit boek staat dat wij niet goed zijn in X. Niemand heeft er ooit iets tegen mij over gezegd", aldus een zorgbestuurder. Het wordt nog lastiger als het individuele specialisten betreft. Een verzekeraar: "Als we zien dat chirurg X een hoge bovenregionale adherentie heeft, zouden wij die informatie transparant moeten maken en gebruiken in de communicatie naar onze verzekerden?"

Mede door de verschillende belangen die er spelen blijkt de totstandkoming van indicatoren voor kwaliteit een moeizaam proces te zijn. We zien verder dat er vanuit de beroepsgroep het initiatief komt tot ambitieuzere registraties. De Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) werd in de gesprekken veel genoemd. Andere initiatieven zijn de stichting Meetbaar Beter voor de hartzorg en Zorg voor Uitkomst van de Santeon ziekenhuizen.

Naast de zoektocht naar aanvaardbare indicatoren die differentiëren op kwaliteit klinkt er gemor over de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen moeten invullen en de bureaucratie die dat met zich meebrengt. "Al met al gaat het om tienduizenden indicatoren, en

dat klinkt schandelijk, maar in de praktijk valt het mee. Bij de KLM klaagt niemand over de vele boekwerken. Dat zijn ook hoogopgeleide professionals.”

Een ontwikkeling die zich af begint te tekenen is dat zorgverzekeraars professionals en ziekenhuizen uitdagen om zelf aan te geven wat hoge kwaliteit is, in plaats van wat de zorgverzekeraar bedenkt. Indicatoren waarmee de verzekeraar komt, worden niet geaccepteerd. Professionals worden in de lead gezet om na te denken over hoe zij de beste zorg kunnen leveren. Zilveren Kruis heeft het initiatief genomen met prestatie-inkoop voor cataracten en borstkankerzorg – later gevolgd door verslavingszorg en geboortezorg. In deze vorm van contractering worden ziekenhuizen uitgedaagd om op twee A4'tjes hun propositie aan te geven en te duiden wat zij de beste zorg vinden. Zilveren Kruis toetst deze vervolgens aan de hand van een aantal uitgangspunten (zoals prijs, kwaliteit en patiënt). De beste aanbieders worden geselecteerd en krijgen een meerjarencontract met een open volume. Ziekenhuizen zijn enthousiast over deze manier van inkopen/aanbesteden. Die laat hen nadenken over hoe ze hoge kwaliteit tot stand kunnen brengen. Zowel voor ziekenhuizen als voor verzekeraars is het eerst nog een intensief proces dat nogal wat extra inzet vraagt: het indienen en beoordelen van voorstellen, het concretiseren van geselecteerde voorstellen en het monitoren van de voortgang van projecten. Voorbeelden van zulke nieuwe vormen van contractering zijn de contracten die VGZ en CZ met kliniek Bernhoven hebben gesloten en het initiatief van Menzis voor Topzorg (afgeschaft in 2015).

Verzekeraars sturen aan op het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en korten ziekenhuizen die veel behandelen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Ook nadat is gecorrigeerd voor relevante factoren blijkt het ene ziekenhuis meer te behandelen bij een bepaalde aandoening dan het andere ziekenhuis. Dit kan iets zeggen over over- en onderbehandeling en ook over de kwaliteit van zorg.

Door de gebruiker ervaren kwaliteit

Naast de professionele kwaliteit worden binnen ziekenhuizen ook patiëntenervaringen gemeten. Deze ervaringen blijken voor het ene ziekenhuis belangrijker te zijn dan voor het andere. Sturing op patiëntenervaring via de inkoop vindt niet of beperkt plaats. Volgens sommige ziekenhuizen is dit terecht: een patiënt kan een behandeling als goed hebben ervaren, terwijl die niet tot een medisch goede uitkomst heeft geleid. Patiëntenervaringen zouden daarom alleen in combinatie met medische resultaten bekeken moeten worden. Andere ziekenhuizen vinden dat patiëntenervaringen veel belangrijker zouden moeten worden en dat zorgverzekeraars die ook een nadrukkelijker rol moeten laten spelen binnen de zorginkoop.

Kortom: over de hele linie speelt kwaliteit binnen de inkoop een beperkte, maar groeiende rol door een aantal initiatieven van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Echt selectief inkopen waarmee specialisatie van ziekenhuizen wordt nagestreefd, is niet van de grond gekomen. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat de onderhandelingen uiteindelijk vooral over geld en risico gaan.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid tot ziekenhuiszorg is verbeterd. Het aantal wachtlijsten in Nederland is beperkt, evenals de lengte ervan. Bij academische ziekenhuizen gelden er relatief langere wachttijden, maar die worden eerder geaccepteerd omdat het (soms) over zeldzame zorg gaat. Verder zijn er bepaalde (krimp)regio's waar toegankelijkheid niet vanzelfsprekend is en onder druk staat.

De meerjarenafspraken die sommige verzekeraars met sommige ziekenhuizen hebben gemaakt, hebben invloed op het zorgaanbod in de regio en daarmee op de toegang tot zorg door nabijheid van ziekenhuiszorg. Dat geldt ook voor fusies van ziekenhuizen waardoor sommige ziekenhuislocaties sluiten of een veel beperkter zorgaanbod overhouden.

Doelmatigheid (efficiëntie)

De meeste geïnterviewde betrokkenen zijn van mening dat door zorginkoop de efficiëntie of doelmatigheid verbeterd is. Zo hebben verzekeraars de kosten weten te drukken van medische implantaten, hulpmiddelen en medicijnen. Ziekenhuizen hebben een prikkel gekregen om prijzen te drukken. Er is meer zicht gekomen op verspilling, en om deze tegen te gaan werken veel ziekenhuizen inmiddels volgens de managementfilosofie van LeanSixSigma. Ziekenhuizen geven aan door verzekeraars gedwongen te worden meer bewust te kijken naar hun zorgportefeuille en te kiezen waar ze goed in zijn. Dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg wel toegenomen zijn, ligt aan een toegenomen vraag, aan de stijging van uitgaven aan dure medicijnen en aan loonontwikkelingen.

Er wordt verschillend gedacht over hoe groot het potentieel voor een verdere efficiëntieverbetering nog is. Waar diverse bestuurders benadrukken dat er flinke slagen zijn gemaakt en er niet veel meer efficiencywinst te boeken is, erkennen zorgverzekeraars wel de behaalde doelmatigheidswinst in de huidige processen, maar werpen tegelijk op dat ziekenhuizen de "meest inefficiënte organisaties zijn die er zijn". Aan de processen in ziekenhuizen in Nederland is in honderd jaar weinig veranderd. Een verdere doelmatigheidswinst zou mogelijk zijn door aanpassing van het dienstverleningsmodel (*delivery-model*). Waar in het buitenland initiatieven zijn om de processen patiëntgestuurd te maken, draait het in de Nederlandse ziekenhuizen om de agenda's van de specialist. Ziekenhuizen lijken erg op inkoop te leunen als prikkel voor verandering, terwijl ook intern naar processen gekeken zou kunnen worden om tot efficiencyverbetering te komen, aldus een verzekeraar.

Innovatie

Zorgverzekeraars blijken aparte afdelingen te hebben die zich bezighouden met innovatie. Er blijkt enorm veel geïnoveerd te worden (medische technologie en apps). De vraag is overigens of al die innovaties even wenselijk zijn. Ook in ziekenhuizen is innovatie door de inzet van nieuwe technologie of nieuwe processen normaal geworden.

Organisatie: spreiding en concentratie

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken om aan de ene kant hoogcomplex zorg te concentreren en aan de andere kant vooral chronische, acute en electieve (planbare) zorg te spreiden en gespreid te houden, zodat deze zorg dicht bij de patiënt wordt aangeboden. Een aantal betrokkenen wijzen op de regierol die verzekeraars in het stelsel hebben bij spreiding en concentratie van medisch-specialistische zorg. Zo geeft een ziekenhuisbestuurder aan dat de zorgverzekeraars juist zicht hebben op het netwerk of de keten en deze slimme keuzes zouden moeten maken. Deze rol zouden ze na het hoofdlijnenakkoord in 2011 gepoogd hebben op te pakken, maar inmiddels weer wat hebben laten varen. Het ging hier om de concentratie van spoedeisende zorg via de zorginkoop. Deze concentratie zou de kwaliteit van spoedeisende zorg verbeteren en de zorg doelmatiger maken. Zorgverzekeraars werden door de Autoriteit Consument & Markt (ACM) teruggedroefd en moesten beter onderbouwen waarom dit tot kwaliteitswinst zou leiden. ZN heeft toen besloten om hier in gezamenlijk verband mee te stoppen. Wel geven zorgverzekeraars aan dat ze afzonderlijk nog steeds inzetten op spreiding en concentratie, maar dat dit minder gemakkelijk lukt dan wanneer ze dit gezamenlijk zouden oppakken.

Nieuwe toetreders

Verder kan de huidige manier van inkopen van medisch-specialistische zorg nadelig uitpakken voor nieuwkomers en ziekenhuizen die willen groeien. Het uitgangspunt voor de onderhandelingen zijn de budgetten van het vorige jaar en de gemiddeld toegestane groei volgens het hoofdlijnenakkoord. Dat wordt door betrokken partijen gepercipieerd als dat verzekeraars bestedingsruimte moeten weghalen bij een ziekenhuis om ruimte te creëren voor groei. Dit brengt de verzekeraar in een lastig onderhandelingsparket, omdat deze voor een deel van de zorg wel afhankelijk is van deze ziekenhuizen.

Technologisch

Zonder uitzondering brachten geïnterviewden naar voren dat invoering van meer disruptieve innovaties zoals beeldschermzorg onvoldoende van de grond komt, simpelweg omdat het ziekenhuizen omzet kost. Binnen de spelregels van de NZa kan er pas sprake zijn van (medisch-specialistische) zorg als er face-tot-facecontact is met een medisch specialist. Ziekenhuizen kunnen de kosten van beeldschermzorg wel declareren op experimentele titel, maar dat levert minder op dan bestaande en door het systeem erkende zorg. Met een innovatie als beeldschermzorg schieten ze zichzelf dus in de voet. Zorgverzekeraars geven wel aan in enige mate te kunnen sturen op het toepassen van beeldschermzorg. Zij zien immers welke ziekenhuizen veel dure face-to-facezorg declareren en mogelijk weinig gebruik maken van een ontwikkeling als beeldschermzorg. Sommige stellen dat het niet de inkoop is die voor belemmeringen zorgt, maar de ingewikkelde declaratieregels van de NZa. De NZa heeft dan wel gezorgd voor een experimenteertitel, maar deze is nooit gebruikt omdat die veel te complex is.

1.4 Discussie

Gelet op de omvang van de (collectieve) middelen die erin omgaan, omvat medisch-specialistische zorg verreweg het grootste deel van de zorgsector in Nederland. Dat gegeven alleen al geeft het inkoopproces van medisch-specialistische zorg gewicht. De verkenning laat

zien dat inkopers en verkopers van medisch-specialistisch zorg sterker bij elkaar betrokken zijn geraakt. In deze slotparagraaf dragen we een aantal discussiepunten aan die naar aanleiding van de gesprekken zijn opgekomen.

Driehoeksrelatie bestaat alleen op papier

Van een driehoeksrelatie in de medisch-specialistische zorg is geen sprake. De inkoop van medisch-specialistische zorg is voornamelijk een zaak van verzekeraar en ziekenhuis, waarin de verzekerde geen rol van betekenis speelt. Verzekerden laten zich niet sturen door de zorgverzekeraar, en hun keuze voor een zorgverzekeraar maken zij niet op basis van kwaliteitsontwikkeling door zorginkoop. Dit roept – vanuit de gedachte van de driehoeksrelatie die de wetgever voor ogen had – een aantal vragen op. Wordt de mate waarin de verzekeraar afspraken met ziekenhuizen kan maken, beperkt doordat het verzekeraars ontbreekt aan mogelijkheden tot sturing van hun verzekerden? Betekent dit dat inkoop als zodanig niet sturend is voor kwaliteitsbewaking en verbetering van ziekenhuiszorg? Geven zorgverzekeraars via hun betrokkenheid bij fusies, bouw en sluitingen de vanuit maatschappelijk oogpunt de gewenste richting aan medisch-specialistische zorg, de zogenoemde stille inkoop? En wat betekent dit voor de positie en het bewaken van de belangen van patiënten en verzekeraars? Die blijken tenslotte in handen te liggen van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.

Hoewel vanuit het stelsel gezien het inkoopdebat een beleidsrijk instrument zou kunnen zijn, zijn verzekeraars in de praktijk allemaal hetzelfde gaan doen: de financiële kaders bewaken. Feitelijke meerwaarde vanuit hun kant ligt niet in de logistieke processen in ziekenhuizen of in aftersales, niet in het sturen van specialistisch zorgaanbod en nauwelijks in de toeleiding van patiënten naar specifieke zorgaanbieders.

Gedifferentieerde inkoop

Opvallend vaak hoorden we de vergelijking met de autobranche. “Wat je van een verzekeraar wil, is wat je bij autoverzekeringen ziet: als jij ruitschade hebt, bel je naar de verzekeraar en geef je toestemming dat het voor jou wordt geregeld. Daar heb je geen twijfel bij. De logistiek klopt, het proces klopt en je weet dat de ruit gemaakt wordt. Als blijkt dat de reparatie niet goed is gegaan, kun je verhaal halen bij de verzekeraar. Die positie heeft de zorgverzekeraar op geen van de domeinen.” Waar autoverzekeraars bovendien data gebruiken om te differentiëren in de premie, gebeurt er in de zorg nauwelijks iets met de vele data over prestaties van ziekenhuizen, maar ook niet met die van individuele behandelaars richting cliënten of patiënten. De vraag is wel of differentiëren op specifieke kennis geoorloofd is in een solidair systeem.

Opmerkelijk is dat de ziekenhuiszorg uiteindelijk als één grote bundel wordt ingekocht en verkocht. In deze bundel worden dan allerlei verschillende afdelingen bij elkaar geveegd en die omvat verschillende zorgonderdelen, van schoonmaken en catering tot verpleging en behandeling. Zowel verzekeraars als ziekenhuizen geven aan dat onder deze koppelverkoop bovendien verschillende typen zorg vallen die idealiter ook in een ander model te organiseren is. Zo kan bijvoorbeeld laagcomplexiteit hoogvolumezorg (basiszorg) traditioneel ingekocht worden. Voor netwerk- en beschikbaarheidszorg is een regionaal model eerder geschikt.

Ook de toegevoegde waarde van het naast elkaar werken van verschillende inkopers/verzekeraars roept vragen op. Verzekeraars mogen nu niet bij elkaar aan tafel gaan zitten. Er zit nog kramp in het systeem. Wat brengt het voort wanneer verzekeraars samen zouden kunnen optrekken? Kan inkoop ook werken als één verzekeraar voor alle verzekeraars gezamenlijk inkoop? "De toegevoegde waarde van de zorgverzekeraar is ook juist dat deze zicht heeft op de keten en het zorgnetwerk, en dus slimme keuzes zou moeten kunnen maken. Wat voor zin heeft het om medisch-specialistische zorg binnen een regio door verschillende zorgverzekeraars in te laten kopen?", werpt een zorgbestuurder op. Verzekeraars geven zelf aan niet in dit representatiemodel van *'one model fits all'* te geloven als de beste manier voor goede, toegankelijke en doelmatige zorg.

Het beeld dat bij ziekenhuizen is ontstaan, is: er is overcapaciteit, meer zorg moet in regionale netwerken georganiseerd worden, concentratie van spoedeisende hulp is nodig en er is meer specialisatie nodig. Er is een roep om door te pakken, verzekeraars moeten hun regierol oppakken. Dit lijkt ervan uit te gaan dat er een ideale blauwdruk te maken is van het ziekenhuislandschap. Het probleem is echter dat, hoewel sommige partijen hier wel van overtuigd zijn, er geen of beperkt bewijs is dat deze ontwikkeling ook tot een betere kwaliteit leidt en meer doelmatigheid oplevert. Er bestaat een spanning tussen de wens om door te pakken en de zekerheid dat dit doorpakken ook leidt tot verbetering.

Met het stelsel als zodanig kunnen beide partijen in ieder geval zo goed uit de voeten dat inkoop/verkoop niet wordt gebruikt om (zichtbare) keuzes in het zorglandschap te maken. Verzekeraars sturen bijvoorbeeld slechts in beperkte mate aan op specialisatie door selectief in te kopen: bepaalde ziekenhuizen laten specialiseren en extra financieringsruimte geven en tegelijkertijd financiering voor dat specialisme elders wegnemen. Verzekeraars tonen zich daarmee vooral marktvolgers en handhaven meer de status quo dan dat ze op verandering aansturen.

Meerwaarde rol van verzekeraars

Hoewel de meerwaarde van verzekeraars bij zorginkoop beperkt lijkt bij de directe sturing op kwaliteit en doelmatigheid, en concurrentie niet van de grond komt, heeft zorginkoop wel andere ontwikkelingen op gang gebracht.

Wat niet in de jaarlijkse inkoopronde terug te vinden is, maar waar inkoop wel het vehikel voor is, zijn de grote (investerings)beslissingen over de organisatie van medisch-specialistische zorg: fusies, sluitingen en veranderingen. Dat heeft invloed op het ziekenhuislandschap. Die besprekingen blijven echter binnenskamers. Naast verzekeraars gaat het dan ook om andere partijen: banken, investeerders.

Hoewel de rol van inkoop op kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen niet direct is vast te stellen of te bepalen, heeft het kwaliteitsdenken met de invoering van zorginkoop door toedoen van zorgverzekeraars wel zijn intrede gedaan. Medisch-specialistische zorg van allerlei typen en bij uiteenlopende aandoeningen wordt bij de eindstreep weliswaar in één bundel ingekocht en verkocht, de afgelopen jaren is het gedurende het inkoopproces vaker aan de orde om kwaliteitseisen en -programma's voor afzonderlijke aandoeningen te bespreken. Een verzekeraar signaleert dat de aandacht voor kwaliteitseisen voor de zorg bij specifieke aandoeningen patiëntenverenigingen en beroepsorganisaties aanzet om daarover mee te

denken en met voorstellen te komen. "Na 4 à 5 jaar tijd is er een algehele mentaliteitsverandering op het gebied van kwaliteit ontstaan: van 'de kwaliteit is overal goed' tot 'er is echt verschil die relevant is voor de uitkomst van de behandeling'", aldus een verzekeraar. Dit zou een meer gedifferentieerd zorgaanbod en ander keuzegedrag van patiënten kunnen inluiden.

Inkoopwedloop

Zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen hebben fors geïnvesteerd om hun positie aan de onderhandelingstafel te versterken. De vraag is of deze investeringen ook bijdragen aan waardecreatie voor de patiënt (de koek groter maken) of alleen invloed hebben op de relatieve onderhandelingsposities (verdeling van de koek). In dit laatste geval leidt zorginkoop slechts tot hogere maatschappelijke kosten, omdat er door de inzet van extra personeel minder middelen voor zorg overblijven. Dan is er sprake van een soort inkoopwedloop.

Hoewel verzekeraars en zorgaanbieders veel kanttekeningen plaatsen bij de werking van dit stelsel, wordt de zorginkoop als regulerend instrument noch door verzekeraars noch door ziekenhuizen betwist. "Ja, er wordt veel geklaagd. Maar laten we wel zijn, als een van beide partijen er niet mee uit de voeten had gekund, had deze de stekker er al lang uitgetrokken", aldus een zorgbestuurder.

Hoofdlijnenakkoord: glas halfleeg of halfvol?

Eenzijds lijkt het concept van het hoofdlijnenakkoord, waarbij op centraal niveau afspraken gemaakt worden, strijdig met de bedoeling in het stelsel, waarbij decentrale partijen onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Het kan ertoe leiden dat partijen zich minder of niet meer inspannen voor de inkoop en verkoop, omdat de onderliggende motivatie over bijvoorbeeld kwaliteit niet meer relevant lijkt en het centraal toch wel wordt geregeld. Uiteindelijk treft de minister maatregelen. Daarnaast kan het tot conservatisme leiden, waarbij bestaande partijen profiteren van het feit dat het budget van het voorgaande jaar als uitgangspunt wordt genomen. Verzekeraars moeten geld 'weghalen' bij bestaande partijen om ruimte te creëren voor nieuwe aanbieders.

Anderzijds wordt aangegeven dat het hoofdlijnenakkoord er wel toe heeft geleid dat zorgverzekeraars de uitgaven enigszins hebben weten te beteugelen. Zorgverzekeraars gebruiken het akkoord om bij ziekenhuizen iets voor elkaar te krijgen; ziekenhuisbestuurders blijken vervolgens zorgverzekeraars weer te gebruiken om intern zaken geregeld te krijgen. In die zienswijze is het akkoord een breekijzer om slim te budgetteren. Voor een centrale overheid die ver van de praktijk af staat is het moeilijk om tussen zorginstellingen te schuiven op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Zorgverzekeraars kunnen dit via de zorginkoop gemakkelijker en weten zo toch (beperkte) budgetverschuivingen te realiseren. Gesteld kan worden dat partijen zich aan de nieuwe verhoudingen kunnen aanpassen en dat de transitiekosten beperkt blijven. Het blijft bij schuiven in de marge, zonder dat hoge kwaliteit (professioneel dan wel vanuit cliëntenperspectief) wordt beloond.

Door de jaren heen en met de opbouw van de business intelligence zijn verzekeraars veel over de kwaliteit van een ziekenhuis te weten gekomen. Dat brengt hen niet zonder meer in een steviger positie. Zorgaanbieders willen weliswaar dat verzekeraars hun inkoopbod motiveren,

maar hebben tegelijkertijd moeite met de constatering dat verzekeraars kunnen beoordelen welke kwaliteiten het ziekenhuis levert.

Bij de dure geneesmiddelen is het de vraag of het macro-budgettair kader (MBK) realistisch geraamd is, of dit niet op het bordje is komen te liggen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Zijn zorgverzekeraars met een onmogelijke opdracht op pad gestuurd, waardoor onderhandelingen moeilijk zijn en tot conflicten leiden? Of is dit een slimme zet van het ministerie geweest, waardoor de kostenstijging van medicijnen nog enigszins gedrukt wordt en deels gecompenseerd wordt met doelmatigheidswinsten elders?

Waar is de patiënt en verzekerde?

Opvallend is dat wat de patiënt zelf belangrijk vindt slechts een beperkte rol speelt binnen het inkoop-/verkoopproces bij medisch-specialistische zorg. Het gaat voornamelijk over financiële kaders, en wanneer het over kwaliteit gaat binnen de inkoop, gaat het om professionele opvattingen over kwaliteit. Alleen in het gesprek met de patiëntenvereniging is het gegaan over het belang van gezamenlijke besluitvorming.

Geef ons rust

Er is een brede roep om meer rust en geen (grote) systeemwijzigingen. Het lijkt erop dat wijzigingen van de spelregels leiden tot onzekerheid, en daarmee dat partijen juist meer een machtsspel gaan spelen. Juist systeemwijzigingen maken het daarnaast mogelijk om het systeem te bespelen. Er zijn geen pleidooien voor een fundamenteel ander stelsel, wel voor het aanscherpen van spelregels en meer partnerschap. Aan de andere kant kunnen systemen ook de huidige manier van werken in de kaart spelen. Kunnen ziekenhuizen juist in dit systeem niet blijven werken in de huidige setting zonder ingrijpende keuzes te hoeven maken?

2 Zorginkoop Kraamzorg. Van digitaal naar integraal

2.1 Inleiding

Onder kraamzorg wordt verstaan de assistentie tijdens de laatste periode van de bevalling door een kraamverzorgende (partusassistentie) en de zorg gedurende de kraamperiode aan moeder en kind (Kenniscentrum Kraamzorg 2015). De kraamverzorgende houdt de gezondheid van moeder en kind in de gaten, draagt informatie over aan de verloskundige en/of de huisarts, geeft voorlichting en adviezen aan de ouders en doet het huishouden. Het gaat bij kraamzorg meestal om een periode van acht dagen (49 uur), maar afhankelijk van de indicatiestelling kan deze korter (24 uur) of langer (80 uur) zijn. Zorgverleners indiceren op basis van een landelijk indicatieprotocol kraamzorg (LIP). De inkoop van kraamzorg gebeurt door zorgverzekeraars. De uitgaven aan kraamzorg vallen binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en bedroegen in 2014 € 298 miljoen (VWS 2016). In 2007 waren deze uitgaven nog € 228 miljoen. Een van de oorzaken van de sterke stijging van de uitgaven is dat in 2008 het aantal uren kraamzorg in het basispakket van 44 uur naar 49 uur is uitgebreid (NZa 2012). Er geldt voor kraamzorg een eigen bijdrage per uur, deze is in 2016 € 4,20.

