

Op naar persoonsgestuurde zorg?

Verslag minisymposium 2 december 2016

Op naar persoonsgestuurde zorg?

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) hield op 2 december 2016 een symposium over zorginkoop, waaraan een divers publiek deelnam. Aanleiding was een de door de Raad uitgevoerde verkenning naar de werking van zorginkoop in een aantal sectoren van zorg en maatschappelijke ondersteuning. Dagvoorzitter en RVS-lid **Greet Prins** opende het symposium en RVS-voorzitter **Pauline Meurs** nam de aftrap: hoe zou zorginkoop dichterbij mensen zelf kunnen plaatsvinden?

RVS-lid **Bas Leerink** presenteerde de belangrijkste bevindingen van de zorginkoopverkenning. De Raad constateert dat in geen van de sectoren de zorginkoopfunctie erin is geslaagd om een positieve rol te spelen in de hoofden van burgers, verzekerden en patiënten. De concurrentie tussen zorgverzekeraars op basis van kwaliteit van zorg is niet van de grond gekomen. Niet dat inkoop niets voor de kwaliteit heeft gedaan, maar het speelt geen rol in de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zorginkoop heeft wel een positieve rol vervuld om tot een verbetering van het zorglandschap te komen, via meerjarencontracten en daarin gedefinieerde prestaties en garanties. Deze positieve rol blijft voor verzekerden echter onzichtbaar en komt niet in de polis terug. Op basis van de verkenning stelt de Raad dat rijksoverheid en politiek vasthouden aan een maakbaarheidsideaal in de zorg en dat veel zorginkoop eigenlijk uitvoering is van beleidsregels en bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Verder is veel zorginkoop massa-inkoop. Ook leidt het tot uniformiteit en biedt zo weinig ruimte voor pluriformiteit. Het is bovendien van middel tot doel verheven. Daarnaast legt zorginkoop de nadruk op rechtmatigheid en zet het niet in op preventie.

Vanuit het publiek werd aan de orde gesteld of inkopers het niet beter bij het financiële moeten houden. Het ontwikkelen van kwaliteit en kwaliteitsindicatoren is meer iets voor professionals. Financiering is objectief; kwaliteit is subjectief en dus moeilijker op te sturen. Bovendien letten andere partijen daar al op.

In zijn inleiding ging **Guus van Montfort** (voorzitter ActiZ/hoogleraar Universiteit Twente) in op wat de cliënt/patiënt centraal stellen echt betekent en benadrukte het belang van luisteren. Hij benadrukte de noodzaak om te leren omgaan met de variëteit onder cliënten. De groep die niet zelf regie kan/wil nemen, zal er altijd blijven, maar wordt kleiner. *Personalized medicine* en andere technologie ondersteunen patiënten. Van Montfort verwacht dat de rollen van consument en producent meer door elkaar gaan lopen en dat cliënten vaker de zorginkoopfunctie zelf gaan uitvoeren. Collectiviteiten van patiënten/cliënten samen met zorgaanbieders bieden volgens hem nieuwe mogelijkheden.

Oud ONVZ-bestuurder **Erno Kleijnenberg** blikte terug op 'nog maar' tien jaar Zorgverzekeringswet (Zvw). Dan ben je nog niet volwassen, zo betoogde hij. Inkoop heeft doorgewerkt in kwaliteitsbeleid en mensen ervan bewust gemaakt dat er kwaliteitsverschillen zijn. Indirect heeft inkoop gezorgd voor meer concentratie, samenwerking en specialisatie. Kleijnenberg constateerde dat zorgverzekeraars erin geslaagd zijn om de prijs van zorg te drukken, maar dat sturing via selectieve inkoop niet is uitgekomen. Alle zorgverleners tekenen nog de contracten. Doordat verzekeraars

omzetcontracten sluiten, kijken zij niet naar doelmatigheid per behandeling. Onderhandelen over behandelingen kunnen ziekenhuizen op dit moment niet. De verzekerde bepaalt naar welke zorgverlener hij gaat, maar het is zorgverzekeraar ONVZ in toenemende mate gelukt om vanuit een persoonlijke adviesrol verzekerden hierin te ondersteunen.

Vanuit de zaal werd ingegaan op varianten van meer sturing door cliënt/patiënt: restitutieverzekering, persoonsgebonden budget en persoonsvolgende bekostiging. In crisissituaties, bij een sterk wisselende zorgvraag en bij specialistische zorg is de zorgvraag niet (goed) in te schatten en is persoonsgestuurde zorg geen optie. Daarnaast moet beschikbaarheid anders worden georganiseerd.

In de Wmo en de jeugdzorg blijkt wel grote variëteit in inkoop te bestaan en worden vaker meerjarencontracten gesloten. Voor advocaat **Tim Robbe** zijn er drie randvoorwaarden voor persoonsgestuurde zorg: respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie en onafhankelijkheid van de zorgvrager. Hij constateerde een grote mismatch: inkopen op basis van cliëntenprofielen, terwijl cliënten zich niet laten vangen in profielen. Zorgvragers generaliseren en maatwerk willen leveren gaan niet samen. De relatie tussen cliënt en professional – wat mensen belangrijk vinden en hoe de zorgverlener hiermee omgaat – moet centraal staan en bepaalt de werkelijke kwaliteit. Nodig is: schizofreen omgaan met schaal, het prijzen van de professionaliteit, en niet de cliënt centraal stellen, maar de relatie tussen cliënt en professional.

Volgens Inluzio-directeur **Peter de Visser** begint de praktijk van de decentralisatie bij de individuele cliënt. Persoonsgestuurde zorg is 'doen wat nodig is' en dat kan ook wanneer de zorg collectief wordt ingekocht bij één aanbieder. Het gaat erom dat cliënt en professional overeenstemming hebben over waar het heen moet. Door het combineren van toegang en uitvoering kan op effectiviteit worden gestuurd. Geef professionals hierbij vertrouwen in plaats van te sturen op controle. Door eens in de paar jaar te kijken of een andere partij het beter kan – met hetzelfde contract – blijft er een stok achter de deur om te presteren.

Per-Saldo directeur **Aline Molenaar** riep in haar betoog op nu echt van systemen naar mensen te gaan. Veel patiënten zijn genoodzaakt om een pgb aan te vragen omdat in de reguliere zorg te weinig mogelijkheden zijn voor eigen regie van patiënten: kiezen van wie je zorg krijgt, hoe laat je zorg krijgt en op welke plek, en of je zorg op afroep wilt. Wanneer een patiënt/cliënt niet alles hoeft te regelen, zoals bij persoonsvolgende bekostiging (pvh), komt de vraag centraal te staan: wat heb ik nodig en wie kan dat regelen? Als randvoorwaarde stelde ze: onafhankelijke indicatiestelling (met maatwerk als een indicatie, eventueel omgezet in een geldbedrag); keuzevrijheid in financieringsvorm voor de patiënt; toerusting van de patiënt om met de organisatie om te gaan.

Met de aanwezigen werd gediscussieerd over de vraag waarop gemeenten zouden moeten inkopen. Gemeenten hebben veel ruimte om daaraan zelf invulling te geven. Waar de één benadrukt dat keuzevrijheid gaat over wie er bij de cliënt thuiskomt en diversiteit van het zorgorganisaties er niet toe doet, zijn anderen voor het behoud van keuzevrijheid van aanbieders. Elke aanbieder heeft een eigen filosofie en past andere methodes toe. De discussie spitste zich toe op de vraag wát gemeenten dan precies moeten inkopen: input, output, resultaat of prestatie? Van belang is dat gemeenten loskomen van het denken in producten. De één pleit voor inkoop van uren professionele deskundigheid, waarbij professionals samen met cliënten bepalen wat er nodig is en er vervolgens