In de ziekenfondstijd was er één kraamzorg-/thuiszorgorganisatie per regio. Met de komst van de Zorgverzekeringswet breidde het aantal kraamzorgorganisaties zich uit. Volgens de NZa waren er in 2015 door alle zorgverzekeraars samen 164 afzonderlijke aanbieders van kraamzorg gecontracteerd. Het blijkt om een grote verscheidenheid aan kraamzorgorganisaties te gaan, "van ZZP'ers tot grote aanbieders die in meer dan de helft van het land actief zijn" (NZa 2015). Toetreding vindt met name plaats door zzp'ers, die groeien en personeel aannemen en zo weer nieuwe organisaties worden. De toetreding tot de markt is in principe eenvoudig, omdat er geen grote investeringen nodig zijn.

Zzp'ers werken vaak via een overkoepelende organisatie (bemiddelingsbureau). Deze zorgt voor een contract met de zorgverzekeraar; een zzp'er zelf komt daarvoor niet in aanmerking. Het bemiddelingsbureau draagt er dan zorg voor dat de zzp'ers aan de kwaliteitseisen voldoen (kwaliteitsysteem, scholing en protocollen) en neemt hen de administratie en facturering uit handen. Doordat de Belastingdienst dit als verkapt loondienstverband is gaan zien, is het voor zzp'ers steeds lastiger om via een bemiddelingsbureau te werken. Bemiddelingsbureaus worden zo gedwongen alleen te werken met kraamverzorgenden die voor meerdere opdrachtgevers werken of om ze in loondienst aan te nemen. Daarnaast zien we dat zzp'ers vaker in coöperaties samenwerken om vanuit die rechtsvorm contracten met zorgverzekeraars aan te gaan.

Wat zijn belangrijke ontwikkelingen?

Het jaarlijkse aantal bevallingen is de afgelopen jaren afgenomen. Werden er in 2000 nog 206.619 baby's geboren, in 2014 lag dit aantal op 175.181 (CBS StatLine). Er vinden steeds minder bevallingen thuis plaats en steeds meer in het ziekenhuis. Was 25 jaar geleden ruim een derde van alle bevallingen een thuisbevalling, nu is dat minder dan een kwart. Kraamzorg is een typisch Nederlands fenomeen en komt in de rest van Europa bijna niet in deze vorm voor. In het buitenland wordt deze zorg deels geleverd door andere zorgprofessionals; deels ligt het bij ouders zelf of en hoe zij zorg bij het kraambed wensen. Er is afgelopen jaren een discussie gevoerd over de vraag of kraamzorg essentiële zorg is die in het basispakket thuishoort (Trouw 2014). Met name het deel huishoudelijke hulp stond ter discussie. Het Zorginstituut Nederland heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geadviseerd om kraamzorg in het pakket te handhaven (ZIN 2015). Deze discussie – zo blijkt uit de gesprekken – heeft de kraamzorgsector er bewust van gemaakt dat deze zich duidelijker moet profileren en zijn toegevoegde waarde moet laten zien.

De geboortezorg, waaronder de kraamzorg, blijkt volop in ontwikkeling. In 2009 verscheen het belangwekkende rapport *Een goed begin* van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (SZG 2009). Aanleiding voor dit rapport was het relatief hoge aantal perinatale sterftegevallen in Nederland. In het rapport doet de stuurgroep aanbevelingen om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van suboptimale zorg te reduceren (in vijf jaar tijd te halveren). De moeizame samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen wordt als een belangrijke oorzaak van het relatieve hoge sterftecijfer gezien. Deze twee beroepsgroepen blijken niet op één lijn te zitten en vertrouwen elkaar niet (Van Zweden 2014). Eén aanbeveling betreft de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ) waarin de verschillende veldpartijen samenwerken. Dit college werd gevraagd om tot een zorgstandaard voor integrale geboortezorg te komen die beschrijft welke zorg een zwangere vrouw of kraamvrouw aangeboden behoort te krijgen. Toen het CPZ daarover onderling niet tot overeenstemming bleek te kunnen komen, greep het Zorginstituut Nederland in. Het nam de regie over en zette zijn doorzettingsmacht in.⁵ Een andere aanbeveling van de stuurgroep is de invoering van regionale verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) waaraan de verschillende professionals uit de geboortezorgketen verplicht deelnemen. VSV's zijn plaatselijke samenwerkingsverbanden waarin gynaecologen, eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, kraamzorg en kinderartsen bij elkaar komen om afspraken te maken over bijvoorbeeld de overdracht van cliënten of het vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie.

2.2 De driehoeksrelatie

De zorginkoop

Organisatie en proces

Het jaarlijkse inkoopproces van kraamzorg begint met een zogeheten koepeloverleg tussen brancheorganisatie Bo Geboortezorg en een zorgverzekeraar. Een verzekeraar geeft aan dat daar de laatste jaren ook enkele kraamzorgorganisaties bij aanwezig waren. In dit overleg wordt gesproken over het beleid en de speerpunten voor de inkoop van kraamzorg. Als

Noten

⁵ <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/Paginas/Home.aspx>

voorbereiding voor dat gesprek houdt de brancheorganisatie een enquête onder haar leden. Doel van deze enquête is om te kijken hoe de inkoop het afgelopen jaar is gegaan: wat ging goed en wat kan beter? Zorgverzekeraars bepalen hun inkoopbeleid op basis van dit overleg en van de eigen visie op geboortezorg, waar kraamzorg deel van uitmaakt. Ook een rol spelen de interne signalen uit de eigen organisatie, externe (demografische) ontwikkelingen en het landelijk overheidsbeleid. Soms zetten de verzekeraars ook een patiëntenpanel in om te bepalen wat patiënten belangrijk vinden. In april maken zorgverzekeraars hun inkoopbeleid openbaar. Op basis van dit beleid kunnen aanbieders van kraamzorg eventueel in gesprek gaan met verzekeraars, maar aanbieders geven aan dat in de praktijk blijkt dat verzekeraars hier vaak niet op zitten te wachten. Zorgverzekeraars voeren eigenlijk alleen met kraamzorgaanbieders een gesprek als er problemen zijn of als er sprake is van een overname of fusie. Eén verzekeraar maakte er wel werk van door een landelijke vergadering te organiseren. Kraamzorgorganisaties ervaren deze vergadering echter als een eenzijdig gesprek, omdat ze voor inspraak geen ruimte ondervinden. Op basis van het contracteerbeleid kijken kraamzorgaanbieders of ze hun organisatie nog kunnen bijsturen. Omstreeks september bieden zorgverzekeraars contracten aan.

Het uiteindelijke contracteren is een geautomatiseerde aangelegenheid en er vinden geen fysieke individuele onderhandelingen plaats. Wel komt het voor dat er op basis van een digitaal aangeboden overeenkomst via de mail onderhandeld wordt. Bij een zorgverzekeraar is over het algemeen één inkoper verantwoordelijk voor de gehele kraamzorg. Aanbieders geven aan dat ze de betrokkenheid van de zorgverzekeraar missen. In het verleden kende Zilveren Kruis relatiemanagers, maar deze blijken er niet meer te zijn. Een verzekeraar geeft aan dat die betrokkenheid juist eerder groter is geworden, maar zich meer richt op regionale ketens en minder op individuele aanbieders.

Differentiatie

Zorgverzekeraars verschillen in de mate waarin ze gedifferentieerd inkopen. Zorgverzekeraars kennen over het algemeen een paar standaard contractopties, waarbij afhankelijk van bepaalde criteria een aanbieder in aanmerkingen komt voor een gunstiger contract. Het gaat hier enerzijds om kortingen op het maximale tarief dat de NZa heeft vastgesteld, en anderzijds om de mogelijkheid om dit maximumtarief met maximaal 10% op te hogen: het zogenaamde max-maxtarief. Om überhaupt een contract te krijgen moet de zorgaanbieder aan een aantal basiseisen voldoen. Dit zijn als het ware standaardcontractvoorwaarden. Voor een deel zijn die bij elke zorgverzekeraar gelijk, zoals voor de WTZi-toelating, de financiële stabiliteit, het kwaliteitssysteem en het mogelijk maken van materiële controle. Voor een deel zitten hier verschillen in, bijvoorbeeld bij de minimale omvang van de zorgverlenersorganisatie, het lidmaatschap van een brancheorganisatie en vertegenwoordiging in een VSV. Over de tariefbepaling verschilt de perceptie van de zorgverzekeraar met die van de zorgaanbieder. Er zijn zorgverzekeraars die werken met een basistarief dat verhoogd kan worden als er aan aanvullende kwaliteitscriteria wordt voldaan. Zorgaanbieders ervaren dit eerder als een (maximum)tarief dat direct gekort wordt als niet aan aanvullende criteria wordt voldaan. Denk daarbij aan opleidingseisen, een niet te groot aandeel zzp'ers, ketenafspraken en een herkenbare bedrijfsruimte. Tot slot zijn er situaties waarin zorgaanbieders bij bepaalde zorgverzekeraars een max-maxtarief krijgen, zoals wanneer ze zorg leveren in een achterstandswijk en bij specifieke specialisaties (bijvoorbeeld het vervangen van een katheter).

Er zijn echter ook (kleinere) zorgverzekeraars die werken met één standaardcontract zonder dat er aanvullende vragenlijsten ingevuld moeten worden voor tariefopslagen en/of -afslagen.

Wanneer aanbieders geen contract tekenen, krijgen hun cliënten vaak – afhankelijk van hun polis – het restitutietarief vergoed. Bij grotere aanbieders kan dit tarief meestal niet uit en dan zijn ze dus aangewezen op een contract met zorgverzekeraars. Dat ligt mogelijk anders voor zzp'ers, omdat zij minder overhead kennen. Het restitutietarief ligt inmiddels zo laag dat het ook voor zzp'ers lastig wordt om hiermee uit de voeten te kunnen (50-80%).

Een innovatief inkoopproces is prestatie-inkoop. Bij prestatie-inkoop geven zorgaanbieders aan welke uitkomstindicatoren van kwaliteit ze willen verbeteren en hoe ze daarop beoordeeld willen worden. Dat kan ook het streven zijn om een al hoge score te handhaven. Zilveren Kruis heeft met zes VSV's een prestatiecontract afgesloten. Het betreft hier driejarige contracten met een budgetgarantie (Skipr 2016). Zorgaanbieders zijn veelal positief over deze nieuwe manier van inkopen, maar er zijn er ook die vrezen dat goede intenties vervallen in meer bureaucratie en overleg.

Betrokkenheid van cliënten bij het zorginkoopproces

De medezeggenschap van cliënten in het beleid van aanbieders en inkopers is beperkt. Dit komt ook doordat zwangere vrouwen slechts een beperkte periode gebruikmaken van kraamzorg en langdurige betrokkenheid beperkt is. Zorgverzekeraars hebben wel contact met patiëntenverenigingen als de Patiëntenfederatie Nederland en Het ouderschap. Ook blijkt in de nieuwe zorgstandaard het instellen van cliëntenraden opgenomen. Dit geldt dan niet voor individuele aanbieders, maar voor de VSV's en integrale geboortezorgorganisaties.

Het keuzeproces van de zorggebruiker

In het nieuwe zorgstelsel is ten opzichte van de ziekenfondstijd de keuzevrijheid toegenomen doordat men uit meerdere aanbieders kan kiezen. Er zijn verschillende kanalen waarlangs een verzekerde een keuze maakt voor of terecht komt bij een kraamzorgaanbieder. Een heel belangrijk kanaal is het advies van de verloskundige. Ook blijkt mond-tot-mondreclame in de omgeving heel belangrijk. Verder is het internet voor ouders een vindplaats voor een kraamzorgaanbieder. Een beperkt aandeel van de zorgvragers belt met hun verzekeraar voor advies.

Als een zwangere vrouw aanvullend verzekerd is, krijgt zij vaak een kraampakket van de zorgverzekeraar. Bij sommige zorgverzekeraars wordt het kraampakket sowieso vergoed. Het aanvragen van een kraampakket leidt tot een contact van de zwangere verzekerde met de zorgverzekeraar en dit zou een mogelijkheid geven tot sturing vanuit de zorgverzekeraar. In de praktijk blijken verzekeraars dit slechts beperkt te gebruiken. Een kraampakket wordt digitaal aangevraagd en via de website wordt de verzekerde op informatie gewezen over het aanbod.

Binnen de kraamzorg is er op dit moment heftige concurrentie tussen aanbieders. Er wordt geïnvesteerd om hoog in de zoekmachines op het internet te komen, er worden cadeaus gegeven bij inschrijving, aanbieders staan op beurzen en maken reclame. Dit leidt ook tot uitwassen die vanuit een maatschappelijk oogpunt minder wenselijk zijn. We horen dat kraamzorgaanbieders verloskundigen een auto aanbieden en dat aanbieders klanten proberen

binnen te hengelen op soms misleidende manieren, bijvoorbeeld door hun naam te laten lijken op die van een populaire aanbieder.

De invloed van de inkoop op de keuze voor een zorgverzekeraar

Binnen de logica van de Zorgverzekeringswet kiezen verzekerden hun zorgverzekeraar mede op basis van hoe goed zij de inkoop uitvoeren. Het idee is immers dat goede inkoop leidt tot een betere prijs-kwaliteitverhouding. Uit de gesprekken blijkt echter dat de verschillen tussen zorgverzekeraars beperkt zijn en dat verzekerden hun zorgverzekeraar niet kiezen op de manier waarop deze de kraamzorg heeft ingekocht.

2.3 Wat heeft de inkoop gebracht?

Kwaliteit (professioneel en volgens de gebruiker)

Kwaliteit binnen de kraamzorg kent meerdere aspecten. We maken onderscheid tussen (medisch) professionele kwaliteit en patiëntervaringen.

Binnen de inkoop blijkt met name gestuurd te worden op professionele kwaliteit. Dit gebeurt via criteria als: is de continuïteit geregeld, beschikken kraamverzorgenden over de juiste opleiding en doen ze voldoende aan nascholing, vindt de intake thuis plaats, is er een kwaliteitssysteem, zijn er protocollen, en zijn er werkafspraken met ketenpartners. Het gaat hier met name om structuur- en procesindicatoren. Een verzekeraar wijst op het feit dat deze indicatoren door landelijke partijen gezamenlijk zijn vastgesteld (kraamzorgkoepels, consumentenbond, IGZ, ZN). Het doel was dat partijen zich aan de landelijk vastgestelde indicatoren conformeerden en niet iedereen eigen indicatoren zou gaan vaststellen. Soms is de uitvraag voor het sluiten van een contract zeer specifiek en gedetailleerd, en ervaren zorgaanbieders het als ballast. Er zijn aanbieders die vinden dat de zorgverzekeraar zich te zeer bemoeit met de bedrijfsvoering en op de stoel van de bestuurder van de kraamzorgaanbieder gaat zitten. Hoewel zorgverzekeraars veel eisen stellen, blijken ze deze beperkt te toetsen. Wat ook speelt is dat er vanuit de sector zelf het initiatief is genomen om via het Kenniscentrum Kraamzorg een kwaliteitsregister in te voeren. Om zich te registreren moeten kraamverzorgenden aan eisen voldoen ten aanzien van opleiding en het zich houden aan een beroepscode. Ook houdt de inspectie nog toezicht op de medisch-professionele kwaliteit.

Naast het belang van medisch professioneel handelen is er gewezen op het belang van meer algemene competenties. Een belangrijk doel van kraamzorg is, naast het letten op de gezondheid van moeder en kind, immers ook het begeleiden van de moeder naar haar nieuwe rol door middel van voorlichting en adviezen over babyverzorging en -voeding. Hiervoor is bijvoorbeeld een competentie als goed kunnen coachen enorm belangrijk. Op dit soort competenties wordt via de inkoop nu niet gestuurd. Verzekeraars geven aan dat binnen de sector hierop het zicht ontbreekt.

Het beoordelen van kwaliteit in termen van uitkomsten lijkt bij de inkoop van kraamzorg op dit moment nauwelijks te gebeuren. Er is momenteel één uitkomstindicator die min of meer geaccepteerd is: het slagingspercentage voor borstvoeding. Verder zou het aantal kritische observaties (signaleringen) een uitkomstprestatie kunnen zijn. Kraamzorgaanbieder De

Waarden heeft de zogenoemde ERKEN-studie uitgevoerd (Evaluatie Risicosignalering Kraambed en Nazorg). Uit deze studie bleek dat de kraamzorg bij 56% van de 1144 onderzochte gezinnen in de eerste week gezondheidsrisico's bij moeder en/of kind signaleert en hen doorverwijst. Meerdere kraamzorgorganisaties zijn momenteel het ERKENII onderzoek aan het uitvoeren.

Een andere dimensie van kwaliteit betreft de ervaringen en de tevredenheid van de patiënten/klanten. Zowel zorgaanbieders als verzekeraars meten dit, maar het speelt bij zorginkoop een beperkte rol. Zorgverzekeraars publiceren de cijfers op hun websites, maar volgens aanbieders gebruiken verzekerden deze beperkt voor het kiezen van een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars delen alleen de eindbeoordeling en niet waaruit deze is opgebouwd, waardoor deze als stuurinformatie voor de aanbieder beperkt bruikbaar is.

Ook wordt er gewezen op het belang van een goede relatie tussen de kraamverzorgende en de moeder. Deze relatie zou eveneens een belangrijk uitkomstindicator kunnen zijn. Een aanbieder geeft aan dat het een stuk ontspanning geeft als de relatie goed is.

Kortom, er lijkt via de inkoop met name te worden gestuurd op structuur- en procesindicatoren waarvan verondersteld wordt dat ze bijdragen aan een betere kraamzorg. Verzekerden kiezen echter vooral op basis van ervaringen van anderen en de persoonlijke klik met de kraamverzorgenden. Deze twee dimensies hoeven niet gecorreleerd te zijn: een moeder kan heel tevreden zijn als de kraamverzorgende goed schoonmaakt en aardig is, maar minder goed is in het signaleren van gezondheidsrisico's. Andersom kan een kraamverzorgende heel kundig zijn en goed signaleren, maar kan een moeder ontevreden zijn over de kraamzorg. Het is dan ook maar de vraag of het via de inkoop investeren in medisch-professionele kwaliteit leidt tot meer verzekerden.

Opvallend is dat bijna alle gesprekspartners aangeven dat de kwaliteit door de zorginkoop is verbeterd. Dit schrijven ze toe aan de eisen die zorgverzekeraars stellen en aan de bewustwording van het belang van kwaliteit die hiervan uit is gegaan. Zorgverzekeraars geven aan dat ze een kwaliteitsstandaard neerzetten die verder gaat dan die van het kwaliteitsregister of de IGZ.

Toegankelijkheid

Uit de gesprekken blijkt dat de toegankelijkheid tot goede kraamzorg op dit moment geen probleem is: er zijn geen tekorten meer zoals in het verleden het geval was. De redenen die worden gegeven zijn het relatieve gemak waarmee nieuwe aanbieders kunnen toetreden, het lagere aantal geboorten en de zorginkoop. Als er een tekort aan kraamzorgaanbieders dreigt, moeten zorgverzekeraars ingrijpen om te kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht. De zorgplicht houdt in dat een verzekeraar ervoor moet zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben (www.nza.nl). Onderzoek van de NZa bevestigt het beeld dat de kraamzorg goed toegankelijk is: "Uit onderzoek onder zwangere of net bevallen vrouwen blijkt dat enkel een zeer klein percentage (1,4%) minder uren kraamzorg heeft ontvangen dan waar zij recht op had, omdat de kraamzorgorganisatie te weinig capaciteit had om voldoende uren te leveren" (NZa 2012: 9). Vanuit de zorginkoop lijkt er op dit moment aangestuurd te worden op het niet laten groeien van het kraamzorgaanbod. Zo zijn er

zorgverzekeraars die in 2016 geen nieuwe aanbieders contracteren. Ze kunnen dit doen omdat het aanbod groot genoeg is om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht.

Doelmatigheid (efficiëntie)

Opvallend genoeg is het in de gesprekken weinig gegaan over het beheersen van de kosten via de inkoop. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de ruimte voor zorgverzekeraars redelijk beperkt is om hierop te sturen: het aantal geboorten is gegeven, de indicatiestelling wordt volgens een landelijk protocol door de aanbieder uitgevoerd en er gelden maximumtarieven. Een inkoper heeft een bepaald financieel mandaat van zijn bestuur gekregen en zal hierbinnen moeten blijven, maar echt op volume wordt er niet gestuurd. Een zorgverzekeraar heeft enige ruimte om door middel van afslagen onder het tarief te gaan zitten en kan invloed uitoefenen via het max-maxtarief (zie 2a, Inkoopproces). Tegelijk stellen partijen dat door de inkoop de efficiëntie van het zorgproces en het kostenbewustzijn zijn verbeterd.

Innovatie: op weg naar integrale geboortezorg

Binnen de sector geboortezorg, waar kraamzorg deel van uitmaakt, is er een sterke beweging naar verticale integratie. Het gaat dan om samenwerking van de verschillende, bij geboortezorg betrokken actoren en om de tariefstelling die daarmee spoort. Hoewel de minister al in de jaren negentig van de vorige eeuw liet verkennen of VSV's de samenwerking tussen partijen bevorderen (De Veer et al. 1996), is na het verschijnen van het rapport *Een goed begin* van de stuurgroep zwangerschap en geboorte in 2009 de vorming ervan in een stroomversnelling gekomen. Zorginkoop blijkt daarbij een belangrijke drijvende kracht te zijn. Zo belonen verzekeraars zorgaanbieders wanneer ze aan een VSV deelnemen. Er zijn inmiddels 82 VSV's gekomen. Uit de gesprekken blijkt dat de deelname van partijen, en kraamzorg in het bijzonder, niet overal even voorspoedig verloopt. Het gaat hier om partijen die niet op dezelfde lijn zitten en soms concurrenten van elkaar zijn. Partijen zijn voor een groot deel vrij in hoe ze een VSV vormgeven. Een kraamzorgaanbieder verzucht dat deze benadering niet efficiënt is en vraagt zich af of niet voor meer standaardisering gekozen had moeten worden. Hier valt tegenin te brengen dat op deze wijze wel rekening kan worden gehouden met regionale variëteit en dat elk samenwerkingsverband zijn eigen model kan zoeken (Boesveld 2016).

Daarnaast zijn er inmiddels integrale tarieven vastgesteld. Een integraal tarief betekent dat zorgverzekeraars één prijs betalen voor alle zorg die binnen een integrale geboortezorgorganisatie geleverd wordt. Hoe dit vervolgens over de partijen verdeeld wordt is aan de organisatie zelf. De NZa heeft anticiperend op een aanwijzing van de minister daarover een experimentele beleidsregel opgesteld die in 2017 ingaat. Regio's kunnen ervoor kiezen om in overleg met verzekeraars een integrale bekostiging in te voeren. Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraar en de contracterende zorgaanbieder het geheel aan prestaties overeenkomen (NZa 2016). Hoewel naast het integrale tarief op dit moment de bestaande bekostiging op basis van de aparte prestatie kraamzorg nog bestaat, is de vrees dat er straks geen afzonderlijk tarief meer is voor kraamzorg, waardoor deze partijen voor hun voortbestaan lid zouden moeten worden van een integrale geboortezorgorganisatie.

De positie van kraamzorgaanbieders is ten aanzien van de vorming van en de vertegenwoordiging binnen een VSV verschillend. In één regio werden kraamzorgaanbieders vertegenwoordigd door de bestuurders van de twee grootste aanbieders. Dit om het aantal mensen aan de tafel overzichtelijk te houden en omdat zzp'ers moeilijk ruimte hebben om aan de gesprekken deel te nemen. Er zijn inmiddels naast de VSV's ook kraamzorgsamenwerkingsverbanden opgericht (KSV's). Zorgverzekeraars hebben verschillend beleid voor de integrale geboortezorg. De ene verzekeraar wil bijvoorbeeld per se dat de kraamzorg hier onderdeel van is, terwijl de andere dit niet noodzakelijk acht.

2.4 Discussie

Omtrent de organisatie en aansturing van kraamzorg in Nederland is het bepaald niet rustig. Waar kraamzorg – een sector die beperkt is van omvang en ogenschijnlijk duidelijk en kenbaar wat betreft de rol van de verschillende actoren bij inkoop – overzichtelijk lijkt, is de praktijk zoals deze ons voorkomt een andere. In deze slotparagraaf dragen we een aantal discussiepunten aan die naar aanleiding van de gesprekken zijn opgekomen.

Zzp'ers en kleine aanbieders

Gelet op de richting waarin de sector zich beweegt, kan zorginkoop ten koste gaan van kleine aanbieders en zzp'ers. Door inkoop komen er allerlei eisen (denk aan een kwaliteitssysteem, protocollen, opleidingen) en daar kunnen grote organisaties beter aan voldoen dan kleine organisaties. Dit is wenselijk wanneer deze kleine aanbieders ook minder goede medisch professionele kwaliteit leveren. Het stellen van zulke eisen drukt dan die organisaties weg die bijvoorbeeld voor minder continuïteit zorgen of minder goed samenwerken. Het is echter heel wel mogelijk dat kleine organisaties juist op andere aspecten van kwaliteit beter scoren dan grote organisaties. Denk bijvoorbeeld aan patiëntentevredenheid en de relatie tussen moeder en kraamverzorgende.

Daarnaast belemmert het stellen van allerlei eisen sowieso toetreding van nieuwe, vaak innovatieve aanbieders. Dat is van belang voor het overleefd blijven van de waarde van voldoende keuzemogelijkheid voor cliënten en de mogelijkheid voor kraamverzorgende om als zelfstandige te kunnen werken. Het probleem dient zich wel aan dat een te groot aantal aanbieders de samenwerking tussen zorgverleners kan bemoeilijken en als zodanig mogelijk de collectieve uitgaven aan zorg opdrijven.

Sterke centrale sturing vanuit de overheid

Zorgverzekeraars worden geconfronteerd met een overheid die sturend optreedt, zoals met de beleidsvorming rondom integrale geboortezorg. Zorgverzekeraars volgen dit door via integrale tarieven sterk te sturen op samenwerking. Zoals een verzekeraar stelt: goed samenwerken in de geboortezorg wordt minder vrijblijvend. Echter, doordat deze bekostiging niet aansluit op het huidige aanbod, bestaat het gevaar dat dit leidt tot veel chaos en botsende belangen. Mogelijk zijn dit noodzakelijke 'kosten' om op langere termijn tot een betere situatie te komen, maar het kan ook leiden tot veel wantrouwen in de sector en fout lopen. Een verzekeraar geeft aan alleen te werken met integrale tarieven als dit bij het aanbod past. Het paradoxale is dat de overheid marktwerking wenst en dan juist in de deelsector waar deze plaatsvindt, deze ook weer met beleid de nek omdraait.

Zorgverzekeraars op de stoel van de zorgverlener?

Zorgverzekeraars willen kraamzorg op kwaliteit inkopen. Kwaliteit kent meerdere dimensies: het medisch-professioneel handelen, patiëntenervaring, kwaliteit van de relatie en signalering van risico's voor moeder en kind. Vooralnog zijn er geen goede uitkomstmaten voorhanden die voor de inkoop van kraamzorg leidend kunnen zijn. Gezien de brede en complexe doelstellingen is het ook nog de vraag of kraamzorg zich er überhaupt voor leent om op uitkomstmaten te worden beoordeeld.

Het accent bij de inkoop van kraamzorg ligt nu sterk op de medisch-professionele kwaliteit; overigens ook de komst van de VSV's en integrale geboortezorg wordt gedreven vanuit het verbeteren van medisch-professioneel handelen. Partijen hebben gezamenlijk landelijk allerlei structuur- en procesindicatoren vastgesteld, waardoor het niet verwonderlijk is dat verzekeraars daarop sturen. Het meten van indicatoren is een wettelijke plicht.

Dit leidt bij kraamzorgaanbieders wel tot hoge ervaren administratieve lasten, die met name kleine kraamaanbieders voor grote problemen stelt. Ook ervaren aanbieders dat zorgverzekeraars zich bemoeien met processen en zo op de stoel van de zorgverlener gaan zitten. Prestatie-inkoop van Zilveren Kruis is als alternatief

3 Zorginkoop Intramurale ouderenzorg. Is er een nieuwe rol voor het zorgkantoor?

3.1 Inleiding

Intramurale ouderenzorg is zorg voor ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen en een relatief zware zorgvraag hebben. Onder de zorg valt verblijf, medische zorg en behandeling, maaltijdvoorziening, huishoudelijke hulp, welzijnsactiviteiten en outillagemiddelen. Momenteel wonen zo'n 160.000 ouderen in een intramurale zorginstelling met een indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het aantal zorginstellingen in Nederland voor intramurale ouderenzorg daalt al een aantal jaar. In 2012 (de recentste meting van de NZa) waren er bijna 791 intramurale zorginstellingen in Nederland, 35 minder dan in 2010 (NZa 2013). In 2012 waren er bijna twee keer zo veel nieuwe toetreders tot de markt (28) dan uittreeders (15). Dit alles wijst op een flink aantal fusies en faillissementen. Naast de 450 zorginstellingen voor intramurale ouderenzorg (verzorging en verpleging) die gezamenlijk een krappe 2000 locaties omvatten (IGZ 2014), gaat het om instellingen voor gehandicaptenzorg en ggz.

De totale uitgaven aan langdurige zorg bedragen in 2016 bijna € 10 miljard. De geplande bezuinigingen op verpleeghuizen uit het Regeerakkoord vanaf 2017 zijn inmiddels van de baan. Doordat er echter steeds meer nieuwe zorginstellingen voor intramurale ouderenzorg komen, zijn er steeds minder middelen beschikbaar voor bestaande zorginstellingen. Een kwart van de zorginstellingen draait nu verlies (Van der Elsen 2016). De verwachting is dat het aantal ouderen in de intramurale zorg – bij ongewijzigde toewijzingsregels – toeneemt. Met name het aantal mensen met een zwaardere indicatie stijgt.

Wat zijn belangrijke ontwikkelingen?

In 2015 is de langdurige zorg overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Het ministerie van VWS presenteerde begin 2015 een plan van aanpak, *Waardigheid en trots*, om de kwaliteit van de langdurige zorg in verpleegtehuizen te verbeteren. De daarop geformeerde taskforce met dezelfde naam kwam begin 2016 met een kwaliteitskader. Ook vanuit andere partijen kwamen er initiatieven om het overheidsbeleid en het systeem te verbeteren, onder meer van een aantal zorginstellingbestuurders die zich verenigd hebben in de KISS-groep (Keep It Short & Simple), van financials in de zorg (beroepsvereniging HEAD) en vanuit de gezamenlijke cliëntenraden (LOC). Jaarlijks stelt de minister de budgetten voor de langdurige zorg vast. Zorgkantoren weten dan waar ze aan toe zijn en hebben daardoor een prikkel om de kosten te beheersen.

De laatste jaren bewegen de zorgkantoren naar elkaar toe. Waar zorgverzekeraars gezamenlijk via ZN geen (inkoop)afspraken *mogen* maken, ligt die weg wel open voor zorgkantoren. Met ingang van 2016 is, met inspraak van de cliëntenraden, op drie punten een landelijk systeem tot stand gekomen. Er is nu een landelijk inkoopkader met regionale uitwerkingen. Dit bevat expliciet de voornemens van de zorgkantoren, de nadruk ligt op de relatie en de dialoog en minder op kwantitatief resultaat, en er komt ruimte voor meerjarenafspraken om de administratieve last te verminderen.

3.2 De driehoeksrelatie

De zorginkoop

Organisatie en proces

Inkoop van de langdurige intramurale ouderenzorg is door de wetgever belegd bij regionale zorgkantoren, waarvan er in Nederland 32 zijn. Zorgkantoren voeren deze uit namens de zorgverzekeraars; beleid wordt op het niveau van de zorgverzekeraar geformuleerd. De taak van het zorgkantoor – dat nauw gelieerd is aan de grootste zorgverzekeraar in de betreffende regio maar zelfstandig werkt – is om alle onder de Wlz vallende zorg in de eigen regio in te kopen, te administreren en te controleren. Om aanspraak te maken op intramurale ouderenzorg hebben mensen een indicatie van het CIZ nodig. Het toegekende budget dat samenhangt met het bepaalde zorgzwaartepakket (ZZP) gaat naar de zorginstelling. Mensen die in een zorginstelling verblijven, betalen daarvoor ook een eigen bijdrage. Het CAK stelt de hoogte van de eigen bijdrage vast en int het geld voor de overheid.

Het inkoopspel voor intramurale ouderenzorg vindt dus plaats tussen zorgkantoren en zorginstellingen. Bij zorgkantoren houden zich tientallen mensen bezig met inkoop, en hier hebben zich de laatste jaren heel wat personeelwisselingen voorgedaan. Bij zorginstellingen is het aantal verkopers de laatste jaren fors toegenomen, van één persoon naar een team tot soms een flinke afdeling. Geïnterviewden noemen de zware bureaucratische lasten van het systeem en de tussentijdse wijzigingen als oorzaken van de toename van inkoop- en verkooppersoneel. De moeilijkheid of weerbarstigheid van de onderhandelingen zelf zijn niet zozeer de aanleiding tot uitbreiding van de inkoop-/verkoopteams. Voor één zorginstelling die wij spraken is het een bewuste keus om niet met een verkoopteam te werken, maar professionals het gesprek te laten voeren. "Wat wordt afgesproken – de plussen evenals de minnen – wordt dan veel beter 'verkocht' in de organisatie. De vraag is met inkoop: waar leg je het ongemak neer, aan de onderhandelingstafel of in de organisatie?"

Grosso modo ziet het inkoopspel er als volgt uit. De inkoopcyclus begint bij het zorgkantoor. Dat maakt een inschatting van financiële middelen en de vraagontwikkeling en stelt een plan op. Met de openstelling van dit plan op 1 juni start het contracteringsproces. Tot 1 september hebben zorginstellingen de gelegenheid om via een portal de benodigde documenten te uploaden, van zaken waarover afspraken zijn gemaakt tot de bestuursverklaring en de handtekening van de cliëntenraad aan toe. In het najaar volgen gesprekken – soms tot wel vijf of zes – tussen een inkoper van het zorgkantoor en de zorginstelling, waarbij de eerste vooral toelichting geeft op het plan en aangeeft wat van zorginstellingen wordt verwacht. Zowel zorgkantoren als zorginstellingen beamen dat de gesprekken geen enkele invloed hebben op het contract. Het is een eenzijdig opgesteld contract. Een zorgkantoor spreekt dan ook liever

over aanbesteding. Het wettelijk kader van de Wlz heeft een vast systeem: het zorgkantoor stelt het bestek op met voorwaarden over kwaliteit, governancecode en bijvoorbeeld een early warningsysteem en bepaalt of de gegadigde voldoet aan de criteria en een vergunning krijgt. Voor 1 november wordt het volledige budgetformulier naar de NZa gestuurd, die er tariefbeschikkingen van maakt. Voor het nieuwe jaar weet iedereen wat de (voorlopige) budgetten zijn.

Tussen zorgkantoren (verzekeraars) zijn er stijlverschillen in de inzet: sommige gaan aan de ondergrens zitten van wat een zorginstelling aan productiebekostiging kan verwachten; de zorginstelling kan het tarief dan bijplussen tot zo'n 97 of 98% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief wanneer die haar eigen verbeterpunten ook heeft doorgevoerd. Sommige zorgkantoren zetten in op de bovengrens van het voorgaande jaar; zorginstellingen moeten dan terugbetalen als afspraken voor kwaliteit niet zijn behaald. Geen van de zorginstellingen kon uitgaan van 100% van het vorige jaar. Het verschil is beschikbaar voor herschikking: ruimte voor nieuwe toetreders of algehele inkrimping van de capaciteit in de regio. Er worden altijd budgetplafonds afgesproken: boven een bepaald bedrag kan niet worden gedeclareerd.

Declaratie, herijking en controle

Maandelijks moeten zorginstellingen de gemaakte kosten bij het zorgkantoor declareren. Dat gebeurt via het VECOZO-systeem. Het hanteren van informatiesystemen biedt bijna realtime inzicht in de zorgproductie; dit biedt zes tot negen maanden fasevoordeel ten opzichte van ziekenhuiszorg. Gedurende het jaar zijn er twee herijkingsmomenten waarop het zorgkantoor kijkt naar de geleverde kwalitatieve en kwantitatieve 'productie', ofwel de omvang en de soort zorg die zorginstellingen hebben geacommodeerd. Wat past er binnen het macro- of regiokader en wat zijn de mogelijkheden om te schuiven met productieafspraken? Zorgkantoren hebben met de meeste zorginstellingen contact in die herijkingsfase. Zeker wanneer de gemaakte afspraken over en de realisatie van de zorg uit elkaar lopen, spreken zorginkopers en -verkopers elkaar over de ontstane situatie en wordt er onderhandeld over aanpassingen.

Vervolgens voert het zorgkantoor materiële controles uit. Stikt genomen is controle misschien geen onderdeel van het inkoopproces, maar het hangt er wel nauw mee samen. Soms krijgen zorginstellingen daarvoor mensen van het zorgkantoor over de vloer die dossiers inhoudelijk beoordelen en controleren of zorg rechtmatig is geleverd. Dit zijn andere mensen dan de inkopers; bij het zorgkantoor zijn inkoop en controle streng gescheiden. De controleurs gaan de boeken in. Ze kijken wat er gedeclareerd is en of dit overeenkomt met wat is geïndiceerd en is opgenomen in de zorgplannen. Foutieve en onrechtmatige declaraties komen daarmee boven tafel.

Zorginstellingen hebben moeite met het fijnmazige en uitgebreide administratiesysteem en hekelen de bureaucratie. Ze hebben niet alleen van doen met zorgkantoren, maar vaak ook met diverse andere actoren. Waar instellingen voorheen alleen een contract hadden met het zorgkantoor, lopen er nu vele contracten naast elkaar (Wmo met verschillende gemeenten, Wlz met het zorgkantoor, Zvw met verschillende zorgverzekeraars, pgb met individuele zorgvragers), met evenzoveel verantwoordingen, tarieven en dergelijke. Waar de ene instantie of wet een verantwoording in minuten wil hebben, wil de andere die in uren, enzovoort. Systemen moeten daarvoor worden opgetuigd en veranderen ook nog regelmatig. De ervaring

bij zorginstellingen is dat veel administratie dubbelop is en te ver is doorgesloten: ze moeten dit doen op last van het zorgkantoor, de gemeente of de verzekeraar, het zorgkantoor / de gemeente / de verzekeraar moet dit doen van de NZa, en de NZa van de minister. De hoge administratieve lasten en de complexiteit ervan werken fusies en formele samenwerkingsrelaties tussen zorginstellingen in de hand. Ook over de controle en de rechtmatigheidstoets zijn zorginstellingen weinig te spreken. Niet zozeer vanwege de foutieve declaraties, maar omdat het in het zorgplan geregistreerde zo weinig zegt over de werkelijkheid. Er wordt niet gekeken of de persoon gekregen heeft wat nodig was, of dat het nodig was wat de persoon gekregen heeft.

Zorgkantoren aan de andere kant nuanceren het beeld van bureaucratie. Ten eerste zijn de toegekende ZZP's gemiddelden waarmee zorginstellingen in hun bedrijfsvoering rekening kunnen houden. De ene cliënt met ZZP5 heeft meer zorg nodig en een andere minder. Ten tweede is bureaucratie ook perceptie, een frame, een belevenis. Het maakt uit of je weet wat de exercitie kan opleveren en wat het doel is. Daarover vinden weinig gesprekken plaats. Ten derde is het ook van belang om te kijken waar de knelpunten precies liggen. In de praktijk zijn niet alle handelingen die worden uitgevoerd nodig en kunnen eenvoudiger routes worden genomen. Om de administratieve lasten die veroorzaakt worden door de interne bureaucratie bij zorgaanbieders zelf te beperken, voeren sommige aanbieders zogenaamde zelfsturende teams in.

Rol van de zorgkantoren - uitvoerder of aanstuurder

Van onderhandelingen over de zorginkoop is nauwelijks sprake. Van zorginstellingen hoorden we vaak dat ze de relatie met het zorgkantoor als eenrichtingsverkeer ervaren: het zorgkantoor bepaalt eenzijdig volume, tarieven en voorwaarden en de instelling kan het contract krijgen door bij het kruisje te tekenen. "Het zorgkantoor is uitvoerder: heeft een bak geld en verdeelt in overleg met zorginstellingen. Spannender is het niet." Alle geïnterviewden benadrukken het belang van goede relaties tussen zorgkantoren en zorginstellingen, en ze benadrukken ook dat zij de relatie als goed ervaren. Het contact tussen beide is frequent en intensief over allerlei zaken. De richting is overwegend vanuit de zorgkantoren: ze betrekken zorginstellingen bij hun activiteiten, zoals hun beleidsvoornemens, toelichting over juiste en veelvuldig bij te houden administraties, enzovoorts. Er is veel minder sprake van zorginstellingen die naar het zorgkantoor gaan om strategie of knelpunten te bespreken.

Zorginstellingen zien in de zorginkoop op dit moment weinig tot geen meerwaarde van de zorgkantoren. Die voegen in hun ogen nu niet veel meer toe en ze ervaren die vooral als een belemmering voor hun ondernemerschap. Met het wegstrepen van zorgkantoren zou in hun ogen geen nuttige functie verloren gaan: inspecties en beroepsgroepen zijn dan verantwoordelijk voor kwaliteitsborging; zorginstellingen kunnen garant staan voor de efficiency en de toegankelijkheid van zorg doordat ze direct afhankelijk zijn van en reageren op het cliëntenbelang. Net als nu indiceert het CIZ; controle kan komen te liggen bij de NZa. Eén zorginstelling ziet een eigenstandige rol voor het zorgkantoor als cliëntenbehartiger: vraag en aanbod komen vanzelf in evenwicht, uitgaande van persoonsvolgende budgetten. Een landelijk zorgkantoor zou dan kunnen volstaan. Cliëntenraden zien wel de meerwaarde van zorgkantoren in hun representatieve rol als belangenbehartiger van cliënten, een rol die ze nog veel sterker kunnen gaan spelen.

Schaalvergroting

Een gevolg van inkoop is schaalvergroting. Om het inkoopproces goed te kunnen uitvoeren, worden de inkoopafdelingen bij de zorgkantoren en de verkoopteams bij de zorginstellingen groter. Kleine instellingen gaan formeel samenwerken met grotere instellingen of fuseren zelfs. De afstand van het bestuur tot de plek waar de zorg wordt geleverd wordt daarmee groter. Bij een klein verzorgingshuis weet de directeur wat er speelt, het kantoor staat midden in de instelling. Bij grotere zorginstellingen is het bestuur soms op een bedrijventerrein gevestigd. Het besturen gebeurt steeds vaker op cijfers in plaats van op wat er daadwerkelijk gebeurt.

Overproductie, meerjarenafspraken en ondernemersrisico

Verschillende zorginstellingen leveren meer dan overeengekomen is in de contracten, bijvoorbeeld door meer mensen te accepteren of door mensen met zwaardere zorgbehoeften dan beraamd te plaatsen. Zorgkantoren verschillen in het achteraf honoreren daarvan: sommige instellingen hebben al jaren voor de overproductie niet betaald gekregen (zo'n 1,5% van de omzet), andere kregen alsnog betaald, maar heel laat in het jaar of in het jaar daarna. Instellingen die wel binnen de afspraken bleven, vinden dit vergoeden van overproductie een verkeerd signaal: de doelstelling om de totale capaciteit te stabiliseren of te verminderen wordt niet gehaald, individuele 'contractbreuk' wordt beloond en de vertrouwensrelatie om goede afspraken te maken en na te komen wordt geschaad. Extra bezwarend wordt het wanneer de overproductie die niet uitbetaald wordt in het jaar zelf, wel het getalsmatige uitgangspunt voor het nieuwe contractjaar vormt. Dat kan tot een prikkel leiden om meer te zorg te leveren dan gecontracteerd. Een zorgkantoor daarentegen ziet het gebruik van de term overproductie in zichzelf als een verkeerd signaal: een instelling die zorg levert die aan haar gevraagd wordt en die ze niet zelf in de hand heeft, lijkt iets fout te doen, terwijl deze zorginstelling ook kan worden gezien als een instantie die zich niet onttrekt aan haar maatschappelijke verantwoordelijkheid door mensen niet buiten te laten staan. Vanuit dat maatschappelijke perspectief werken budgetplafonds onteigenend.

Doordat kosten op macroniveau worden beheerst en de budgetten jaarlijks opnieuw worden vastgesteld, zijn zorgkantoren zeer terughoudend om meerjarencontracten af te sluiten. Van de zorginstellingen hoorden wij veelvuldig de wens om met de kantoren tot meerjarenafspraken te komen. Ten eerste om de administratieve lasten te beperken en niet elk jaar het hele proces te hoeven doorlopen. Sommige zorgkantoren maken voor de bijvoorwaarden (voor het af- en bijplussen) al tweejarige contracten, weliswaar niet op middelen en prijzen. Ten tweede om beheerst zorgcapaciteit af te bouwen of herbouw of nieuwbouw van locaties te kunnen plegen. Op dit laatste punt stellen de zorgkantoren hen teleur. Ze speelden tot voor kort nog wel een rol in het afbouwen van de zorgcapaciteit van een instelling, zoals bij de zorginstelling die net een over zes jaar gespreide sanering succesvol afrondde in samenwerking met het zorgkantoor (onder meer geen strafkorting bij ZZP 5 en 6, gezamenlijk geluid naar cliënten). Als het gaat om verbouwings- of bijbouwplannen geven zorgkantoren echter in hun ogen geen sjoerge om tot afspraken te komen en pakken ze hun rol niet op. Zorgkantoren daarentegen vinden dat dit bij het ondernemerschap van zorginstellingen hoort: als een zorginstelling nieuwbouw wil plegen en de raad van toezicht en de banken vinden het goed, dan tonen instellingen hun ondernemerschap. Zorgkantoren zien hun rol niet (meer) in het voorkomen van leegstand of faillissement bij zorginstellingen. Ze willen best meedenken, maar ieder heeft zijn eigen rol. Door het openlaten van

contracteerruimte bieden ze mogelijkheden voor nieuwe zorginstellingen en innovatie. Buurtzorg was tien jaar geleden een nieuw model; nu is dat de Leyhoeve in Tilburg. Door zulke nieuwe initiatieven te contracteren, verbetert de sector. Ook het pgb zet aan tot nieuwe toetreders.

Persoonsgebonden budget (pgb)

De administratie van het pgb, dat onderdeel is van de Wlz, is ook bij zorgkantoren ondergebracht. Als het aantal pgb-toekenningen toeneemt, gaat dit af van het collectief aan de sector toegewezen budget in natura; dit geldt andersom niet. Doordat het aantal pgb-aanvragen en toekenningen de afgelopen jaren enorm is toegenomen – met 2% per maand – is een steeds groter deel van de contracteerruimte met zorginstellingen weggenomen. Dit maakt zowel zorgkantoren als zorginstellingen zenuwachtig. Met de pgb's hebben zorgkantoren minder zicht op de omvang van hun contracteerruimte voor instellingen. En het vraagt van hen veel extra administratie en begeleiding. Eén zorgkantoor hanteert nu een eigen procedure. "Heeft een verzekerde een indicatie, dan gaan we het gesprek aan of de persoon 'pgb-vaardig' is. Dat is niet vanzelfsprekend. Iemand is misschien intellectueel vaardig, maar kan bijvoorbeeld schulden hebben, of verslaafd zijn. Beoordeling daarvan gebeurt door vakbekwame hbo-opgeleide mensen. Dit doen we nu zo'n 1,5 jaar. Er lopen nog procedures en bezwaarronden van de tijd daarvoor, toen we dat niet mochten. Pgb is een vrijheidsgraad binnen de Wlz. Heeft een persoon eenmaal budget, dan worden er niet veel eisen gesteld. Innovatieve of kleinere zorginstellingen vinden het makkelijker om met pgb te werken. Dat scheidt tegemoetkoming aan kwaliteitseisen of bestuurlijke eisen."

Zorginstellingen vrezen het wegvloeien van hun contracteerruimte naar kleine of niet-reguliere zorginstellingen. Pgb-houders zijn immers geheel vrij in het kiezen van zorgaanbod. Zij kunnen kiezen voor door het zorgkantoor gecontracteerde zorginstellingen – die aan alle eisen moeten voldoen – maar ook voor kleine niet-reguliere zorgbieders aan wie het zorgkantoor geen kwaliteitseisen hoeft te stellen. Dat levert een ongelijk speelveld op. De zorginstellingen die wij spraken zien het pgb wel als een aansporing om zelf te verbeteren en aantrekkelijk te zijn voor pgb-houders. Zorg in natura biedt de zorginstelling meer zekerheid dan een pgb, terwijl het pgb de cliënt meer zeggenschap geeft over de zorgkeuze. Precies dat is voor cliënten aantrekkelijk aan het pgb: het gevoel van vrijheid en zeggenschap over de eigen zorg.

Betrokkenheid van cliënten bij het zorginkoopproces

In landelijk verband en via de zorginstellingen betrekken zorgkantoren cliëntenraden van instellingen bij het inkoopproces, bijvoorbeeld door aparte informatiebijeenkomsten voor hen te organiseren. Zorgkantoren geven aan dat sommige cliëntenraden het gesprek over financieel-economische zaken goed aankunnen en in staat zijn om over het eigen belang of perspectief heen te kijken. Andere raden missen het overzicht en blijven steken. Voor de meeste raden blijft het hoe dan ook moeilijk om kritisch te zijn op de eigen zorginstelling. Ook zorginstellingen zien die loyaliteit bij de cliëntenraden. Zijzelf geven aan dat ze nauw met cliëntenraden werken en samen optrekken in het inkoopproces. Dat is aan de voorkant: de oprechte pogingen om cliëntenraden te betrekken bij de inkoop van zorg.

Aan de achterkant verandert er weinig. Het blijven bulkinkopen en dat is niet altijd wat cliënten willen, en zij hebben geen invloed op de inkoop zelf. Het leidt niet tot individuele keuzemogelijkheden, zo is het systeem niet. Zorgkantoren maken afspraken met

zorginstellingen en het budget gaat van het zorgkantoor direct naar instellingen. Daar komt geen zorgvrager aan te pas.

Het keuzeproces van de zorggebruiker

Met de vaststelling van een CIZ-indicatie kunnen cliënten hun voorkeur voor een zorginstelling aangeven; zo'n 80 a 90% doet dat ook daadwerkelijk. Familie, vrienden, de buurvrouw en de huisarts zijn de belangrijkste tipgevers. Zo'n 10% maakt gebruik van keuze-informatie als Zorgkaart.nl of Kiesbeter.nl. Een enkele keer wordt het zorgkantoor geraadpleegd. Meer mensen dan voorheen bezoeken verschillende locaties om hun keuze te kunnen maken. Nabijheid tot familie en kennissen en de kwaliteit van de locatie (is het een prettig gebouw, voelt iemand zich er thuis?) zijn de belangrijkste redenen om voor een zorginstelling te kiezen. Met name centraal gelegen locaties zijn ook aantrekkelijk voor mensen van buiten de eigen regio, evenals locaties met een speciale signatuur, zoals huizen op religieuze of levensbeschouwelijke grondslag. Goede medische zorg en veiligheid zijn niet keuzebepalend; wanneer die niet op orde zijn, zijn het hoogstens *dissatisfiers*.

Plaatsing in de voorkeurslocatie gebeurt echter vaak niet (direct). De laatste jaren is verhuizing naar een zorginstelling vaker acuut en hebben mensen een lange tijd achter de rug waarin ze het met vereende krachten van huisarts, wijkverpleging, thuiszorg, mantelzorg enzovoort thuis nog konden redden. Eenmaal ergens wonend is slechts een kleine minderheid geneigd alsnog te verhuizen naar de initiële voorkeurslocatie. Een instelling voor langdurige zorg is vrijwel altijd het laatste woonadres. Als gevolg van het latere tijdstip waarop mensen in de zorginstelling terechtkomen en terechtkunnen, is de woonduur in een intramurale instelling voor ouderenzorg afgenomen van gemiddeld zo'n vier jaar naar anderhalf tot twee jaar.

Zorgkantoren zien graag een grotere rol voor zichzelf in het informeren en adviseren van potentiële cliënten over voor hen geschikte locaties. Een zorgkantoor werkt aan vergroting van inzicht in de wensen van verzekerden. Daarmee kan het met verzekerden meedenken. Nu nog komt het CIZ met een aanbieding of advies voor de geïndiceerde voor welke locatie en welke leveringsvorm van intramurale zorg hij of zij het beste kan betrekken.

De zorgverzekeraarsmarkt

Zorgkantoren hebben een monopsonistische⁶ positie in de langdurige zorg. Zij voeren de onderhandelingen voor de inkoop van zorg voor alle ouderen met een indicatie voor langdurige zorg in hun regio. Er is dan ook geen enkele relatie tussen de persoon als Wlz-verzekerde en als hulpbehoevende met een CIZ-indicatie. Het zorgkantoor voert zijn taak uit omdat die hen is opgedragen door de wetgever en niet door een achterban.

Een zorgkantoor ziet in de borging van de verschillende zorgstelsels door één verzekeraar of zorgkantoor een positieve prikkel om als zorgkantoor goed te werken. Dit heeft ook te maken met uitstraling: als het zorgkantoor het slecht doet, tast dat de reputatie aan van de uitvoerende zorgverzekeraar. Ook al werkt een zorgkantoor voor alle verzorging en verpleging in de regio en is de motivatie om dat goed te doen groot, in de regio's waar een

Noten

⁶ In een monopsonistische markt is er één inkoper en meerdere verkopers.

zorgverzekeraar/zorgkantoor veel verzekerden heeft voor de Zvw is het belang voelbaar om het voor de langdurige ouderenzorg met andere partijen goed te regelen. Daar immers ervaart het zorgkantoor direct dat de Wlz, Zvw en Wmo aan elkaar zijn gerelateerd en van elkaar afhankelijk zijn en dat beschikbaarheid van goede zorg in het ene stelsel gevolgen kan hebben voor aanmelding bij andere stelsels.

3.3 Wat heeft de zorginkoop gebracht?

In de verhalen van de geïnterviewden van alle drie de actoren in de driehoeksrelatie van de zorginkoop klinkt maatschappelijke verantwoordelijkheid door voor het zo goed mogelijk (collectief) organiseren en betaalbaar houden van de langdurige ouderenzorg. Ouderenzorg is een thema geworden om het serieus over te hebben. De discussie is volwassen aan het worden, ook de gebreken van het systeem mogen besproken worden.

Kwaliteit

Door de bank genomen zien alle geïnterviewden dat de aandacht voor kwaliteit de laatste tien jaar is toegenomen: er is meer oog voor klanttevredenheid en voor de noodzaak om de leefomstandigheden te verbeteren. Over de vraag of er ook daadwerkelijk sprake is van kwaliteitsverbetering, en met name over de rol van zorginkoop daarbij, zijn de meningen verdeeld.

Zorgkantoren en zorginstellingen wijzen op het ontbreken van breed aanvaardbare meetinstrumenten. Zo is de CQ-index⁷ achterhaald en zijn kwaliteitsindicatoren voor ouderenzorg nogal eens ambigu. Vallen is bijvoorbeeld een grote bedreiging voor de levenskwaliteit van mensen, maar de beste manier om vallen te voorkomen – mensen vastzetten – is niet bepaald gewenst. Zorgkantoren en zorginstellingen geven aan dat binnen de zorginstellingen de afgelopen tien jaar veel kwaliteitsverbetering is gerealiseerd. Ze benadrukken dat langzaam de 'slechtere' – niet toekomstbestendige – locaties verdwijnen en meerpersoonskamers verleden tijd zijn. Zorgkantoren pakten daarin de afgelopen jaren meer een rol: ze wilden zorginstellingen aanzetten tot kwaliteitsverbetering door ze bijvoorbeeld ontwikkelplannen en zorgleefplannen te laten opstellen en door het bijplussen en afplussen op het budget afhankelijk te maken van het behalen van de verbeterdoelstellingen. Zorginstellingen zijn daar ambivalent over, omdat deze plannen al bestaande beleidsvoornemens waren en het zorgkantoor daar niets aan toevoegt. Het kan zelfs contraproductief zijn: de omslachtigheid van de inkoop- en declaratieprocedures gaat ten koste van ruimte voor kwaliteit. Zorginstellingen gaan nog een stap verder: zorgkantoren doen werk dat al door anderen of andere instanties wordt gedaan: inspecties kijken bijvoorbeeld naar de technische kwaliteit van brandveiligheid en cliënten oordelen zelf over de kwaliteit van leven. Het werk dat het zorgkantoor eist, is een doublure.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2014; 2016), die namens de regering toezicht houdt op de intramurale ouderenzorg, constateert echter dat de kwaliteit in tehuizen voor

Noten

⁷ De Consumer Quality index is een gestandaardiseerde systematiek om ervaringen van patiënten en consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar te meten.

langdurige ouderenzorg nog niet op orde is en dat kwaliteitsverbeteringen langzaam gaan. De veiligheid van de zorg wat betreft medicatie en vrijheidsbeperking is onvoldoende, de beschikbaarheid en de deskundigheid van personeel zijn niet goed afgestemd op de zorgbehoefte van cliënten en de organisatie van de zorg behoeft betere implementatie. Uit de commotie die ontstond bij de publicatie van de lijst met onder de maat presterende instellingen voor langdurige zorg in de zomer van 2016 (IGZ 2016) is op zijn minst op te maken dat wat de kwaliteitsindicatoren meten niet overeenkomt met de kwaliteit zoals bewoners die ervaren.

Cliëntenraden benadrukken dat er over veiligheid en basiskwaliteit te licht gedacht wordt en dat het haast een taboe is geworden dat zorgkantoren kwaliteit nalopen in het zorginkoopgesprek. De vraag is ook naar wie gewezen moet worden bij geconstateerde slechte prestaties. "Soms wordt een slecht scorende locatie gesloten omdat de zorginstelling slecht presteert, maar bewoners en medewerkers zijn daarvan de dupe. Zij wonen immers daar, zij werken daar. Sluiting treft hen het meest. Kennelijk vinden we het normaal dat bewoners en medewerkers maar moeten switchen, terwijl zij er niet echt voor hun plezier wonen. Ze zijn er wel vertrouwd mee geraakt. Regel daarom liever – in plaats van het huis te sluiten – een andere zorginstelling die er de zorg gaat leveren", aldus een vertegenwoordiger van cliënten. Cliëntenraden zien het niet als doublure wanneer tijdens de inkoopgesprekken over kwaliteitsindicatoren wordt gepraat. Met het transparant maken van het primaire proces voegen partijen waarde toe aan de besprekingen en komen op voor het cliëntenbelang.

Kwaliteit van leven

Alle geïnterviewden maken bij kwaliteit onderscheid tussen basiszorg en veiligheid enerzijds en kwaliteit van leven anderzijds. Het eerste moet gewoon op orde zijn: terughoudend zijn in het toedienen van rustgevendende medicijnen, doorligwonden voorkomen en ondervoeding voorkomen. Lijkt de kwaliteit van deze medische zorg nog enigszins stuurbaar, voor zorgkantoren is het lastiger om op kwaliteit van leven te sturen. Kwaliteit van leven is waar het cliënten die langdurig in zorginstellingen wonen om gaat, namelijk welbevinden. Voelt iemand zich senang, kan een persoon zijn of haar laatste levensfase naar eigen voorkeur invullen, zijn vrijheidsbeperkende maatregelen goed afgestemd? Niet lang leven, maar de kwaliteit van leven staat centraal. Welke kwaliteit belangrijk is en hoe dat wordt ervaren, is voor mensen verschillend. Variatie is dan een gegeven, praktijkvariatie een noodzaak. Standaardisering en niet-persoonsspecifieke zorg en bejegening staan daar haaks op. Vanuit cliënten(raden) komt de roep om daarover in gesprek te zijn, met de cliënt (wat is voor hem of haar van belang, wat en hoe kan de kwaliteit van leven van deze persoon verbeteren?) en met diens omgeving (medewerkers, zorginstelling, familie). Het doel is om afspraken te maken over oplossingen voor individuele cliënten en om mogelijke risico's daarbij te onderkennen. Her en der komt er vanuit zorginstellingen en zorgkantoren meer oog voor, zij het heel schoorvoetend.

Voorbeeld. Een dementerende vrouw in een verzorgingshuis wilde graag zelf door het aanpalende bos wandelen. Haar dochter gaf aan dat wandelen altijd haar lust en haar leven was. Zich bewust van het risico dat de vrouw zou kunnen verdwalen, stemde het verzorgingshuis in met het voorstel van de dochter en gaf de vrouw een gps-apparaatje. Het ging goed, tot de vrouw een keer te ver liep en zoek raakte. Na twee dagen werd ze in goede conditie teruggevonden. Toch werd ze daarna in een gesloten afdeling gezet en kwam niet meer buiten, tegen de wens van de dochter. Zij wil liever gehoor geven aan het feit dat haar moeder altijd haar vrijheid koesterde en aanvaardt dat haar moeder misschien korter leeft dan wanneer ze binnen moet blijven, "als een kasplantje vast op een plek en doodongelukkig".

Omdat mensen verschillen, is het nodig dat er onderscheid in het zorgaanbod bestaat, zodat mensen iets te kiezen hebben. Zorginstellingen zien het als hun taak om differentiatie in hun aanbod aan te brengen. Zo proberen zorginstellingen hun locaties een bepaalde identiteit te geven en verschil te maken, bijvoorbeeld in sfeer (rust of reuring) of in leefwijze (levensovertuiging, culturele gewoonten). Een voorbeeld is een locatie aan de kust waar veel mensen wonen met een achtergrond in de visserij, waarbij het huis allerlei elementen heeft van de zee om een maritieme sfeer te creëren. Differentiatie in zorg wordt ook gevonden in extra's voor bewoners, bijvoorbeeld individuele begeleiding van een cliënt om te gaan zwemmen of het mogen meenemen van dekbedovertrekken van thuis om daarmee bij te dragen aan de huiselijkheid en eigenheid van cliënten. Dit stelt de instelling doorgaans voor hogere kosten, en de vraag is waar het ongemak rondom dit verschil wordt neergelegd: bij de cliënt, bij de cliëntenraden of bij een externe partij. Met prijsverhogingen voor individuele diensten, liefst met een individueel ervaren meerwaarde, kan differentiatie worden geacommodeerd. Ongemak kan ook bij cliëntenraden worden neergelegd. Die bevinden zich in toedelingszaken nogal eens in een lastige positie wanneer zij met de bestuurder moeten onderhandelen over de vraag of bijvoorbeeld het (laten) wassen van dekbedovertrekken wel of niet in het vaste vergoedingspakket zit en waar kosten elders in de organisatie worden opgebracht. Ten slotte kan een sterke externe partij – zoals een zorgkantoor – daar een rol in nemen. Bijvoorbeeld door na te gaan en te bespreken hoe de kernwaarden van een zorginstelling zich laten vertalen in concrete praktijken: hoe zien cliënten de missie en de doelstellingen van een verpleeghuis terug in de zorgverlening?

Kwaliteit personeel

Alle geïnterviewden zien kwaliteit van leven als belangrijkste richtpunt in de langdurige zorg. De rol van medewerkers bij de totstandkoming van kwaliteit van leven kwam in de gesprekken die wij voerden echter niet vaak aan de orde. Naast bekwaamheid en beschikbaarheid van personeel – dat vervat is in basis-medische zorg: wordt een spuit er goed ingezet, wordt er goed toegezien op het juiste medicijngebruik – is vanuit cliëntenperspectief de match tussen cliënt en medewerker en het oog hebben van medewerkers voor de cliënt minstens zo belangrijk. Tussen medewerkers is er immers ook veel verschil. Zo is de 'hypotheekzuster' vaak heel goed met mensen met een ochtendhumeur, maar minder met de cliënt die graag een praatje wil. Naar zulke zaken kan nog veel meer gekeken worden. Een cliëntenraadvertegenwoordiger: "Niet de bestuurder, de kwaliteitsmedewerker of alles wat facilitair is, levert kwaliteit, maar medewerkers: diegene die in de kamer van de cliënt komt, aan zijn lichaam zit, direct in contact staat. Oplossingen voor wat nodig is en de cliënt als goed ervaart, kunnen dan niet van bovenaf bedacht worden."

Voorbeeld: Het personeel in een verpleeghuis wordt speciaal geschoold in het boven tafel krijgen wat een cliënt belangrijk vindt in zijn leven. Een vrouw van 96 woont er nu twee jaar en voelt zich erg beknot omdat ze niet zelf naar buiten kan. En ze zou graag handwerken. Na gesprekken met de vrouw kwam de medewerker met oplossingen. Met een rolstoel was het probleem van het niet alleen naar buiten gaan opgelost. Het tweede punt vergde meer en werd nog eens goed bekeken. De vrouw bleek haakpatronen niet goed te kunnen lezen en ze had geen garen. De oplossing bestond eruit dat de medewerker het handwerkpatroon uitvergrootte op het kopieerapparaat en voor garen zorgde.

Om medewerkers cliëntgericht te kunnen laten werken, is het van belang dat degenen die directe zorg aan cliënten verlenen ondersteund worden in de organisatie om tot goede oplossingen te komen. Dat betekent een omdraaiing van de organisatie.

Vervolg voorbeeld: Toen de vrouw gordijntjes had gemaakt en deze wilde ophangen, achtte de brandweer dat niet brandveilig genoeg. De bestuurder speelde vervolgens een belangrijke rol door de afweging te maken tussen algemene brandveiligheidsnormen en het welbevinden en het eigenaarschap van deze cliënt. De bestuurder: "Geen gezeur, die vrouw woont hier, die gordijnen kunnen gewoon worden opgehangen." Want er is verschil tussen het blokkeren van de nooduitgang of het ophangen van bepaalde gordijntjes hangen of het dragen van bepaalde kleren. Het is niet zwart-wit. De vrouw is vervolgens op verzoek van andere bewoners ook voor hen gordijnen gaan maken.

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid is een lastige kwestie in de langdurige ouderenzorg, die niet los kan worden gezien van keuzemogelijkheden. Voorheen was er geen keuze; nu wordt er onderscheid gemaakt tussen urgenten en wenswachtenden. Neemt de toegankelijkheid toe als mensen worden geplaatst ongeacht hun voorkeur?

Met een ontkennend antwoord op deze vraag is het marktconform maken van het aanbod van zorginstellingen een belangrijk richtsnoer voor de toegankelijkheid. De vraag is wie daarvoor verantwoordelijk is. Zorgkantoren zouden op wachtlijsten kunnen sturen door uitbreidingscapaciteit te verlenen aan populaire locaties, bijvoorbeeld door productieverhoging of bijbouwen. Maar dit weigeren ze. Zorginstellingen zien deze weigering als bewijs dat inkoop geen positieve bijdrage levert aan de toegankelijkheid. In het verleden hielpen zorgkantoren zorginstellingen wel bij de sanering van capaciteit. Zorgkantoren leggen de verantwoordelijkheid bij zorginstellingen en zien in het vrijmaken van capaciteit voor nieuwkomers op de markt een positieve prikkel om de variëteit in het aanbod te bevorderen.

Betaalbaarheidseffecten en doelmatigheid

Geïnterviewden geven aan dat de sector als geheel miljoenen bespaard heeft en een grote efficiëncyslag heeft gemaakt. Door de jaarlijkse budgettering en het macrokader moesten zorginstellingen efficiëncymaatregelen nemen. Bij zorginstellingen vertaalt zich dat in lagere overhead, daling van het ziekteverzuim, een doelmatiger inzet van het personeel en automatisering van ICT. Of inkoop van langdurige zorg als instrument daar een belangrijke rol in speelde is twijfelachtig.

Over betaalbaarheidsverbetering in de toekomst zijn de meningen verdeeld. Voor veel zorginstellingen is de rek eruit. Wanneer het budget daalt, gaat dat ten koste van de dienstverlening, en goed personeel krijgen kost nu al veel moeite, aldus een zorginstelling. Zorgkantoren bezien dit breder. Het betaalbaar houden van deze zorgsector kan door het tot stand brengen van marktalternatieven en nieuwe concepten en van meer persoonsbenodigde zorg en minder aanbodgedreven zorg en activiteiten, en door het verhogen van de eigen bijdrage. Bij deze laatste optie dalen de kosten weliswaar niet, maar daalt wel het collectief betaalde aandeel van de zorgkosten. Internationaal gezien is de eigen bijdrage van mensen in Nederland klein – tot zo'n 2200 euro per maand. Voor cliëntenraden is niet zozeer de betaalbaarheid van langdurige zorg an sich het probleem, maar de manier waarop financiële prikkelsturing in het huidige systeem top-down wordt doorvertaald en verantwoording vergt. Minder geld voor de sector levert nu maar één discussie op: waar moet het af, zonder dat iemand het heeft over hoe de kwaliteit moet worden geregeld. Door de zorg anders te organiseren door daadwerkelijk aan te sluiten bij de behoeften en de context van het individu, kan de zorg beter en goedkoper worden. Besparing van geld is dan geen doel, maar het gevolg van een andere manier van organiseren.

Innovatie

Innovatie doet in de langdurige zorg langzaam haar intrede. Zorginstellingen die wij spraken vonden technologische ontwikkeling zeer relevant om de zorg te verbeteren. Zij reserveren voor technologie vooraf 2 tot 3% van het budget. Soms leidt dat direct tot financieel voordeel, zoals het medicijnkastje dat correspondeert met de meldcentrale zodat op afstand in het oog kan worden gehouden of de cliënt daadwerkelijk medicijnen heeft genomen. Een telefoontje volstaat om de cliënt eraan te herinneren; het bespaart tijd van medewerkers die nu niet naar de cliënt hoeven gaan voor controle. De aanpassing naar declaratie van de zorgtijd is nog lastig. Shared-savingsconstructies kunnen een oplossing zijn. We krijgen er geen zicht op of zorginkoop heeft bijgedragen aan innovatie. De ruimte die zorgkantoren aan het veld laten door minder volume in te kopen bij bestaande instellingen, zorgt voor innovatie van businessmodellen en van brancheoverstijgende zorgmodellen in de sector. Als voorbeeld is de Leyhoeve in Tilburg genoemd.

3.4 Discussie

De organisatie van de langdurige intramurale ouderenzorg staat onder druk. Terwijl volume in de sector moet worden afgebouwd en sommige instellingen kampen met (te) oud vastgoed, hebben zorgvragers duidelijker wensen en behoeften. In deze slotparagraaf dragen we een aantal discussiepunten aan die naar aanleiding van de gesprekken zijn opgekomen.

Is er een nieuwe rol voor het zorgkantoor?

Zorgkantoren worstelen met hun rol bij de zorginkoop van de langdurige intramurale ouderenzorg. Nu de transitie technisch gelukt is, rijst een aantal vragen. In de wet staat cliëntgerichtheid voorop en dat geeft een breder kader aan inkoop: wat ga je inkopen, wat is de klantvraag, hoe borg je die klantvraag en hoe beleg je dat in je inkoopspecificatie? Om de

sector naar een volgende fase in volwassenwording te kunnen brengen, is die rol belangrijk: "Het is nu nodig om beweging te veroorzaken. Dat doet niemand anders. VWS kan het niet, CIZ wil het niet, Actiz doet het niet, VGN ook niet, zorgverzekeraars kunnen het niet. Dus doen wij het", zo duidt een zorgkantoor.

Stille inkoop als rol van de zorgkantoren lijkt aan belang te hebben verloren. Was tijdens de AWBZ meer sprake van warme sanering (het zorgkantoor denkt mee met de zorgaanbieder), in de Wlz gaat het meer om hardere sanering: de zorgaanbieder is ondernemer, een faillissement is een risico van het vak. De strijd tussen inkoper en verkoper gaat over de vraag waar het risico moet komen te liggen. Of waar het ongemak neergelegd wordt. Met ontwikkelafspraken tussen direct betrokkenen kan risicoacceptatie worden bereikt: met de cliënt, de familie, de professional, de zorginstelling, het zorgkantoor, zo nodig de brandweer of de inspectie.

Persoonsvolgende bekostiging

Opvallend in vrijwel alle interviews die we hielden over de intramurale ouderenzorg was dat het gesprek al gauw ging over dat het anders moet en waar het naar toe zou moeten ontwikkelen. Alle partijen in de zorginkoopdriehoek zien toekomst in een verdere ontwikkeling naar persoonsvolgende bekostiging en daarmee directe contractering tussen zorginstelling en cliënt. De gedachte is dat, net als nu, mensen van een onafhankelijke instelling een indicatie krijgen voor hun zorgbehoefte. Met de voucher kunnen zij naar de zorginstelling van hun keuze. De zorginstellingen die mensen zelf contracteren moeten dan aan een bepaalde basiskwaliteit voldoen. Alle partijen onderschrijven het belang van het scheiden van de indicatie en het bepalen van budgetten. Bij overschrijding van het totale collectieve budget moet de politiek beslissen: de middelen verhogen, strengere voorwaarden stellen om een indicatie af te geven of de voucherhoogte verlagen (meer zelf bijdragen in geld of natura).

Zorginstellingen verwachten dat zo'n persoonsvolgend bekostigingssysteem een aantal bewegingen zal veroorzaken. Ten eerste betekent het een risicotoename voor zorginstellingen door verminderde budgetgarantie. Ten tweede zullen meer en kleinere zorgaanbieders een plaats krijgen in het zorglandschap. De noodzaak om als zorginstelling groot te zijn om in de inkoop tegenwicht te bieden aan zorgkantoren vervalt, evenals de administratieverplichtingen aan de zorgkantoren. Voor de zorgkantoren zien zorginstellingen geen enkele rol meer. De toegankelijkheid van de instellingen zal in deze optiek een direct gevolg zijn van het marktgedrag van mensen: mensen bepalen zelf naar welke instelling ze gaan, en zorginstellingen spelen daar direct op in. Afzonderlijke en onafhankelijke controlelichamen bewaken en borgen de kwaliteit van de zorg van de instellingen: de brandweer, de inspecties, de beroepsgroepen en de cliëntenraden. Zorginstellingen verwachten met andere woorden een sterk corrigerende kracht vanuit de markt, niet alleen van cliënten(raden) als tegenmacht van hun positie, maar ook van hun eigen inschatting van en reactie op de marktsituatie.

Het landelijke platform van cliëntenraden is er eveneens voorstander van om de regie over het budget bij de cliënt te laten. Zij zien daarin wel verschil voor verschillende cliënten. Het persoonsgebonden budget is een optie die passend is voor hen die het toegekende budget zelf willen en kunnen besteden. Het persoonsvolgende budget is voor mensen die iets kwetsbaarder zijn. Zij kiezen een instelling uit, en het kan de rol van zorgkantoren zijn om hier bepaalde basiskwaliteitseisen te stellen. Dan is er ten slotte een persoons totaalpakket voor mensen die niet in staat zijn zelf de regie te voeren. Zorgkantoren zouden zich in deze als

vereniging van burgers kunnen opstellen en voor deze mensen goede afspraken met instellingen maken over wat zij krijgen. Zorgkantoren kunnen doorontwikkelen en een rol vervullen als inkoper voor mensen die dat echt willen. Anders dan nu is het zorgkantoor er voor degenen die dat willen of nodig hebben. Het voordeel van deze methode met vouchers is dat de kans op doelmatiger zorggebruik toeneemt, omdat er minder standaard is. Mensen hebben ruimte om die extra douche wel te 'kopen' en de schoonmaak niet te doen – of andersom.

Vervagende scheidslijnen intramurale en andere zorg

De scheidslijn tussen thuis wonen en in een verpleeghuis wonen is aan het vervagen. Ook binnen de Wlz zijn daarvoor mogelijkheden. Het langer redzaam thuis wonen wordt gestimuleerd. Naast intramurale zorg voorziet de Wlz in 'volledig pakket thuis' (VPT). Dit omvat zorg, waarbij de wooncomponent ontbreekt en waarbij een deel van de medische zorg via de huisarts gaat (die onder de Zvw valt). Mensen willen soms wel beschutting van intramurale zorg (er is een hulpverlener in het gebouw aanwezig, de persoon hoeft niet over straat voor activiteiten), maar niet de betutteling. In plaats van dat thuiszorg verantwoordelijk is voor toediening van medicijnen, neemt bijvoorbeeld de partner dat over – en roert de medicijnen gewoon wel door de vla (wat een thuiszorgmedewerker volgens het protocol niet mag doen). Of in plaats van het vaak eenzijdig beslissen of maatregelen nemen door de instelling van intramurale zorg, liggen de beslissingen bij bekostiging van zorg met het VPT gewoon in de thuissituatie.

Vervaging van scheidslijnen veroorzaakt een omslag in het denken. Veel zorgorganisaties beschouwen de familie als aanvullend op wat zij niet kunnen doen. Dat uit zich in uitspraken als: we hebben geen tijd voor activiteiten, dat moet de familie maar gaan opvullen. Zorgverleners zijn er om de echte zorg te verlenen. Terwijl sommige familieleden best medicijnen willen toedienen of willen helpen douchen, maar een hekel hebben aan spelletjes doen. Liever zouden zij dat zorgdeel aan zorgorganisaties willen overdragen. Dat denken is vaak niet aanwezig. Door uit te gaan van de patiënt in diens omgeving, te kijken welke zorg aanvullend nodig is, ontstaat daarvoor ruimte. Een voorbeeld is het initiatief van huishoudelijke hulpen die een coöperatie vormen en zelf zorg verkopen en van dorpen die samen een zorgcoöperatie vormen en van daaruit zelf gaan inkopen. Zo'n wisseling van perspectief door uit te gaan van de patiënt/cliënt is nog zeldzaam.

"De dementerende partner van een cliëntenraadslid had aldoor zulke spanningen met douchen, vertelde hij hier op een vergadering. Die man had toen gezegd: zal ik het proberen? Dat ging heel goed. Hij zei er achteraan: en de arts vond het goed. De arts vindt het goed dat een man zijn eigen vrouw doucht: waar zijn we met elkaar beland?"

Schottenproblematiek

De Wlz kent een aantal specifieke omstandigheden. Mensen die voor hun zorgvraag onder de Wlz vallen, zijn doorgaans van de Wlz afhankelijk voor de rest van hun leven: hun aandoening is langdurig, de hulpbehoefte wordt meestal niet minder. Daarnaast sluit gebruikmaking van de Wlz het gebruik van andere voorzieningen uit en is de eigen bijdrage vele malen hoger dan voor de Zvw en de Wmo. Het is wachten op het moment dat de Wlz het afvoerputje wordt. Dat dat moment nog niet is aangebroken, komt onder andere omdat de praktijk, namelijk de wijkverpleging, er niet op stuurde. Er is schroom vanwege de hoge eigen bijdrage en de veronderstelling dat het direct om intramurale zorg gaat. Vanuit de inkoop zien we wel druk

ontstaan op afwenteling naar de Wlz. Zorgverzekeraars, maar ook gemeenten dringen sterk aan op een Wlz-indicering voor thuiszorgklanten die bovengemiddeld zorg nodig hebben. Ook verzekeraars sturen er niet op, lijken er niet op te focussen wanneer een cliënt het omslagpunt heeft bereikt. Zorgkantoren zien dat de afwenteling allang plaatsvindt: de ZZP- zwaarte in de tehuizen is fors gestegen. Voordat mensen een indicatie en een plek hebben voor langdurige intramurale zorg, hebben ze de zorg op andere manieren moeten oplossen, soms leidend tot schrijnende situaties.

Er zijn verschillende wetgevende kaders in de (ouderen)zorg die onderling met elkaar in verbinding staan, maar waartussen het gesprek nauwelijks plaatsvindt: Wmo, Wlz, Zvw plus aanvullende verzekeringen, eigen bijdragen en betalingen van mensen. De verbinding – of het gebrek eraan – bestaat eruit dat verwaarlozing of veronachtzaming verstrekkende gevolgen kan hebben voor de problematiek van een persoon en van de kosten die ermee gemoeid zijn om de persoon hulp te bieden. Het zijn communicerende vaten en dat betekent suboptimaal handelen. De verschillende belangen en de complexiteit ervan weerhoudt partijen om contact te leggen met elkaar, maar is tegelijkertijd de reden waarom dat wel zou moeten. Soms wordt dat gedaan. Partijen leren dan elkaars taal spreken en zoeken elkaar op. Er zijn ook afspraken te maken over schotten heen. Men moet verschillende belangen onderscheiden, elkaar opzoeken en vinden, in gesprek zijn: gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. Niet beginnen met: wie heeft hier de regie? Wie doet dit? Hoe zit dat? Maar: wat zitten we met elkaar te doen? Een zorgkantoor: “Het is belangrijk om over de schutting te blijven kijken en vanuit de cliënt en de maatschappelijke behoefte de vraag stellen: wat past hier? In plaats van lijstjes afgaan en iedereen hetzelfde bieden.”

4 Zorginkoop Individuele begeleiding. Zoeken naar het verschil maken

4.1 Inleiding

Individuele begeleiding is een-op-een praktische en sociale hulp in het dagelijks leven voor mensen die beperkingen ondervinden in hun zelfredzaamheid en participatie. Individuele begeleiding is heel divers: hulp bij het leggen van contacten, het (leren) regelen van financiën, hulp bij het boodschappen doen, en toezicht bij probleemgedrag of complicaties bij ziekte. Het betreft hier zware of lichte begeleiding, langdurig of tijdelijk, algemeen of specialistisch.

Het aantal aanbieders van individuele begeleiding is zeer groot en hun omvang verschilt van zzp'ers tot grote (maatschappelijke of commerciële) ondernemingen. Veel gemeenten werken met sociale wijkteams. Dit zijn meestal breed samengestelde teams die voor een bepaald geografisch afgebakend gebied werken. Hun takenpakket bestaat uit licht generalistisch werken, preventie, ondersteuning en samenwerking met burgers en vrijwilligers, de sociale huisartsfunctie en soms indicatiestelling of toegang. Naast eerstelijnszorg / basiszorg / algemene voorziening is er naast de sociale wijkteams ook tweedelijnszorg / specialistische zorg / maatwerk nodig voor individuele begeleiding. In sommige gemeenten is individuele begeleiding geen onderdeel van het werk van wijkteams.

Wat zijn belangrijke ontwikkelingen?

Gemeenten waren al verantwoordelijk voor ondersteuning aan mensen met lichte beperkingen. Met de Wmo die in 2015 is ingegaan, is ook de verantwoordelijkheid voor individuele begeleiding van mensen met zware beperkingen bij gemeenten terechtgekomen; dit valt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid zolang deze mensen nog geen blijvend beroep op hulp zullen moeten doen. Sinds 2015 is individuele begeleiding geen wettelijke aanspraak meer, maar een voorziening. Op 1 januari 2015 hadden circa 160.000 mensen een indicatie voor individuele begeleiding, die toen nog door het CIZ werd afgegeven. Met de invoering van de Wmo 2015 zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Dit doen ze in eigen beheer, maar soms besteden ze het uit aan een organisatie en soms voeren (hun) sociale wijkteams dit uit. Sinds de decentralisatie naar gemeenten bestaat individuele begeleiding niet meer als aparte voorziening, maar valt het onder het werk dat sociale wijkteams doen en deels onder het aanbod van aanbieders van specialistische hulp zoals Jeugdzorg, ggz-aanbieders, aanbieders van gehandicaptenzorg, ondersteuningsorganisaties en zzp'ers.

4.2 De driehoeksrelatie

De zorginkoop

Organisatie en proces

Gemeenten werken over het algemeen met inkoopteams. Sommige werken daarnaast met een flexibele schil om piekmomenten op te vangen, bijvoorbeeld bij het schrijven van bestekken of in verband met de inkoop voor andere gemeenten die deel uitmaken van het gemeentelijk samenwerkingsverband. In het geval van een samenwerkingsverband kan er sprake zijn van een regionaal inkoopbureau dat als projectorganisatie fungeert en dat voor de regio inkoop op basis van een dienstverleningsovereenkomst. Inkoopteams kunnen bestaan uit beleidsmedewerkers van de Wmo-afdeling, inkopers van andere afdelingen, financiële mensen vanwege de aansluiting tussen de inkoop en de rechtmatigheidscontrole, en juridisch medewerkers. Soms wordt er training gegeven om het inkoopteam, en vooral ook de financiële controleurs, mee te nemen in de eigen inkoopfilosofie van het sociaal domein, omdat deze afwijkt van die bij de inkoop van bijvoorbeeld lantarenpalen. Eén gemeente vertelde een voormalig zorginkoper van een zorgverzekeraar te hebben ingehuurd. Aanbieders werken met verkoopteams waarin bestuurders, operationele mensen, inhoudelijk deskundigen, communicatiemedewerkers en business controllers kunnen zitten. Bij één aanbieder is er geen verkoopafdeling en is de directeur betrokken bij alle offertes.

Het inkoopproces begint doorgaans met het ontwikkelen van een visie op individuele begeleiding of op waar deze begeleiding deel van uitmaakt, waarna een bestek wordt geschreven om op basis daarvan aanbieders van deze dienstverlening te contracteren.

Vormen en varianten van zorginkoop door gemeenten

Er bestaat nogal wat variatie in de manier waarop gemeenten hun inkoop hebben ingericht. Sommige gemeenten kiezen voor (een variant van) een aanbestedingsprocedure, andere kiezen voor (een variant van) een subsidie als inkoopinstrument.

Een openbare aanbesteding begint doorgaans met een marktconsultatie. Vervolgens worden, mede op basis hiervan, binnen een bestek bepaalde eisen geformuleerd. Voor wijkteamwerk kan dit zijn het hanteren van cao-voorwaarden, zichtbaarheid in de wijk met een locatie, algemene toegankelijkheid. Voor specialistische hulp is dat bijvoorbeeld de verbinding met het wijkteam, een individueel plan van aanpak per cliënt, het hanteren van een klachtenregeling, het hebben van een HKZ-certificaat. Na de gunning volgen de contractering en de ontwikkeling van een plan van aanpak.

Sommige gemeenten kiezen voor een variant die bekend staat als het 'Zeeuwse model'. Hierbij bepalen gemeenten het maximumtarief en krijgen alle aanbieders die voldoen aan de minimumeisen een raamcontract. Cliënten hebben dan de vrijheid om te kiezen bij welke aanbieder ze begeleiding zoeken. Voor het vaststellen van maximumtarieven gaan gemeenten af op eigen ervaringen en op wat zoal in de markt wordt gehanteerd.

Meerdere gemeenten kiezen voor de procedure van bestuurlijk aanbesteden. Aanbieders hebben voorafgaand aan de aanbesteding inspraak in onder meer de kwaliteitsnormen, de wijze van

bekostiging en de contractvorm. De gemeente maakt hiermee gebruik van de expertise van aanbieders voor de gewenste marktordening en het zorgaanbod.

Een variant is een open uitnodiging aan partijen om te komen met een 'best value procurement'. De aanbieder geeft een open omschrijving van het hulpaanbod, maakt een inschatting van kansen en risico's en doet zelf een voorstel voor kpi's (key performance indicators) en een contract met de bijbehorende voorwaarden. De aanbieder met het beste voorstel, waarbij prestaties worden gewogen tegen de kosten, krijgt vervolgens de gunning.

Ten slotte komt onderhandse aanbesteding voor, die dan meestal met andere vormen van inkoop samengaat. Bij onderhandse aanbesteding nodigt men gericht enige aanbieders uit om een offerte uit te brengen. Dit betreft meestal aanbieders van tweedelijnszorg.

In tegenstelling tot een aanbesteding ligt bij een subsidie het initiatief bij de aanbieder en worden de voorwaarden vastgelegd in een beschikking. Waar bij een contract harde afspraken nodig zijn over de financiële risico's bij onder- en overproductie, ervaart de aanbieder hier meer vertrouwen. Bij een subsidie staan de voorwaarden in de beschikking. De subsidie kan voor meerdere jaren worden verstrekt, waarbij elk jaar het subsidiebedrag wordt vastgesteld op basis van het activiteitenplan. De beschikking wordt aangepast als een aanbieder er taken bij krijgt. Als een aanbieder na de rechtmatigheidscontrole niet aan bepaalde voorwaarden voldoet, kan de gemeente subsidie terugvorderen. Wanneer de gemeente gebruikmaakt van de subsidietender, wordt een iets andere procedure – geheel digitaal – gevolgd. De gemeente publiceert op TenderNed.nl de aankondiging voor inschrijving. Nadat de inschrijvingstermijn is verstreken, bekijkt de gemeente de opbrengst en kan uiteindelijk de beste partij(en) selecteren.

Veel gemeenten kozen in 2015 voor een 'zachte landing': bestaande aanbieders werden doorgecontracteerd om de continuïteit van zorg te borgen, zodat mensen die in 2014 begeleiding en ondersteuning kregen, die ook in 2015 ontvingen. Bij aanvang van 2015 ontbrak evenwel het nodige om de transitie helemaal glad te laten verlopen. Zo ontbraken betrouwbare kengetallen van het ministerie van VWS over wie in hun gemeente welke hulp kreeg of nodig had. Uit de gegevens was alleen op te maken dát een cliënt zorg kreeg, maar niet wát deze cliënt dan aan zorg kreeg. Ook waren gemeenten nog niet voldoende bekend met de mogelijkheden van sturing via de inkoop van individuele begeleiding. Om een inschatting van het aanbod en van de kosten te kunnen maken, verlieten gemeenten zich daarom op gegevens van aanbieders. Om het zelf wel meteen anders aan te pakken, was één gemeente die we spraken al in aanloop naar de decentralisatie met aanbieders in gesprek gegaan om een inhoudelijke visie op zorg en welzijn te ontwikkelen. De gemeente was uitgesproken over het belang van 'meervoudige sturing' en van ruimte maken voor innovatie en checks-and-balances. Deze gemeente contracteerde eveneens het bestaande aanbod, maar wees daarnaast per resultaatgebied (zoals sociaal en persoonlijke functioneren, persoonlijke financiën, dagbesteding enzovoort) en per wijk preferente aanbieders aan. Belangrijke voorwaarden waren dat aanbieders – ook al werkten ze met onderaannemers – zichtbaar moesten zijn in de wijk, een locatie in de wijk moesten hebben en in verbinding met het wijkteam moesten staan. Verder kocht een aantal gemeenten in regionaal verband in.

De ervaringen van één jaar gaven voor verschillende gemeenten aanleiding om hun inkoopstrategie voor 2016 te verleggen. Ten eerste was er enig zicht ontstaan op de praktijk en

de kwaliteit van het bestaande zorgaanbod. Soms werden gemeenten strenger op bepaalde kwaliteitsaspecten. Eén gemeente is poolshoogte gaan nemen bij alle aanbieders waarmee ze afspraken had en kwam op basis daarvan tot andere kwaliteitseisen. Verschillende gemeenten namen afscheid van aanbieders die niet aan (nieuwe) kwaliteitseisen voldeden. Ten tweede ontstond er vanuit de praktijk nu enig zicht op de kosten. Dat bood aanknopingspunten voor gemeenten om via de inkoop meer sturing te gaan geven aan beheersing van de kosten. Ten slotte kwam in de nieuwe inkoopronde de relatie tussen gemeente en zorgaanbieders op de agenda te staan. Waar aanbieders voor gemeenten eerst nog geen gezicht hadden en gemeenten nog sterk zoekend waren om een positie in te nemen als inkoper, ontstond er meer ruimte voor de kennis die aanbieders meebrachten. Verschillende gemeenten zoeken aanbieders nu op om in een partnerschapsrelatie/dialogoog gezamenlijk tot een visie te komen en op basis hiervan de inkoop in te richten. Een gemeente die eerder in een aantal wijken had ingezet op gebiedsgericht aanbesteden waarbij één partij de aanbesteding gegund krijgt, is hier inmiddels op teruggekomen. Het werken met één (grote) aanbieder in een wijk of gemeente maakt de gemeente te afhankelijk van de aanbieder, zo was de ervaring. Eén gemeente geeft aan het van belang te vinden zelf de inkoop te doen om te leren hoe het werkt. "Zolang wij de risicodragende partij zijn, wil ik er ook zelf over gaan. Wij lopen in financiële zin het risico."

Eén gemeente geeft aan te willen transformeren, maar merkt op dat er druk is om de contracten van het volgend jaar weer op orde te krijgen en de tijd snel gaat. Onvoldoende zicht op de uitvoering van de contracten was mede aanleiding voor een gemeente om na een jaar uit een samenwerkingsverband te stappen. Binnen dit samenwerkingsverband werd gewerkt via het zogenoemde arrangementenmodel. Een arrangement is een pakket van ondersteuning horend bij een resultaatgebied. Elke aanbieder moet het hele pakket aanbieden, en als de aanbieder bepaalde zorg niet zelf kan leveren, dan moet hij dit regelen via een model van hoofd- en onderaannemerschap. Het dwingt specialistische partijen om samen te werken en het geld te verdelen. Voor deze aanbieders is dit echter geen corebusiness en ze zijn hier niet op ingericht. De gemeente gaf aan dat het doel van meer integrale zorg niet bereikt werd en het met name een kostprijsverhogend effect had, bijvoorbeeld doordat er beknipt werd op het aantal uren dat geleverd werd: "Wij nemen de indicatie heel serieus. De klant verwacht dat hij of zij drie uur krijgt. Vaak krijgt deze zonder gesprek 2,5 uur, maar moet wel de eigen bijdrage voor 3 uur betalen. En als er iets extra's nodig is, kwam er gewoon weer een verzoek voor." Opvallend is dat men binnen de gemeente op zich het arrangementenmodel en resultaatfinanciering een goede toekomstige ontwikkeling vindt, maar hier wel geleidelijk naar toe wil groeien.

Ook voor aanbieders zorgen de decentralisaties voor grote veranderingen. Zij kregen te maken met de situatie van de nieuwe Wmo en de daarin beoogde nieuwe manier van werken, alsook met een andere inkoper. Dit betrof voor veel zorgaanbieders meerdere inkopers, namelijk wanneer ze in meer dan één gemeente actief waren. Sommige bereidden zich al ver voor 2015 voor op de andere manier van werken in de nieuwe Wmo: begeleiden op basis van wat nodig is. Deze nieuwe manier geeft aanleiding tot andere arrangementen: groepsbegeleiding, begeleiding op afstand, meer opschaal- en afschaalmogelijkheden, enzovoort.

Voor gemeenten en zorgaanbieders en voor cliëntenorganisaties en de Wmo-raden was – en is – het lastig om zowel de zorg voor mensen te continueren als meteen de omslag naar de

nieuwe manier van werken te maken. In de gemeenten die ervoor kozen om de oude situatie eerst maar te continueren, werden aanbieders aanvankelijk niet gestimuleerd om anders te gaan werken. Het ontmoedigde vooral die aanbieders die juist actief wilden omvormen naar begeleiding op basis van wat nodig is. Aanbieders van zorg voelden zich dan ook nog wel eens de afhankelijke partij in de inkoop. Eén aanbieder die we spraken, trekt het initiatief naar zich toe en kiest bewust in welke gemeente hij zijn diensten wil aanbieden. Deze aanbieder heeft een eigen visie ontwikkeld op de organisatie van wijkzorg en richt zich alleen op gemeenten die op een vernieuwende manier kijken naar het sociaal domein. Daarbij stelt deze aanbieder zich als intermediaire partij op tussen de gemeente en alle Wmo-uitvoering. Na een aanbestedingsprocedure kreeg de aanbieder een contract met een vast en ongedeelde budget voor alle Wmo-voorzieningen. De aanbieder richt zelf wijkteams in die de sociale basiszorg leveren, en om het wijkteam heen zit een schil van voorliggende voorzieningen/vrijwilligers en van specialistische aanbieders. Er wordt afgeschaald naar het voorliggend veld, zodat mensen sterker worden en niet afhankelijk raken van formele zorg, en als het nodig is wordt opgeschaald naar specialistische zorg. Niet de gemeente, maar de aanbieder van sociale basiszorg werd hierdoor de inkoper van specialistische hulp. Deze inkoop vindt plaats vanuit de operatie, dus door de wijkteams zelf.

Diverse aanbieders die wij spraken tonen zich ontevreden over de aanwezige kennis bij gemeenten, over gebrek aan visie en duidelijkheid. Ook over de rol van gemeenteraadsleden laten zij zich weinig positief uit: zij zouden zich weliswaar niet met inkoopconstructies en juridische zaken hoeven te bemoeien, maar toch wel met de inhoud. Aanbieders hebben te maken met meerdere of veel gemeenten en maken melding van een sterke toename van de administratieve lasten vanwege de (soms subtiele) verschillen tussen gemeenten in inkoopprocessen, contracten en declaratieregels. Elke gemeente heeft haar eigen accenten, voorwaarden, procedures en regelingen. Een aanbieder meldde dat de helft van de backoffice en 90% van de administratie werd 'belast' met de regeldruk rond Wmo-zorg die slechts 10% van de omzet vormde. Accountants hanteren een streng beleid bij de rechtmatigheidscontroles. "De vraag is wel of de gigantische hoeveelheid productcodes het probleem is, of dat organisaties gewoon veel te groot zijn geworden", aldus een gemeente.

Contractering en bekostiging

Onderdeel van de zorginkoop betreft de financieringswijze van de in te kopen zorg. In onze verkenning langs gemeenten en aanbieders van individuele begeleiding bleek dat met diverse vormen van bekostiging wordt gewerkt. Financiering via een tarief per uur, de zogenoemde p*q-financiering, komt veel voor, soms met productieplafonds. Een gemeente die voor 2015 lumpsumcontracten afsloot met alle aanbieders van het jaar daarvoor, voerde na een jaar alsnog p*q-financiering in, want de lumpsum bleek te rigide. In een transitiearrangement was dienstlevering met een bepaald bedrag vastgelegd. De afrekening verliep als volgt: als er minder gerealiseerd werd dan 90%, moest worden terugbetaald; tussen 90 en 100% gold aanbieder voordeel; tussen 100 en 110% gold gemeentevoordeel; en bij realisatie boven de 110% werd overlegd, afhankelijk van budgettaire ruimte, over mogelijke tegemoetkomingen. Er kon echter niet gestuurd worden op over- en onderproductie. In 2016 ging de gemeente daarna over op p*q-financiering zonder productieplafond en met een vaste prijs die werd vastgesteld op basis van eigen ervaringen en dat wat elders in het land wordt gebruikt en gesprekken met aanbieders. Dit heeft niet tot discussie met aanbieders geleid. De gemeente:

“Deze p*q-afspraken kon worden gedaan op basis van het vertrouwen dat wijkteams veel kunnen opvangen en beoordelen wat nodig is.”

Eén gemeente maakt gebruik van persoonsvolgende bekostiging, ook wel 'prestatie-inkoop' genoemd. Het beschikbare budget voor een maatwerkarrangement wordt bij de indicatiestelling bepaald door de wijkteams of een wijkconsulent. De hulpbehoefte en de afspraken over de te bereiken resultaten worden vastgelegd in een begeleidingsplan waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen zeven 'resultaatgebieden', zoals sociaal en persoonlijk functioneren. De cliënt kan vervolgens een eigen aanbieder kiezen die met hem of haar het begeleidingsplan uitvoert. De prestatieafspraken zijn niet 'hard', dat wil zeggen dat het financiële consequenties heeft als deze niet worden gehaald, maar dat is in de toekomst misschien wel een optie. Meerdere inkopers geven aan dat ook bij het hanteren van budgetten deze ergens op gebaseerd moeten zijn. Hieraan liggen uiteindelijk ook berekeningen van de prijs maal het volume ten grondslag. Het verschil is dat het hier een voorcalculatie betreft, terwijl bij het bij bekostiging op basis van uur maal tarief gaat om nacalculatie.

Sommige gemeenten spreken een budget af en rekenen aan het einde van het jaar af, terwijl er bij andere gemeenten juist periodiek met aanbieders wordt overlegd aan adviestafels op basis van monitors. Bij de financiering van wijkteams wordt doorgaans gewerkt met een vast budget, soms zonder mogelijkheid voor afrekening achteraf. Dit kan een subsidie zijn, maar bij aanbesteding is dit populatiebekostiging, omdat de zorg in de wijk doorgaans door één partij of samenwerkingsverband van aanbieders wordt geleverd. Soms ook zijn alle of sommige mensen uit het wijkteam nog in dienst van een moederorganisatie.

Contracten tussen gemeenten en aanbieders duren één tot meerdere jaren, met optie tot verlenging. Het maximum dat genoemd werd was vier jaar. Aanbieders noemen als nadeel van een korte contractduur dat dit doorwerkt in de arbeidscontracten van medewerkers en dat het geen prikkel is om te investeren in infrastructuur, zoals ICT. In dat geval moeten afspraken gemaakt worden met de gemeente over wie verantwoordelijk is voor de inrichting en het beheer van de infrastructuur. Aangezien het hier om grote investeringen voor een langere periode gaat, zien we ook dat de gemeente eigenaar blijft en de opdrachtnemende partij hier tijdelijk gebruik van kan maken.

Differentiatie van zorginkoop en van aanbieders

Er zijn verschillende hulptypen voor individuele begeleiding. Het belangrijkste onderscheid is dat tussen sociale wijkteams en aanbieders van specialistische hulp. Gemeenten benaderen deze onderdelen verschillend in hun zorginkoop. Eén gemeente geeft aan dat ze op advies van de wijkteams recent een derde, tussenliggend product onderscheidt, namelijk 'praktische ondersteuning': een vorm van onderhoudsbegeleiding op mbo-niveau voor cliënten in stabiele situaties.

Diverse gemeenten geven aan dat ze bij de start van de zorginkoop met de minimumkwaliteitseisen lage drempels hebben gehanteerd in het toelaten van aanbieders voor specialistische hulp om innovatie aan te jagen, om kleine aanbieders een kans te geven en om de keuzevrijheid te vergroten. Er is echter sprake van een spanningsveld. Sommige gemeenten streven op termijn naar een geselecteerd aantal aanbieders, met als motief dat dit de administratieve last voor gemeenten beperkt bij het toezien op rechtmatigheid en kwaliteit.

Een gemeente noemt als optie dat aanbieders zich organiseren in een coöperatie en dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit ook daar wordt belegd. Een inkoper bij de gemeente geeft aan dat van de dreiging om een contract te verliezen een stimulans uitgaat om kwaliteit te leveren. Dit mechanisme is veel effectiever dan direct op resultaten af te rekenen, wat in het sociaal domein enorm moeilijk is.

Persoonsgebonden budget (pgb)

In de Wmo hebben mensen de mogelijkheid om hulp zelf in te kopen met een pgb. In samenloop met de overheveling naar gemeenten blijkt er al bespaard te worden doordat minder mensen gebruikmaken van het pgb. Dat komt doordat pgb-houders hun budget niet (geheel) gebruiken, het bedrag niet via de pgb-houder loopt maar via instanties en de Belastingdienst een pgb-bijdrage als inkomen ziet. Gemeenten melden het aantal pgb's te willen terugdringen. Ze zijn vooral beducht voor misbruik en voor upcoding van de indicatie en staan wantrouwend tegenover pgb-beheer door aanbieders. Ook noemen ze het feit dat door pgb-houders gecontracteerde aanbieders om aanbestedingscontracten en subsidies heen kunnen en daarmee niet aan strenge regels hoeven te voldoen. Buurt- of wijkteams hebben een matigend effect op pgb-verstrekking: mensen komen niet tot een aanvraag van een pgb omdat het probleem door een buurtteam wordt opgelost. We hoorden ook het belang om het pgb alleen te verstrekken voor zorg van niet-traditionele, al gecontracteerde instellingen. Ook wordt aangegeven dat het goed is om een pgb-aanvraag te laten begeleiden door het buurtteam, waardoor fraude en misbruik worden teruggedrongen. Binnen één gemeente is van de begeleiding deels een algemene voorziening gemaakt, waardoor de mogelijkheid voor cliënten om voor deze begeleiding een pgb aan te vragen vervalst. Binnen één gemeente wordt bij een pgb via een administratieve handeling een korting van 10 tot 15% opgelegd om pgb-aanvraag te ontmoedigen.

Betrokkenheid van burgers bij zorginkoopproces

De betrokkenheid van burgers en cliënten bij de zorginkoop is op diverse manieren geregeld. De eerste manier is via de gemeenteraad. De ervaringen wisselen hier. In gemeenten is er voornamelijk nauwelijks politieke discussie over de inkoop. De discussie richt zich overwegend op de meer technisch-instrumentele kant, wat voor gemeenteraadsleden lastig te volgen en te begrijpen is. De discussie in de gemeenteraad kan ook incidentgedreven zijn, bijvoorbeeld bij ongeregelde toegang tot cliëntgegevens. Er lijkt niet altijd een inhoudelijke discussie plaats te vinden over de Wmo-problematiek en over waar de prioriteiten moeten liggen. Een aanbieder geeft aan dat de gemeenteraad geen meerjarig contract wil, omdat dit de mogelijkheden voor invloed zou beperken. Binnen de gemeente wordt aangegeven dat sturing niet via het college plaatsvindt, maar dat bestuurders er wel wat van vinden. Met name vinden zij het belangrijk dat er een breed palet aan zorgaanbod beschikbaar is.

Een tweede manier is de Wmo-raad. De ervaring van gemeenten is dat deze weinig feedback geeft op de zorginkoop. Gemeenten zien wel een belangrijke rol voor de Wmo-raad als onderdeel van de checks-and-balances, maar dan moet in de positie en de zeggingskracht van de raad worden geïnvesteerd. Het is echter een zoekproces op welke wijze, wanneer en op welk niveau de Wmo-raad betrokken wordt. Wmo-raden worstelen met hun positie, enerzijds om ingebed te zijn in de lokale samenleving en anderzijds om genoeg bij de gemeente betrokken te zijn en in contact staan met het beleidsproces in het sociaal domein om invloed te kunnen hebben. Anders dan cliëntenraden staan ze niet voor een bepaald belang, maar is het hun rol

om advies te geven over beleid in het sociaal domein. Daarbij zoeken zij vaker de verbreding op naar andere maatschappelijke domeinen zoals wonen, werk en inkomen en onderwijs. Voor hun betrokkenheid bij zorginkoop betekent dit dat ze er vooral op inzetten dat partijen tot goede afspraken komen over de resultaten van de zorginkoop.

Een derde manier is in de vorm van een cliëntenraad of een cliëntvertegenwoordiger in de raad van toezicht van zorgaanbieders. Een aanbieder geeft aan dat het erom gaat intrinsiek gemotiveerd te zijn om te weten wat de klant belangrijk vindt. Dit moet het achterliggende idee zijn bij het nadenken over hoe de zeggenschap van cliënten georganiseerd zou moeten zijn. Een aanbieder wijst op het belang van een onafhankelijke klachtenregeling. Daarnaast geeft deze aan dat er alternatieven zijn die beter werken dan een cliëntenraad om te weten wat cliënten belangrijk vinden. Een aanbieder merkt op dat de cliëntenvertegenwoordiging nog weinig body heeft. Cliënten horen volgens deze aanbieder in de raad van toezicht.

Het keuzeproces van cliënten

Zowel gemeenten als aanbieders zien keuzevrijheid van cliënten ten aanzien van zorgaanbieders als een groot goed bij individuele begeleiding. Veel gemeenten vinden het belangrijk dat cliënten zelf hun keuze kunnen maken voor een aanbieder. Op het platteland en bij zeer specialistische aanbieders zijn cliënten (en gemeenten) soms aangewezen op een regionaal dominante partij. Een inkoper van een gemeente geeft aan dat keuzevrijheid bij de individuele begeleiding veel belangrijker is dan bijvoorbeeld bij huishoudelijke hulp. Zorgaanbieders benadrukken dat cliënten niet zozeer de organisatie, maar vooral hun eigen begeleider willen kiezen, of de mogelijkheid willen hebben om jarenlang van dezelfde persoon hulp te krijgen. De persoonlijke klik met de hulpverlener is belangrijk. Het maakt uit om welke type zorg het gaat, zoals iets bezorgen of een steunkous aantrekken, en of het voor een maand of blijvend is. Naarmate hulpverleners meer en langer 'aan een cliënt zitten' – fysiek maar ook psychisch – wordt keuzevrijheid of invloed op wie het doet belangrijker.

Toeleiding van cliënten naar aanbieders komt op verschillende manieren tot stand. Bezien vanuit de hulpvrager alsook vanuit de professional ('indicatiesteller', wijkconsulent of wijkteammedewerker) is het nastrevenswaardig om gezamenlijk te kijken welke aanbieder het beste past. Het ontwikkelen van keuzehulpen of keuze-informatie is nog in ontwikkeling. Eén gemeente werkt aan een 'placemat' waarop aanbieders hun specifieke expertise kunnen aangegeven, zodat wijkteams samen met cliënten een keuze kunnen maken. Deze gemeente overweegt ook het ontsluiten van keuze-informatie op basis van cliëntervaringen. In een andere gemeente heeft de consulent van de gemeente die de intake doet, met alle aanbieders kennisgemaakt om goed geïnformeerd de cliënt te ondersteunen. Een aanbieder benadrukt dat de cliënt wel gefaciliteerd moet worden om de keuze voor een aanbieder helder te kunnen maken en geeft aan dat daarvoor te weinig kennis aanwezig is bij gemeenten en wijkteams.

'Zorgverzekerdersmarkt' van de gemeente

Vergelijkbaar met de zorgkantoren op de markt voor langdurige zorg hebben gemeenten een monopsonistische positie op de markt voor individuele begeleiding. Gemeenten kopen deze zorg in voor al hun inwoners die van deze voorzieningen gebruik moeten maken. Anders dan bij de langdurige zorg is dat de inkoper ook voor de indicatiestelling verantwoordelijk is.

Meer nog dan verzekeraars duiken gemeenten dieper in de materie met de aanbieder. Dat past bij de verwachtingen die mensen hebben. Wat plaatsvindt in het sociaal domein staat immers heel dicht bij het dagelijks leven van mensen, en mensen hebben daar zelf vaak ideeën over. Burgers hebben dan wel geen keuze in wie voor hen inkoop, wel kunnen zij via de democratische weg invloed uitoefenen op het beleid in het sociaal domein.

4.3 Wat heeft de inkoop gebracht?

Zorginkoop van individuele begeleiding door gemeenten kent nog maar een korte historie. Gemeenten zijn nog druk bezig hun weg te vinden in wat zij wenselijk vinden aangaande het aanbod van individuele begeleiding en zoeken naar inkoopmanieren die bij hen passen. Uit de interviews blijkt dan ook dat nog weinig te zeggen valt over het effect van de zorginkoop op kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg.

Wel zijn gemeenten enthousiast over de mogelijkheden die inkoop hen biedt om echt te kunnen sturen en transformatie vorm te geven. Of dat nu via het onderhandelingsmodel is of dat inkoop vorm krijgt binnen een partnerschapsrelatie. De mogelijkheden voor een gemeente om het zorgaanbod echt te sturen lijken veel groter dan die voor zorgverzekeraars (wijkverpleging) en zorgkantoren (langdurige zorg). "Gemeenten kruipen veel dichterbij inhoud dan verzekeraars ooit zouden doen", aldus een betrokkene. In het sociaal domein verwacht men veel meer dat gemeenten, aanbieders en burgers met elkaar aan het bouwen gaan.

Kwaliteit

Het valt niet te zeggen of met de nieuwe Wmo de kwaliteit van de individuele begeleidingszorg is verbeterd, laat staan of inkoop hierop invloed heeft uitgeoefend. Veel gemeenten hebben immers in 2015 de contracten met bestaande aanbieders overgenomen, waarbij alleen minimale kwaliteitseisen zijn gesteld. Wel zijn in de aanloop naar de contractering voor 2016 verschillende activiteiten ondernomen om eerst inzicht te krijgen in de kwaliteit van de hulpverlening. Aanbieders en gemeenten doen allerlei pogingen om kwaliteitsaspecten van het zorgaanbod en de hulpverlening te meten. Gemeenten zijn ook vrij in de manier waarop ze Wmo-voorzieningen inhoudelijk toetsen.

Bij de minimumkwaliteitseisen waarop bij de inkoop wordt geselecteerd, ligt de nadruk sterk op input- en proceskwaliteitsindicatoren, zoals het hebben van een klachtenregeling en een kwaliteitssysteem (HKZ-certificaat), een privacy-charter, een Verklaring Omtrent het Gedrag, scholing van medewerkers, kwaliteit van de locatie, enzovoort. "We willen niet meer dat de begeleiding in een schuurtje achter het huis plaatsvindt", aldus een gemeente die in 2015 alle zorgaanbieders waarmee ze een contract had een bezoek heeft gebracht.

Diverse partijen geven aan dat allerlei eisen niet per se zo veel zeggen over kwaliteit. "Het gaat om het gedrag in de hulpverlening. Hoe ga je met klachten om? Zijn cliënten tevreden over de relatie met de professional?" Bij partijen ontstaat meer aandacht voor uitkomstindicatoren: klanttevredenheid, stakeholdertevredenheid (huisartsen, aanbieders van specialistische hulp), tevredenheid van medewerkers, toegankelijkheid van zorg, het opschalen en afschalen van

zorg en de onderliggende redenen hiervoor, en de ontwikkeling van de cliënt. Op deze indicatoren is lastig te sturen. De klanttevredenheid is bijvoorbeeld doorgaans hoog en toont geringe onderlinge verschillen.

Sommige aanbieders stimuleren ook professionele zelfsturing via training, het bieden van spiegelinformatie over prestatie-indicatoren, het bespreken van casuïstiek en het bieden van handelingsruimte aan medewerkers om hierop te reflecteren en verbeteringen door te voeren. "Kwaliteit is iets wat in de operatie ontwikkeld moet worden." Een aanbieder ziet mogelijkheden in het nieuwe kwaliteitskader dat de Wlz biedt. De kwaliteit van de interactie tussen cliënt en begeleider is daar leidend. Dit is per definitie persoonlijk en veranderlijk en dus iets waar steeds op moet worden gereflecteerd.

Zowel de aanbieder als de gemeente monitort op kwaliteit. Partijen zien dat niet als dubbelop, eerder als twee doelen dienend. Waar een aanbieder alleen zijn eigen onderdeel in kaart brengt, monitort een gemeente Wmo-breed. "Dan zie je ook verbanden. Klanten hebben niet alleen begeleiding nodig, maar ook vervoer en schoonmaak."

Sommige gemeenten gebruiken de zogenoemde zelfredzaamheidsmatrix als monitorinstrument. Door deze in het begin als screening toe te passen en na zes maanden te herhalen, wordt een beeld opgebouwd van hoe het met de cliënt gaat, maar ook met alle hulpvragers als geheel. Een andere aanbieder noemt de zelfredzaamheidsmatrix een verschrikkelijk instrument: "Prima voor het doel waar deze voor was – beschermd wonen – maar nu te groot en breed om in te zetten." Het kwaliteitssysteem met kritische prestatie-indicatoren (kpi's) dat door sommige gemeenten wordt gebruikt, onderscheidt meerdere dimensies van kwaliteit, deels kpi's, deels zachte ('de bedoeling'). Informatie die voor kwaliteit relevant is wordt hiermee ontsloten en gebruikers weten à la minute hoe de vlag erbij hangt. Een aanbieder zegt: "Het kan zijn dat je alle kpi's haalt, maar toch niet de bedoeling. Tijdens uitvoering van het contract moeten gemeenten en zorgaanbieder dicht tegen elkaar zitten, want je hebt elkaar nodig. En je moet ook kpi's durven aanpassen als in de operatie blijkt dat het anders werkt dan je hebt afgesproken."

Door de brede doelstelling binnen de Wmo lijkt financieel afrekenen op kwaliteit uiterst complex en daarom niet verstandig. Aanvullend op het meten van kwaliteit heeft een gemeente het initiatief genomen om een convenant te sluiten met aanbieders waarin een 'gouden standaard' werd afgesproken over de te leveren zorg, met betrokkenheid van de vakbonden. Vanuit de hoek van Wmo-raden horen we dat het belang wordt onderstreept dat gemeenten vooral duidelijk moeten afspreken wat ze van aanbieders verwachten: waarop kan een aanbieder worden afgerekend, hoe kan deze aanbieder die intekent op bepaalde doelen van de gemeente het beste gefinancierd worden? De drie brede doelstellingen van de decentralisaties dienen daarbij als toetssteen: versterking van de zelfredzaamheid en het netwerk van burgers, versterking van de basale infrastructuur in wijken en gemeente, en goede specialistische zorg en onderlinge afstemming daarbij. Op de eerste twee doelstellingen doen gemeenten het beter.

Verantwoording

Gemeenten zijn niet alleen verantwoordelijk geworden voor de kwaliteit van de uitvoering van de begeleiding, maar ook voor de handhaving daarvan en het toezicht daarop. In de manier

waarop gemeenten dat inrichten zijn ze voor een belangrijk deel vrij. Een gemeente die zelf poolhoogte is gaan nemen: "We keken of er een plan van aanpak per individu is gemaakt, naar wat voor personeel in dienst is, of er een klachtenregeling is. Dat soort zaken. Instellingen die al jaren onder de AWBZ werkten hadden alles op orde, werden daarvoor goed gescreend voordat ze een contract kregen voor het zorgkantoor. Je had ook leuke en creatieve aanbieders die net waren begonnen. Sommige wil je houden hoewel ze nog niet helemaal voldoen. Daar kwamen we bij de bezoeken pas achter. We verlengen of verlengen onder voorbehoud. Er waren er ook bij die zo klein waren waartegen we hebben gezegd om zich bij andere aan te sluiten."

Eén aanbieder geeft aan dat hoe er wordt aangekeken tegen verantwoording en sturing de basis voor kwaliteit is. "Het gaat om sturing; verantwoording is de resultante daarvan, maar deze is altijd achteraf. Zodra je een norm gaat stellen, gaan medewerkers zich daarop richten en heb je een protocol te pakken." Deze aanbieder geeft medewerkers wel veel informatie, maar vindt het belangrijk dat professionals autonoom zijn in hoe ze hiermee omgaan. Een andere aanbieder noemt het belang om zich als aanbieder "toetsbaar op te stellen. Je moet continuïteit kunnen bieden, een governance code en een kwaliteitskader waarbij je laat zien hoe je dit hebt ingericht. Je kunt met onderlinge audits werken tussen teams en gemeenten."

Wmo-raden waarschuwen voor te veel navelstaarderij op cijfers. "Wat voor type afspraken maak je? Dat moet je niet te beperkt zien. Want als een goede leraar in het basisonderwijs uitvalt, dan kan de naschoolse opvang het op zijn bord krijgen. Kan die dat aan? Helpt tijdelijk extra geld? Benoem daarom waarover je discussie wilt hebben en heb het er met elkaar dan ook over. Ga dan niet als een boekhouder kijken of de verandering nu wel of niet significant is. Het is mooi om cijfers te zien, uitgesplitst naar de populatie en wijkverdeling. Maar gebruik die als instrumenten om discussie over te voeren: wat krijgen we nu eigenlijk voor ons geld?"

Toegankelijkheid

Zorginkoop kan belangrijke gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van de begeleiding door sociale wijkteams en gespecialiseerde aanbieders. Met de decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor individuele begeleiding is de indicatiestelling ook gedecentraliseerd en naar gemeenten overgegaan. Gemeenten hebben dat verschillend ingericht. In een aantal gevallen wordt dit verricht door sociale wijkteams en soms door speciale zorgconsulenten van de gemeente, en soms hebben gemeenten het uitbesteed aan zorgaanbieders.

Indiceren is het beoordelen van de zorgsituatie en het toewijzen van de benodigde zorgverlening. Indiciestelling heeft dan ook een directe relatie met de toegankelijkheid van de begeleiding. Hoe meer zorgvragen door gemeenten worden gehonoreerd, hoe groter het beslag dat op het zorgaanbod wordt gelegd. Een gemeente geeft aan dat er in de Wmo in tegenstelling tot de Jeugdzorg geen wachtlijsten zijn binnen de gemeente. Dit kan erop duiden dat de toegankelijkheid van de begeleiding goed is. Een aanbieder geeft aan dat toegankelijkheid een harde kpi is om op te kunnen sturen: het niet toestaan van wachttijden doet een beroep op juiste beoordeling en juiste doorverwijzing. Aan de andere kant kan er sprake zijn van vraagverlegenheid – mensen met problemen in de zorgsituatie die desondanks niet actief om hulp vragen. Een aanbieder: "De vraag is of de toegankelijkheid van de individuele begeleiding is verbeterd. Je weet niet wie er niet is gekomen."

Met de overheveling naar gemeenten is de indicatiestelling vaak dichterbij de uitvoering komen te staan. Het is bijvoorbeeld mogelijk geworden om niet op het hoogtepunt van een crisissituatie te indiceren, maar even te wachten tot de situatie enigszins is gestabiliseerd. Door generalistisch te werken pakken sociale wijkteams hulpvragen, die in de ABWZ onder individuele begeleiding vielen, zelf op en schalen zo mogelijk af naar informele zorg. Daarnaast is de indicatie niet leidend voor de hoeveelheid begeleiding, maar wordt dit nu situationeel bepaald, zo mogelijk in overleg met de cliënt. Dit levert soms minder en soms zorgvuldiger indicaties op. Mensen die aanspraak maken op vanuit de overheid georganiseerde zorg, lossen dat nu anders op – door inschakeling van het eigen netwerk – of het blijkt onnodig te zijn.

Eén gemeente werkt niet met indicatiestelling, maar met een zogenoemd sociaal huisartsmodel. Binnen dit model is van begeleiding deels een algemeen toegankelijke voorziening gemaakt. Eerst wordt een zorgvraag opgepakt door het wijkteam, en pas als er echt iets specifiek of medisch aan de hand is, wordt doorverwezen. Het idee is dat juist die basiszorg mensen in hun sociale context houdt en dat dit belangrijk is. De schaarste wordt gelegd op operationeel niveau en wijkteams wordt de ruimte gegeven om keuzes te maken.

Een aanbieder geeft aan dat er verschillen tussen wijken ontstaan als gevolg van maatwerk en wijkgericht werken. "In de ene buurt wordt een bewoner soms langer begeleid door het wijkteam, terwijl in een ander gebied iemand sneller wordt doorverwezen. De aanpak en de geboden oplossing verschilt van elkaar, het resultaat is als het goed is hetzelfde: een tevreden klant die makkelijk toegankelijke ondersteuning krijgt en sterker verder kan dankzij de ondersteuning."

Over de indicatiestelling door wijkteams zegt een aanbieder van specialistische hulp: "Sociale wijkteams dreigen 'kleine CIZ'tjes' te worden." Maar dezelfde aanbieder zegt dat de eigen bijdrage een groter probleem is. Deze belemmert de toegang, omdat cliënten hierom afzien van hulp. Extra vervelend is dat niet van tevoren bekend is hoe groot de eigen bijdrage is. Dit weet men pas achteraf, na de berekening van het CAK op basis van de hoeveelheid hulp en het inkomen van de cliënt. Voor de aanbieder is de eigen bijdrage ook een belemmering om te bieden wat nodig is en levert het extra administratieve lasten op omdat hij toch uren moet blijven registreren. Gemeenten verschillen in toepassen van de eigen bijdrage. Er geldt landelijk een maximale eigen bijdrage, maar gemeenten kunnen hiervan in het voordeel van de cliënt afwijken. Een enkele gemeente heeft dit najaar besloten de eigen bijdrage te schrappen voor onder meer individuele begeleiding (De Koster 2016).

Doelmatigheid (efficiëntie)

De overheveling van de verantwoordelijkheid voor individuele begeleiding naar gemeenten en veranderingen in de organisatie die daarmee samenhangen, hebben tot een grotere doelmatigheid van het stelsel geleid. Daarover uiten de geïnterviewden zich eensluidend. In de gesprekken kwam naar voren dat gemeenten in 2015 veel uitgaven bespaarden op de Wmo-voorzieningen (Bekkers 2016). Behalve door het genoemde verleggen van de indicatiestelling komt dat door de verlaging van tarieven die een aantal gemeenten toepasten, door het terugbrengen van het aantal pgb-aanvragen dan wel door pgb-aanvragen in het wijk- of buurtteam op te vangen, door substitutie van specialistische begeleiding door het wijkteam en door de bevordering van de doorstroming bij maatschappelijke opvang (beschermd wonen). De

besparingen zijn gerealiseerd ondanks wettelijke overgangsregelingen en tijdelijke compensaties van onder meer de kapitaalslasten. Een inkoper bij een gemeente geeft aan: "Elke vorm van iets meer sturing levert al zo veel op, omdat er zo veel ruimte en perversiteit in het oude systeem zat." Diverse gemeenten houden zelfs geld over op het budget voor begeleiding. Sommige aanbieders melden verlies te hebben geleden op de verkoop van individuele begeleiding. Aanbieders hebben als gevolg van tariefsverlaging behoorlijk moeten inleveren en hebben te maken met hogere administratielasten.

Er wordt ook stevig nagedacht over hoe inkoop kan bijdragen tot een verdere doelmatigheid, zowel bij gemeenten als bij zorgaanbieders. De zorgvraag zal in de nabije toekomst immers stijgen als gevolg van de toename van het aantal ouderen. Een gemeente: "We kunnen integraal een product aanbieden, het slimmer organiseren, aan de toegang sleutelen (en doe je de deur zacht dicht of hard dicht) en af te schalen. En we kunnen naar de prijs kijken." Eén aanbieder zoekt het meer in het verlichten van de administratielast: "We kunnen de arrangementen verder ontwikkelen op basis van integraliteit; het leaner organiseren, en in gesprek gaan over andere verantwoordings-eisen. Individuele begeleiding heeft ruimte nodig in de uitvoering om eens wat te proberen. We zijn gewend om alles volledig dicht te timmeren met controle op controle. De vraag is hoeveel je daarmee wint om een enkel geval van overmatig zorggebruik en misbruik te voorkomen."

Innovatie

Innovatie is een van de doelstellingen van de decentralisatie. De inzet van sociale wijkteams, niet zozeer het gevolg van de zorginkoop als wel van de decentralisatie zelf, is op zich misschien wel de belangrijkste innovatie bij individuele begeleiding. Door deze wijkteams in de eerste lijn aan de voorkant in te zetten om de hulpvraag te onderzoeken, blijkt doorverwijzing naar de tweede lijn van specialistische hulp minder vaak voor te komen.

Er is verschil in de snelheid waarmee gemeenten – en aanbieders – tot innovatie willen komen en daar hun inkoopstrategie op inzetten. Zoals hiervoor al is aangegeven, hebben veel gemeenten in 2015 de bestaande praktijk van de rijksoverheid overgenomen en zijn ze eerst gaan ervaren hoe inkoop voor hen werkt. Een aantal gemeenten en aanbieders is – in aanloop naar de overheveling van deze taak – wel meteen een eigen weg gegaan. Zo hebben enkele gemeenten die wij spraken een inkoopbeleid op resultaatgebieden gevoerd. Vanuit een gemeente wordt aangegeven dat men vanuit een partnerschap tot innovatie wil komen. Voor een aanbieder die we spraken, zijn de mogelijkheden van de nieuwe Wmo om het welzijn anders in te richten juist aanleiding om zich op dit terrein te begeven met een eigen bedrijfsconcept.

Het benaderen van een hulpvraag door de context en de situatie van de cliënt in ogenschouw te nemen is eveneens een vernieuwing van wat de nieuwe Wmo beoogt. Doel is om het ondersteuningsarrangement op de individuele context en situatie te kunnen afstemmen vanuit de vraag wat er in dit specifieke geval nodig is. Het achterliggende idee is om synergievoordelen te behalen door de verschillende typen hulp en ondersteuning op de individuele situatie af te stemmen. Het gaat dan naast de individuele begeleiding om huishoudelijke hulp, wijkverpleging, ketenmanagement bij dementie, dagbesteding en werkbegeleiding. Gemeenten hebben de mogelijkheid om collectieve voorzieningen in te richten samen met

maatschappelijke organisaties, wijkcentra, vrijwilligers en het lokale bedrijfsleven. Hoe beter dit lukt, hoe kleiner de behoefte aan individuele begeleiding als maatwerkvoorziening. Vooral nog zijn gemeenten vooral in gesprek met aanbieders over deze vormen van samenwerking.

De indruk bestaat dat gemeenten de inkoop van de individuele begeleiding niet dichtregelen met een gedetailleerde productstructuur. Zorgaanbieders krijgen hiermee de ruimte om een passend hulpaanbod te ontwikkelen. Gemeenten geven aan dat ze graag ruimte bieden voor kleine nieuwe partijen, maar dat deze partijen nog niet aan alle eisen voldoen of niet groot genoeg zijn om binnen consultaties en overlegtafels hun stem laten horen. Meerdere gemeenten geven aan hier rekening mee te houden in procedures om juist deze partijen ruimte te geven en de kans te bieden wel aan eisen te voldoen. Want gemeenten willen graag innovatieve, nieuwe aanbieders van zorg. Tegelijk geven ze aan het belangrijk te vinden om een goede relatie te hebben met het aanbod in de contractfase. Er bestaat mogelijk spanning tussen het partnerschap met het aanbod en de ruimte voor nieuwe, innovatieve aanbieders.

4.4 Discussie

Vanuit het beleidsperspectief zijn met de decentralisaties grote veranderingen in de organisatie en sturing in het sociaal domein op gang gekomen. Door de bank genomen is de overgang goed verlopen, en gemeenten maken in toenemende mate eigen keuzes in hoe zij door middel van zorginkoop het zorglandschap in hun gemeente willen vormgeven. Wel heeft de Centrale Raad van Beroep zich in de overgangsfase vele malen moeten uitspreken over individuele gevallen, en dat zijn voor alle betrokkenen lastige situaties. In deze slotparagraaf dragen we een aantal discussiepunten aan die zijn opgekomen naar aanleiding van de gesprekken over zorginkoop door gemeenten.

Welwillend zoekend

Gemeenten doen nog maar kort ervaring op met inkoop. Gelet op de korte tijd dat gemeenten de taak hebben om individuele begeleiding in te kopen en te organiseren, valt op dat gemeenten al veel werk hebben verzet en een grote ambitie tonen om het zorgaanbod in de gemeente goed te regelen en zicht te krijgen op hoe inkoop daaraan kan bijdragen. Wat opvalt, is de enorme bereidheid en inspanning om de organisatie van individuele begeleiding in goede banen te leiden en de omslag naar vraaggericht werken goed te maken. Zowel inkopers (gemeenten) als aanbieders van zorg zijn nog volop aan het zoeken naar passende vormen van inkoop. Het is zoeken naar hoe het spel te spelen. Van een onderhandelingsituatie tussen inkoper en verkoper is (vooral nog) nergens sprake. Gemeenten noch zorgaanbieders praten over 'onderhandelingen'. Alleen een gemeente die via aanbesteding contracteert en daarvoor een geautomatiseerd systeem gebruikt, zegt daarover dat "er dus geen onderhandelingen met aanbieders" zijn.

Diverse gemeenten denken erover na hoe zij de zorgkosten in de nabije toekomst binnen de perken kunnen houden. Soms starten ze het gesprek met aanbieders, maar vaak ook wordt vooral op het gemeentehuis uitgedokterd hoe de inkoop in te zetten en de organisatie van de zorg in te richten. Gemeenten zijn geneigd kennis naar binnen te halen en in de rol van opdrachtgever gaan zitten.

We zien ook dat gemeenten en aanbieders inzetten op het uitbouwen van een partnerschapsrelatie en dat ze dit als weg zien om te komen tot goede en bereikbare zorg tegen een faire prijs. "Met de manier hoe we de zorginkoop nu geregeld hebben, kunnen we denk ik de cliënt beter helpen. Wanneer je continu met elkaar in gesprek bent, leer je van elkaar en gaan we steeds meer snappen hoe het wel en niet werkt. Het continue proces", aldus een gemeente. Gemeenten benutten dan eerder de expertise van partijen en sturen via de relatie met zorgaanbieders. Een gemeente die de standaardaanpak niet effectief vindt omdat die leidt tot een grote afstand met aanbieders en tot wat in de praktijk gebeurt, zegt: "We willen van dat opdrachtgever en opdrachtnemer af. De cliënt moet geholpen worden."

Inhoud

Gemeenten hebben een heel sterke betrokkenheid bij de inhoud van de zorg. Dat heeft enerzijds te maken met de vele taken die de gemeente in het sociaal domein toebedeeld heeft gekregen: die van inkoper, eigenaar van de infrastructuur, indicatiesteller, beoordelaar en toezichthouder. De gemeente gaat over alles. Het heeft anderzijds ook te maken met het feit dat het sociaal domein zeer dicht tegen het dagelijks leven van mensen aan staat. Mensen verwachten ook dat de gemeente op de hoogte is van wat er allemaal gebeurt en stellen haar daar ook verantwoordelijk voor. Infrastructuur en zorginhoud zijn ook niet altijd helder te scheiden en schuren sowieso dicht tegen elkaar aan. Zo kan de gemeente eigenaar worden van een buurthuis waar buurtbewoners graag activiteiten organiseren, maar heeft ze geen directe rol in wat daar gebeurt en onthoudt ze zich van een inhoudelijk oordeel of mensen daar al dan niet gebruik van zouden moeten maken.

Bij individuele begeleiding komt de spanning tot uiting die bestaat tussen het oordeel van professionals over wat nodig is en de beschikbaarheid van financiële middelen. De gemeente, of de directeur van de zorgaanbieder, wil sturen op wat professionals doen en bemoeien zich dan al snel met de inhoud van te leveren zorg.

Gemeenteraden lijken zich tot dusver overwegend bezig te houden met de technisch-instrumentele kant van de zorginkoop. De inhoud van het beleid krijgt (nog) veel minder aandacht.

Verskillende snelheden

Een spanningsveld dat we in de praktijk tegenkwamen is dat tussen transitie en transformatie. Diverse gemeenten zijn eerst aan de slag gegaan om de transitie vorm te geven – daarbij de oude situatie voor zorgaanbieders en cliënten zo veel mogelijk ongemoeid latend. Sommige gemeenten en zorgaanbieders zijn direct begonnen met anders te gaan werken. Sommige daarvan zijn op hun schreden teruggekeerd.

Er bestaat spanning tussen de nieuwe manier van werken ("samen met de cliënten bepalen wat nodig is") en de financieringswijze. Aan de ene kant moeten medewerkers anders gaan werken: van het leveren van zorgproducten naar doen wat voor de cliënt nodig is en verbeteren van resultaten en outcome. Aan de andere kant ligt aan de basis van de financiering van de geleverde zorg het p*q-systeem: betaling van de prijs per zorgproducteenheid. Een urenregistratie bleef ook nodig voor de heffing van de eigen bijdrage, en ook omdat een offerte voor afrekening op bijvoorbeeld resultaatgebieden vraagt om een inschatting van de inspanningen daarvoor.

Twee typen inkoop

De wijze waarop gemeenten hun inkoopproces inrichten is volop in ontwikkeling en verschilt nogal tussen gemeenten. Grofweg zien we dat zich twee typen inkooprelaties ontwikkelen. Sommige gemeenten leggen de nadruk op het draaien aan de inkoopknoppen (tariefstelling, plafonds, kwaliteitseisen) om aanbieders – en cliënten – in de beoogde richting te doen bewegen. In dit opdrachtgeversmodel zijn zorg- en welzijnsinstellingen de uitvoerders en is de gemeente als het ware regisseur. Andere gemeenten neigen ertoe om aan te sturen op een goede relatie met aanbieders. In dialoog met aanbieders wordt aan een visie gewerkt om op basis daarvan de inkoop in te richten. Noch bij het opdrachtgeversmodel, noch bij het dialoogmodel lijkt er voor de cliënt of burger in het inkoopproces een directe rol van betekenis te zijn weggelegd. Er bestaat mogelijk spanning tussen de wensen van gemeenten (de opdracht tot meer zelfredzaamheid en participatie van cliënten) en de wensen en behoeften van cliënten zelf (aandacht, hulp en ondersteuning).

Standaardisering

In tegenstelling tot verzekeraars (Zvw) of zorgkantoren (Wlz) zijn gemeenten niet gebonden aan één manier van verantwoorden van uitgaven. Ze zijn daarin dan ook zoekende, kijkend naar wat er past. Dat heeft tot dusver – begrijpelijkerwijs – relatief nog maar weinig de aandacht gekregen van gemeenten. Vanuit Den Haag en vanuit (grote) aanbieders die in meerdere gemeenten werken ontstaat er druk om tot standaardisering te komen. De vraag is in hoeverre standaardisering nodig is om te kunnen beoordelen of in een gemeente het zorgaanbod goed en goed georganiseerd is.

Gemeenten zijn grotendeels vrij in de wijze waarop ze verantwoorden. We zien een grote variatie in welke eisen gemeenten daartoe stellen. Meer nog dan hierover klagen aanbieders echter over de omvang van wat gemeenten doorgaans eisen. Deze ijver zou vooral gestuurd worden door de opstelling van accountants, van wier boekhoudkundige goedkeuring gemeenten uiteindelijk afhankelijk zijn.

Zoals een gemeente stelt: "Wij zijn systeemverantwoordelijk."

Keuzevrijheid

Zorginkoop gaat om het zo goed mogelijk inrichten van het zorgaanbod, zodat burgers toegang hebben tot hoge en betaalbare kwaliteit. Belangrijk richtpunt is dat er keuzevrijheid voor burgers/cliënten moet zijn. Deze vrijheid om te kiezen in de zorg wordt door gemeenten verschillend ingericht. In sommige gemeenten hebben cliënten geen vrijheid om te kiezen door welke zorgaanbiedersorganisatie zij geholpen worden – bijvoorbeeld wanneer er een aanbieder in een regio of wijk is gecontracteerd. Keuzevrijheid ligt dan op het vlak van de professional. Wanneer concurrentie ontbreekt, zoals op het platteland, gaat het om constructief partnerschap en het maken van goede afspraken. "Wanneer je beiden begaan bent met goede zorg, dan kun je binnen goede werkverhoudingen elkaar aanspreken op maatschappelijke verantwoordelijkheid."

Administratieve last

Gemeenten zijn verrast door de omvang van de administratie die de decentralisatie met zich meebrengt. De registratie en de verantwoording vragen ook van hen veel (financiële) inzet die dan "niet direct aan zorg zelf kan worden besteed" of die "ten koste gaat van de zorg". Aanbieders van zorg klagen over de sterk toegenomen administratieve lastendruk. Gemeenten

hebben hun eigen accenten, voorwaarden, procedures en regelingen. Voor aanbieders die in meerdere gemeenten actief zijn, heeft dit zwaardere administratieve lasten tot gevolg. Aanbieders beginnen strategische keuzes te maken in het aantal gemeenten waarin ze actief willen zijn. Dat zou tot gevolg kunnen hebben dat (sommige) zorgaanbieders zich tot kleinere organisaties ontwikkelen dan wel geneigd zijn zich te specialiseren.

Schottenproblematiek

Tussen de verschillende zorgstelsels – Wmo, Participatiewet, Wlz en Zvw – blijven afstemmingsproblemen en afwentelingsmogelijkheden bestaan. Deze worden gestimuleerd door verschillen in tarieven en in de eigen bijdrage van cliënten, juridische belemmeringen en gemeentelijke verkokering. Vanwege het financiële risico dat de gemeente loopt en de maatschappelijke risico's ervaren gemeenten nu een prikkel om iets met 'bemoeizorg' te doen. Dan gaat het om cliënten die niet actief om hulp vragen, maar die wel nodig hebben omdat zij tegen te grote problemen aanlopen om het zelf te redden. Deze mensen komen vaak bij de nuldelijnszorg van de gemeente terecht, terwijl het eigenlijk om ggz-clieënten gaat.

5 Zorginkoop als haarlemmerolie voor de organisatie van de zorg?

Zorginkoop is niet één sturingsmechanisme. Zoveel wordt wel duidelijk na lezing van de praktijkverkenningen in dit rapport. Bij zorginkoop komen in feite verschillende mechanismen samen die onder de grote noemer van zorginkoop worden gebracht. Vaak ligt de nadruk op standaardisatie van processen en vaardigheden, zoals in de kraamzorg en de medisch-specialistische zorg, en soms op standaardisatie van resultaat, bijvoorbeeld binnen sommige gemeenten waar men individuele begeleiding op resultaat wil inkopen. Soms heeft zorginkoop te maken met wederzijdse afstemming, bijvoorbeeld in het dialoogmodel binnen de intramurale ouderenzorg. Belangrijk is dus dat zorginkoop niet een eenduidig gedefinieerd sturingsmechanisme is, maar dat hier heel verschillende modellen van coördinatie onder vallen en dat de mate van sturing vanuit de inkoopende partij heel erg verschilt binnen wettelijke kaders en tussen deelsectoren. En is er altijd een koppeling aan het financieel resultaat/budget. Het gaat uiteindelijk over geld.

5.1 Zorginkoop binnen de verschillende wettelijke kaders

Binnen alle verschillende wettelijke kaders waar zorginkoop als sturingsmechanisme is geïntroduceerd, krijgt het instrument een eigen inkleuring.

Inkoop binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Zorginkoop binnen de Zvw is niet nieuw. “In de periode vóór 2006 kenden we een duaal stelsel met ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Ziekenfondsen voerden met name wettelijke taken uit en de zorginkooprol was beperkt. Ziekenfondsen waren wel naturaverzekeraars, maar kenden een contracteerplicht en werkten met landelijke standaardcontracten op basis van modelovereenkomsten.⁸ Pas rond 2000 kregen de ziekenfondsen enige stimulans om doelmatig in te kopen en ruimte om af te wijken van de standaardcontracten. Particuliere verzekeraars werkten met een restitutiemodel en deden nauwelijks aan zorginkoop. Particulier verzekerden konden zelf kiezen naar welke zorgverlener ze gingen en de rekening werd achteraf vergoed.” (RVZ 2014: 11)

Met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het belang van inkoop als sturingsmechanisme toegenomen. Binnen de Zvw heeft het model van gereguleerde marktwerking (*managed competition*) een belangrijke plaats. Het model gaat uit van drie interacterende markten: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren verzekeraars om de gunst van de verzekerde. Dit doen ze mede door op de zorginkoopmarkt doelmatige zorg in te kopen bij

Noten

⁸ Bij een naturaverzekeraar is een sterke inkooprol te verwachten, maar de ruimte daarvoor was bij ziekenfondsen beperkt.

concurrerende zorgaanbieders. Vervolgens kiezen patiënten op de zorgverleningsmarkt voor een zorgverlener (RVZ 2014). Dit kan zowel een door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder zijn als een niet-gecontracteerde aanbieder. De hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg is afhankelijk van de polis die de verzekerde heeft gekozen: een natura-, een restitutie- of een combinatiepolis.

Een belangrijke constatering uit de verkenning is dat dit model in de praktijk anders uitwerkt. Verzekerden laten zich niet of heel beperkt door de zorgverzekeraar naar een zorgverlener sturen. Daarnaast kiezen verzekerden hun verzekeraar niet op basis van kwaliteit van zorginkoop, maar vooral op de hoogte van de premie. De vraag is wat dit betekent voor de verwachtingen. Beperkt dit de zorgverzekeraar in de mate waarin hij afspraken kan maken met zorgverleners en leidt dit ertoe dat kwaliteit in elk geval via de inkoop niet bevorderd wordt? Van de andere kant horen we van zorgverzekeraars dat zij het vanuit hun maatschappelijke rol belangrijk vinden om te investeren in (innovatieve) inkoop om kwaliteit te stimuleren (denk aan prestatie-inkoop van Zilveren Kruis, het contract tussen VGZ en kliniek Bernhoven, enzovoort), los van of dit daadwerkelijk leidt tot een betere concurrentiepositie.

Inkoop binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw)

Gemeenten kopen sinds 2015 zorg en ondersteuning in voor hun burgers in het kader van de Wmo en Jw. Al sinds 2007 kochten gemeenten al huishoudelijke hulp in voor hun burgers. Burgers kunnen op zich niet kiezen voor een zorginkoper, hoewel het wettelijk wel mogelijk is dat gemeenten de zorginkoop uitbesteden aan een andere partij. Er is democratische controle op de zorginkoop via de gemeenteraad, en gemeenten moeten cliënten betrekken bij hun inkoopbeleid. In de Wmo is verder opgenomen dat gemeenten bij de inkoop voor voldoende diversiteit moeten zorgen en mogelijkheden moeten bieden voor individueel maatwerk als het aanbod niet toereikend is. In tegenstelling tot de zorgkantoren – voor de zorginkoop in het kader van de Wlz – dragen gemeenten volledig financieel risico voor het Wmo-budget.

Gemeenten zijn in principe aanbestedingsplichtig. Bij aanbesteden gaat het om dat gedeelte van het inkoopproces dat gaat over het specificeren, selecteren en contracteren, ook wel de sourcingsfase geheten (zie www.pianoo.nl). Wanneer een inkoper aanbestedingsplichtig is, moet hij Europese procedures volgen. Wel gaat het bij veel zorg en ondersteuning om een verlicht aanbestedingsregime, waardoor we ook bestuurlijke aanbestedingsprocedures zien. Bestuurlijk aanbesteden is een methode waarbij een gemeente langdurige, flexibele convenanten sluit met leveranciers van zorg- en welzijnsdiensten.

Gemeenten zijn verplicht een persoonsgebonden budget (pgb) aan te bieden als mensen dit wensen en als zij aan de voorwaarden voldoen. Cliënten hebben dus mogelijkheden om zelf zorg in te kopen.

Gemeenten zijn nog maar net gestart met het inkopen binnen de Wmo en Jw, en zijn duidelijk nog zoekende. We zien in de praktijkverkenning van individuele begeleiding een enorme variatie tussen gemeenten in de inkooppraktijk; er zijn nog geen vaste inkoopprocessen zoals in de Zvw en de Wlz. Inkoop is in zekere zin nog een project. Hierdoor is het heel lastig om uitspraken te doen over wat de inkoop binnen de Wmo en Jw gebracht heeft. Wel lijken

gemeenten er in elk geval redelijk in geslaagd om op korte termijn een flinke bezuiniging door te voeren.

Inkoop binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)

Binnen de Wlz is er geen zorgverzekeringsmarkt. Het zorgkantoor koopt zorg in voor alle cliënten voor de Wlz in de regio. Er is geen keuze voor deze cliënten om een inkoper te kiezen die zijn belangen behartigt. Het zorgkantoor voert een wettelijke taak uit en haalt zijn motivatie niet zozeer uit het zo veel mogelijk klanten willen hebben of het beter willen doen dan concurrent.

Uit de gesprekken blijkt dat zorgkantoren hun inkooprol vanuit een maatschappelijke rol oppakken, maar dat het functioneren van het zorgkantoor ook afstraalt op de zorgverzekeraar die dit uitvoert (de concessiehouder). Zorgkantoren blijken door de tijd heen hun rol anders te zijn gaan invullen: van gericht op aanbieder nu meer gericht op cliëntenvertegenwoordiging.

Zorgkantoren zijn eveneens verplicht een pgb aan te bieden als mensen dit wensen en aan de voorwaarden voldoen. Er bestaat dus de mogelijkheid om ook binnen de Wlz zelf zorg in te kopen.

Tabel: Zorginkoop en -verkoop binnen verschillende wettelijke kaders

	Zorgverzekeraar	Zorgkantoor	Gemeente
<i>Zorg en ondersteuning</i>	Eerste lijn curatieve zorg Tweede lijn curatieve zorg Ggz Wijkverpleging Genees- en hulpmiddelen	Intramurale ouderenzorg Intramurale gehandicapten zorg	Maatschappelijke ondersteuning Jeugdzorg
<i>Privaat- of publiekrechtelijk</i>	Privaatrechtelijk	Publiekrechtelijk, maar gemandateerd aan private verzekeraars	Publiekrechtelijk
<i>Inkoper opereert in een concurrerende omgeving</i>	Ja, verzekeraars concurreren om gunst verzekerden	Nee, regionaal werkgebied	Nee, lokale overheid
<i>Zorgverleners concurreren</i>	Ja, maar in verschillende mate	Ja, maar in verschillende mate	Ja, maar in verschillende mate
<i>Financieel risicodragend</i>	Ja, maar bij de ggz nog onzeker of en hoe snel het kan	Nee	Ja, via gemeentefonds
<i>Gebruiker/klant</i>	Patiënt/verzekerde	Cliënt/verzekerde	Cliënt/burger
<i>Niet gecontracteerde zorg/ondersteuning</i>	Restitutietarief (hoogte afhankelijk van keuze polis)	Pgb	Pgb

5.2 Wat heeft de inkoop gebracht?

Het blijkt moeilijk aan te geven welke invloed de zorginkoop heeft gehad op de ontwikkeling van een sector als geheel. Dat heeft alles te maken met de manier waarop mensen aankijken tegen wat zorginkoop is en wat eronder wordt geschaard. Dat verschilt per deelsector en binnen deelsectoren, en is ook afhankelijk van de positie die mensen hebben. Waar sommige geïnterviewden zorginkoop opvatten als het resultaat van de besprekingen met vaststelling over de hoeveelheid zorg die tegen een bepaalde prijs en kwaliteit geleverd kan gaan worden, beschouwen anderen zorginkoop als een veel ruimere activiteit die al begint met nadenken over de mogelijke en wenselijke ontwikkeling van de te leveren zorg.

Daarnaast antwoorden actoren verschillend op de vraag of zorginkoop erin slaagt om de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid te borgen. Er zijn meerdere opvattingen over wat (goede) kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid is. Deze begrippen blijken niet enkelvoudig en eenduidig. In deze paragraaf gaan we nader in op de verschillende aspecten van achtereenvolgens kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid en de relatie met zorginkoop. In de hierna volgende paragraaf besteden we apart aandacht aan pluriformiteit als vierde publiek belang.

Kwaliteit

Uit de interviews blijkt dat er verschillende opvattingen zijn over kwaliteit van zorg en welzijn. Kwaliteit is een meervoudig begrip: het gaat om medisch-professionele kwaliteit, door de patiënt ervaren kwaliteit en kwaliteit van relaties. Het gaat om kwaliteit van intenties, van processen en van uitkomsten. Met inkoop wordt in elk geval gepoogd om verschillende aspecten met betrekking tot kwaliteit te bevorderen.

Binnen de inkoop van kraamzorg worden bijvoorbeeld eisen gesteld aan werkprocessen en opleiding, terwijl binnen de inkoop van medisch-specialistische zorg wordt gestuurd op minimale volumes en het uitbannen van ongewenste praktijkvariatie. Wat opvalt is dat daar waar gestuurd wordt op kwaliteit, het vaak gaat om professionele kwaliteit, en dan vooral over werkprocessen. De verwachting is dat deze procesvereisten samenhangen met output of outcome van geleverde zorg en dat zorginkoop een positieve bijdrage kan leveren aan betere (medische) zorg door op die eindwaarden af te rekenen. Maar deze relaties zijn niet altijd onomstreden. Bij inkopers bestaat de wens om meer op uitkomsten/resultaten in te kopen, daarmee ruimte latend aan de zorgaanbieders om de manier waarop ze die resultaten willen gaan bereiken zelf in te vullen. Bij zorgverleners leeft de wens om meer naar resultaten te kijken en daarop afgerekend te worden in plaats van op procesvereisten. In de praktijk is dit lastig en vormen te behalen resultaten in de vorm van output of outcome slechts zelden de basis voor inkoopafspraken. Bij medisch-specialistische zorg wordt er gesproken over initiatieven als DICA, Meetbaar Beter voor hartzorg en Zorg voor Uitkomst van de Santeon ziekenhuizen. Deze initiatieven blijken vooralsnog een beperkte rol binnen de inkoop te spelen, maar worden in meer of mindere mate wel door zorgverzekeraars (financieel) ondersteund. Binnen de kraamzorg en de intramurale ouderenzorg speelt inkopen op uitkomsten helemaal geen rol.

Binnen de Wmo en Wlz is welzijn belangrijk. Hier gaat het over zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven. Kwaliteit en doelen zijn hier heel persoonlijk en verschillend voor cliënten. We zien dat er gemeenten zijn die via de inkoop proberen te stimuleren dat er doelen worden gesteld en dat beschreven wordt hoe deze doelen gerealiseerd worden. Aanbieders worden hier echter (vooralsnog) niet financieel op afgerekend.

De zorginkoop richt zich minder op patiënttevredenheid. Patiënttevredenheid wordt zowel door inkopers als zorgverleners heel veel gemeten. Binnen de kraamzorg vragen zowel zorgverzekeraars als aanbieders patiëntenervaringen uit. Binnen de Wmo meten gemeenten hoe individuele begeleiding wordt ervaren. In de inkoop/verkoop worden echter weinig tot geen consequenties aan de waarderingen van patiënten/cliënten verbonden. Daar waar keuzevrijheid van belang is, wordt er door inkopers wel een ruim aanbod gecontracteerd. Vervolgens kunnen patiënten/cliënten mede op basis van de informatie over tevredenheid zelf een keuze maken.

De kwaliteit van de relatie tussen een cliënt/patiënt en een zorgverlener is per definitie persoonlijk en uniek, en daarmee moeilijk mee te nemen bij de inkoop door een derde partij. Waar de ene cliënt een goede klik met een verzorgende kan hebben, kan een andere cliënt zich aan dezelfde persoon storen.

Toegankelijkheid

Ook over de verhouding tussen inkoop en toegankelijkheid bestaan uiteenlopende opvattingen. Ten eerste gaat het over wachtlijsten en de invloed die de zorginkoop hierop heeft gehad. Binnen zowel de medisch-specialistische zorg als de kraamzorg blijken er wat dit aangaat weinig problemen te zijn. Geïnterviewden geven aan dat er voldoende aanbod is en nauwelijks wachtlijsten zijn. Wel wordt er binnen de medisch-specialistische zorg gesproken over kunstmatige wachtlijsten. Dit zijn bewust door de inkoper (zorgverzekeraar) gecreëerde wachtlijsten om patiënten naar die aanbieder te kunnen sturen die volgens de inkoper doelmatiger zorg levert. Binnen de ouderenzorg blijkt de toegankelijkheid meer een issue. Hier speelt het begrip 'wens wachtend'. Cliënten kunnen binnen een bepaalde termijn – de Treeknorm – altijd naar een instelling, maar dit is niet altijd de instelling van hun voorkeur. Er zijn cliënten die er bewust voor kiezen om te wachten tot er een plek vrij is in de instelling van hun voorkeur. Volgens aanbieders biedt de huidige inkooppraktijk binnen de ouderenzorg overigens nog te weinig ruimte om te investeren en de capaciteit van populaire instellingen uit te breiden.

Ten tweede zien we toegankelijkheid in de vorm van keuzevrijheid en in de mate waarin patiënten/cliënten deze kunnen benutten. De mogelijkheden voor keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders zijn enerzijds heel groot doordat in de Zvw de mogelijkheid tot restitutie bestaat en binnen de Wlz en Wmo de mogelijkheid tot een Pgb. Anderzijds is het de vraag of cliënten/patiënten deze mogelijkheden voldoende weten te benutten. Beschikken zij over vaardigheden om goede keuzes te maken en is er voldoende aanbod? Uit de praktijkverkenning blijkt dat inkopers een rol proberen te nemen als adviseur van cliënten/patiënten en als toeleider naar zorgaanbieders. Zo zien we bij de medisch-specialistische zorg dat verzekeraars als wachtlijstbemiddelaar optreden en in de Wmo dat

sociale wijkteams deze rol op zich nemen. Zorgkantoren hopen dat zij voor keuzes in de langdurige zorg geraadpleegd worden door cliënten voor informatie en advies over geschikte locaties.

In de derde plaats heeft toegankelijkheid te maken met zorgmijders. Op basis van de interviews blijkt zorgmijding met name bij de Wmo te spelen. Het gaat hier om mensen die geen hulp (durven) vragen, terwijl het vanuit een maatschappelijke oogpunt wel wenselijk wordt geacht. Gemeenten maken binnen de inkoop afspraken met zorgverleners om deze groepen te kunnen bereiken.

Doelmatigheid (betaalbaarheid)

Het publieke belang van doelmatigheid wordt vaak vervangen door betaalbaarheid. Reden is dat het concept van doelmatigheid overlapt met de belangen kwaliteit en toegankelijkheid. Bij doelmatigheid gaat het immers om de verhouding tussen doelen en middelen. Ook doelmatigheid of efficiëntie is een meervoudig begrip. Het onderscheid tussen productie- en allocatieve efficiëntie is hier behulpzaam.

Bij productie-efficiëntie gaat het om de productie van de maximale output gegeven een bepaalde input. Voorbeelden zijn verbeteringen in het proces, het tegengaan van verspilling en het reduceren van overhead. Overall gezien, dwars door de vier deelsectoren heen en ongeacht iemands positie, deelt men de opvatting dat de efficiëntie van de productie is verbeterd. Processen zijn meer gestroomlijnd en er is minder verspilling en meer automatisering. Er wordt wel verschillend over gedacht of de zorginkoop hier ook toe heeft bijgedragen. Zorginkopers denken van wel, terwijl zorgverleners aangeven dat ze deze slag los van de zorginkoop hebben gemaakt. Er blijkt overeenstemming over te zijn dat zorgverzekeraars de kosten van hulpmiddelen, medicijnen en implantaten hebben weten te drukken. Ook gemeenten blijken bij individuele begeleiding in redelijk korte periode succesvol te zijn geweest in het verlagen van uurtarieven en daarmee lucht uit het systeem halen.

Daarentegen horen we ook dat het inkoopproces juist gezorgd heeft voor minder productie-efficiëntie en meer overhead, met name de controle erop en administratieve lasten die hieruit voortvloeien. Inkoop lijkt tot doel te zijn verheven. Het kan zelfs tot een inkoopwedloop leiden. Zowel zorgverzekeraars als zorgverleners investeren fors om het inkoop- en verkoopproces goed te kunnen voeren: er worden veel data vergaard en geanalyseerd (business intelligence), er zijn inkoop- en verkoopafdelingen opgericht, en inkopers nemen zorgverleners in dienst, en andersom blijken als reactie hierop zorgverleners inkopers in dienst te nemen. Het is de vraag of al deze inspanningen uiteindelijk ook leiden tot een hogere kwaliteit van de zorg of dat die met name gericht zijn op het versterken van relatieve onderhandelingsposities binnen het inkoopproces en zo zelfs tot een inkoopwedloop kunnen leiden. Ook in de Wlz en Wmo – waar inkoop nog maar een korte historie heeft – wordt veel geld en menskracht geïnvesteerd in de inkoop. Al lijkt het hier vooralsnog meer te gaan om het überhaupt aankunnen van het inkoopproces en de bijbehorende verantwoording van publiek geld dan om het versterken van de onderhandelingspositie.

Naast productie-efficiëntie kan ook gekeken worden naar allocatieve efficiëntie. Bij allocatieve efficiëntie gaat het erom welke zorg en maatschappelijke ondersteuning maatschappelijk ook

het meest gewenst is. Het gaat dan dus over de gewenste verdeling van collectieve middelen. Opvattingen over wat allocatief efficiënt is kunnen nogal verschillen en zijn subjectiever, maar spelen een belangrijke rol binnen de zorginkoop. In de praktijkverkenning komt dit aan de orde bij de individuele begeleiding, namelijk de substitutie van gespecialiseerde begeleiding naar de inzet van het wijkteam, de substitutie van individuele voorzieningen naar collectieve voorzieningen en het stimuleren van de inzet van het eigen netwerk. Ook via het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie binnen de ziekenhuiszorg wordt gepoogd om overbehandeling en onderbehandeling tegen te gaan en zo de allocatieve efficiëntie te verbeteren.

Samenvattend, inkoop heeft binnen de medisch-specialistische zorg, de kraamzorg en de intramurale ouderen zorg de kosten op macroniveau niet weten te verminderen. Integendeel, de kosten zijn toegenomen. Gemeenten lijken de uitgaven aan begeleiding wel binnen een korte periode teruggedrongen te hebben.

5.3 Inkoop en pluriformiteit

Uit de vorige paragraaf komt sterk naar voren dat het onzinnig is om te spreken over *de* kwaliteit, *de* toegankelijkheid en *de* betaalbaarheid in de zorg. Dit betekent dat de rol van zorginkoop evenmin enkelvoudig en eenduidig kan worden bepaald. Meurs (2016) pleit ervoor om pluriformiteit als vierde publiek belang te onderscheiden omwille van de onderkenning dat het in de zorg gaat om afwegingen maken. Zorg is niet absoluut, maar krijgt zijn beslag in een relatie tussen twee of meer personen of partijen. Naast dat zorg professioneel, maatschappelijk en politiek is, is zorg bovenal persoonlijk. Pluriformiteit als publiek belang erkent dat er verschillende opvattingen zijn over wat het goede is.

Pluriformiteit als vierde publiek belang gaat uit van variatie en verschil, als vertrekpunt én als uitkomst. In de context van deze praktijkverkenning van zorginkoop is de vraag dan in hoeverre zorginkoop recht doet aan de variatie die er in de samenleving bestaat als het gaat om zorg. Bestendigt zorginkoop die variëteit of drukt ze die de kop in?

We constateerden al dat zorginkoop geen eenduidig gedefinieerd sturingsinstrument is en dat het verschillende mechanismen op gang brengt die een sterk uniformerend karakter hebben. Hoewel er grote verschillen bestaan tussen de wettelijke kaders en deelsectoren, gaat er van zorginkoop een aantal dezelfde effecten uit. Inkoop heeft een homogeniserende werking. Het stuurt door het stellen van eisen aan standaardisatie/uniformiteit: protocollen, richtlijnen, kwaliteitssystemen, opleidingseisen, enzovoort. Het leidt tot bulkinkoop. Dit kan goed zijn wanneer standaardisatie leidt tot verbetering van bepaalde professionele kwaliteitsaspecten, maar het heeft ook andere effecten. Het kan ertoe leiden dat de dictatuur van de middelmaat zegeviert. "Niet afwijken van het programma van eisen op grond van eigen opvattingen over wat goed en gepast is, maar juist zo goed mogelijk voldoen aan de gestelde norm is dan de inzet. Een heel ander verhaal vertellen is riskant; je kunt immers dan zonder contract komen te zitten" (Meurs 2015: 23). Dat heeft te maken met het feit dat inkoop de nadruk legt op datgene dat afrekenbaar is. Er blijkt in de inkoop nauwelijks ruimte te zijn voor niet kwantificeerbaar te maken factoren. De nadruk ligt op die aspecten die zorginkopers kunnen meten en waar ze zorgverleners op kunnen afrekenen. Er wordt gewerkt met *key performance indicators* (kpi's),

en resultaten moeten SMART gemaakt kunnen worden. Daarnaast leidt inkoop wat betreft verantwoording tot een nadruk op rechtmatigheid.

In geen van de beschreven domeinen is de zorginkoopfunctie erin geslaagd om een positieve rol te spelen in het hoofd van verzekeren en patiënten. Niet dat inkoop niets ten gunste van de kwaliteit heeft gedaan; we hoorden dat inkoop een groter besef over kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling in de sectoren heeft gebracht, maar kwaliteit speelt geen rol in de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Via de zorginkoop concurrentie creëren tussen zorgverzekeraars die het verschil weten te maken is niet tot ontwikkeling gekomen. Ook constateren we dat alternatieve modellen voor zorginkoop of nieuwe/andere zorgverzekeraars niet zijn ontstaan. Tussen gemeenten is er wel degelijk diversiteit opgetreden, maar de houdbaarheid daarvan staat onder druk.

Kortom, zorginkoop heeft geleid tot standaardisering en massa-inkoop met weinig ruimte voor pluriformiteit van de zorgvraag.

5.4 Een interveniërende overheid en een driehoek die niet werkt

Met zorginkoop als sturingsmechanisme heeft de rijksoverheid de borging van publieke belangen bij andere partijen belegd: zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeenten. In de praktijk blijkt de overheid het echter lastig te vinden om niet te interveniëren. Zodra de uitgaven harder stijgen dan verwacht (hoofdlijnenakkoord), resultaten tegen lijken te vallen (geboortezorg), er calamiteiten zijn of maatschappelijke onrust ontstaat (bijvoorbeeld bij thuiszorgorganisatie TSN), zien we dat de rijksoverheid maatregelen neemt. Doordat decentrale partijen dit weten, zijn ze terughoudend met investeringen. De rijksoverheid en de landelijke politiek houden daarmee vast aan de maakbaarheid in de totale zorg. De organisatie van de zorg moet via interventies van de minister of de staatssecretaris beïnvloed kunnen worden, terwijl dat niet de gekozen inrichting is. Veel zorginkoop bestaat eigenlijk uit het uitvoeren van beleidsregels van de NZa, het invulling geven aan wensen van de minister of het naleven van bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden.

Ten slotte betreft een belangrijke bevinding uit de inkoop safari dat de rol van de inkoopende partij – de verzekeraar, het zorgkantoor en de gemeente – niet onomstreden is: de toegevoegde waarde van inkoop door een derde partij wordt betwist. Binnen de Zvw blijkt er slechts beperkt een relatie te zijn tussen het gedrag van verzekeren en zorggebruikers enerzijds en zorginkoop anderzijds. De driehoek werkt niet. Verzekeren kiezen hun verzekeraar niet op basis van de kwaliteit van de zorginkoop, maar vooral op basis van de hoogte van de premie. Patiënten en burgers zijn niet of nauwelijks betrokken bij zorginkoop.

Aan de andere kant horen we van zorgverzekeraars wel dat zij het vanuit hun maatschappelijke rol belangrijk vinden om te investeren in (innovatieve) inkoop om kwaliteit te stimuleren (denk aan prestatie-inkoop van Zilveren Kruis, het contract tussen VGZ en Bernhoven, enz.), los van de vraag of dit daadwerkelijk leidt tot een betere concurrentiepositie. Bij zorg of maatschappelijke ondersteuning die onder de Wlz of de Wmo valt, is er geen sprake van een keuze voor een zorginkoper; de intermediaire partij is immers territoriaal bepaald.

We zien 'stille' zorginkoop in een aantal domeinen een positieve rol vervullen om tot verbetering van het zorglandschap te komen. Het gaat dan om afspraken tussen inkopers en zorgaanbieders die niet direct betrekking hebben op kwaliteit, prijs of productievolume en dan ook geen (directe) gevolgen hebben voor de polis voor cliënten. Zo hebben meerjarenovereenkomsten en daarin gedefinieerde prestaties en garanties in de ziekenhuiszorg bijgedragen aan verbetering van het zorglandschap. Binnen deze trajecten zien we ook dat de rol van banken als stille innovatoren terugkomt. Bij gemeenten zien we dat zij zich hun nieuwe taak aan het toe-eigenen zijn en dat het besef groeit dat gemeenten door middel van inkoop het landschap van ondersteuning en welzijn in hun gemeenten kunnen sturen. Meer dan verzekeraars en zorgkantoren hebben zij de positie om daar hun eigen stempel op de drukken. Ten slotte de inkooprol die zorgkantoren hebben. Hun invloed op de langdurige intramurale zorg lijkt eerder afgenomen dan toegenomen sinds de inwerkingtreding van de Wlz en staat het meest ter discussie.

Literatuur

Bekkers, H. (2016). 'Gemeenten houden fors over op zorg'. *Binnenlands Bestuur* 8 april 2016. <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-houden-fors-over-op-zorg.9542137.lynkx>

Boesveld, I. (2016). *De weg naar integrale geboortezorg: bereikt het middel het doel? II*. <http://www.jvei.nl/2016/03/22/weg-naar-integrale-geboortezorg-bereikt-middel-doel-ii>

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

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

CBS Statline (2016). Centraal Bureau voor de Statistiek, <http://statline.cbs.nl/Statweb/>, geraadpleegd op 10-1-2017

De Koster, Y. (2016). 'Gemeenten verlagen eigen bijdrage Wmo'. *Binnenlands Bestuur* 21 oktober 2016. <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-verlagen-eigen-bijdrage-wmo.9550478.lynkx>

De Veer, A.J.E., W.J. Meijer en P.P. Groenewegen (1996). *Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg*. Eindrapport Project Verloskundige samenwerkingsverbanden Deel I. Utrecht: NIVEL

IGZ (2014). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg

IGZ (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen. Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Kenniscentrum Kraamzorg (2015). *Visiedocument Kraamzorg. Kraamzorg verzekerd van een goede toekomst. Rol en positionering van de kraamverzorgende in de geboortezorg keten*. Hoofddorp: KCKZ

Kraamzorgorganisatie De Waarden (2015). *Eerste uitkomsten onderzoek Kraamzorgorganisatie De Waarden*. Schoonhoven, 7 mei 2015. <https://www.kraamzorgdewaarden.nl/blog/eerste-uitkomsten-onderzoek-kraamzorgorganisatie-de-waarden>

- Loozen E., M. Varkevisser & E. Schut (2016). *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen. Het belang van markt- en mededingingstoezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
- Meurs, P. (2015). 'Alles is inkoop'. *Zorgvisie Magazine* (9), p.23
- Meurs, P. (2016). Inleiding tijdens de RVS-conferentie.
https://conferentie2016.raadrvs.nl/uploads/bestanden/Lezing_Pauline_Meurs_RVS_conferentie.pdf
- NZa (2012). *Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- NZa (2013). *Marktscan en beleidsbrief AWBZ. Weergave van de markt 2010 -2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- NZa (2015). *Quickscan en beleidsbrief. Integrale geboortezorg. Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- Nza (2016). *Marktscan van de Medisch Specialistische Zorg 2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- Nza (2016). *Vaststelling beleidsregel Integrale geboortezorg 2017*. CI/16/27c. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- NVZ (2016). *Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Olsthoorn, S. (2016). 'Minder zorg, minder omzet, ziekenhuis blij.' *Financieel dagblad* 4 maart 2016
- RVZ (2014). *De stem van verzekerden. Advies over de legitimiteit en governance van Zorgverzekeraars*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg
- Skipr (2016). *Zilveren Kruis sluit voorkeurscontracten geboortezorg*. 7 maart 2016
- SZG (2009). *Een goed begin. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
- Trouw (2014). *Uit het basispakket? Kraamzorg staat weer ter discussie*. 4 september 2014
- Van den Elsen, W. (2016). 'Kwart verpleeghuizen lijdt verlies.' *Zorgvisie* 4 jul 2016
- Van Zweden, C. (2014). 'Verloskundigen en gynaecologen nog steeds niet op één lijn.' *Nataal* juni 2014, vol. 21. <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/verloskunde/367-verloskundigen-gynaecologen-niet-op-een-lijn>

VWS (2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg 10 februari 2015. Den Haag: ministerie van VWS

VWS (2016). *Rijksbegroting 2017 xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2016/09/20/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2017>

ZIN (2015). *Kraamzorg - Verzekerd van een goed begin?* Pakketadvies, 24 maart 2015. Diemen: Zorg Instituut Nederland

Geraadpleegde deskundigen

Wout Adema	St. Antonius Ziekenhuis
Maarten Akkerman	Zilveren kruis
Hans van de Berg	BTK Kraamzorg
Hilde van Bijnen	CZ
Moniek Boer	Kraamzorg monique boer
Henk Bolhuis	Warande
Linda Boot	Pameijer
Nicole Bosman	Gemeente Almere
Gertrude van den Brink	Middin
Shireen van den Broek	CZ
Nynke Dijkstra	Gemeente Amersfoort
Peter Dohmen	Zilveren Kruis
Joas Duister	Menzis
Roland Eising	Zilveren Kruis
Olivier Gerrits	Zilveren Kruis
Joel Gijzen	CZ
Guzelien Hermans	Gemeente Almere
Margret Hink	Zilveren Kruis
Bert Holman	koepel Wmo-raden
Mark van Houdenhoven	St. Maartenskliniek
Moniek van Jaarsveld	Warande
Hugo Keuzenkamp	Westfriesgasthuis
Ab Klink	VGZ
Herm Kuipers	Gemeente Amersfoort
Martijn Laterveer	LOC
Wim van der Meeren	CZ
Jan Megens	Menzis
Ferry Middellink	Gemeente Purmerend
Corina Munts	Careyn
Hans van Noorden	VGZ
Peter van der Nulft	Gemeente Purmerend
Saskia van Opijnen	Careyn
Adrie van Osch	Brabant Zorg
Heleen Post	NPCF
Martijn Rengelink	Gemeente Almere
Gerco Rietveld	
Tim Robbe	Aboukir & Robbe Advocaten
Ad Romme	Middin
Daan Rooijmans	CZ
Anja Schouten	Zorgbalans
Henk Snapper	UMCG

Mark Spit
Peter de Visser
Stef van der Weerd
Ruben Wenselaar
Erik-Jan Wilhelm

UMCG
Incluzio
Gemeente Rotterdam
Menzis
Zilveren Kruis

Adviesvoorbereiding

De RVS heeft deze praktijkverkenning verricht als voorbereiding van een advies dat hij voorbereidt over zorginkoop en sturing. De commissie bestaat uit de Bas Leerink (commissievoorzitter), Greet Prins, José Manshanden (Raad), Bart van de Gevel, Albertine van Diepen en Willem Jan Meerding (adviseurs). De commissie wordt ondersteund door Ilona de Prieëlle.