wordt betaald wat het daadwerkelijk gekost heeft – uiteindelijk gaat het toch om de cao-lonen, en bij dagbesteding kan het aantal uren gewoon relevant zijn. De ander wijst juist inkoop op uren af, want dan krijg je uren, terwijl dit niets zegt over kwaliteit. Persoonsgestuurde zorg kan via een brede basisvoorziening, zonder eigen betaling en zonder indicatie. Een collectief budget bijvoorbeeld per team of gebied geeft een prikkel voor preventief werken en het anders doen. Toeleiding tot zorg heeft een sleutelrol. Waar de één toeleiding/indicatie en zorg wil scheiden, is de ander er juist voorstander van om dit te combineren.

De middag werd besloten met een discussie van panelleden **Aline Molenaar, Kees van der Burg** (DG op het ministerie VWS) en **Jan Telgen** (hoogleraar Universiteit Twente).

Waar liggen nu al mogelijkheden voor burgers om zelf te sturen in de organisatie van zorg en welzijn?

Met de komst van de nieuwe stelsels zijn er elementen die burgers in staat stellen om datgene te krijgen wat zij nodig hebben om goed te functioneren. Denk aan het keukentafelgesprek, indicatie op afstand, de introductie van cliëntenondersteuning in de Wlz, de buurtteams en huisbezoeken. In Woerden en Delft worden pilots uitgevoerd met het integraal pgb, en in Limburg en Rotterdam met pvb voor meer zelfsturing door burgers. Uit onderzoek naar de relatie tussen inkoopproces en opdrachtgeverschap in gemeenteland blijkt dat er verschillende modellen voor opdrachtgeverschap zijn. Gemeenten hebben daar beperkte kennis van en komen per toeval bij een bepaald model uit. Voor de curatieve zorg zijn in het verleden pilots uitgevoerd waarbij diabetespatiënten zelf zorg inkochten, maar voor ingewikkelde operaties werkt zo'n inkoopmodel niet. Wat betreft bejegening, inkoop en toeleiding kan de cure nog veel van de care leren. Opgemerkt werd dat verzekeren geen prikkel hebben om de kosten te beheersen. De pilots in Woerden en Delft leren dat cliëntondersteuning, casemanagers en relevante keuze-informatiewebsites nuttig en nodig zijn voor cliënten om tot een goede keuze te kunnen komen voor de voor hen juiste aanbieder.

Er ontstond een discussie over de functie en de noodzaak van een objectieve indicatiestelling door een onafhankelijke partij. Binnen de care is dit gebruikelijk, terwijl binnen de curatieve zorg dit niet gebeurt. Als argumenten voor een onafhankelijke indicatiestelling gelden: het beheersen van de kosten, het versterken van de positie van de cliënt/patiënt en het feit dat anders de verwijzing afhankelijk is van het frame of reference van de professional. Een nadeel van onafhankelijke indicatiestelling is dat het claimedrag en bureaucratie in de hand werkt.

Gaat persoonsgestuurde zorg en ondersteuning samen met een collectieve financiering?

Doelmatiger werken op microniveau hoeft niet te leiden tot kostenbesparing op macroniveau. Zo heeft de introductie van het pgb niet geleid tot minder zorg in natura. Het blijft daarom nodig om op macroniveau zorg en ondersteuning zo te organiseren dat de kosten beheersbaar blijven. Daarnaast is differentiatie belangrijk. Sommige cliënten/patiënten kunnen uit de voeten met persoonsvolgende bekostiging, maar er zijn er ook die het niet kunnen en/of willen. Quasi-collectieve arrangementen blijven dus nodig.

Hoe ziet de rol van zorginkopers er over tien jaar uit?

Genoemd werd dat de rijksoverheid debet is aan de wildgroei van inkoopovereenkomsten en aanbestedingsmodellen, waardoor elke gemeente een eigen procedure heeft. Zorginkoop is een vak in ontwikkeling. De meeste zorginkopers komen uit de zorg en de verbinding met inkoop is vaak nog zwak. Volgens sommigen wordt de inkooprol in de toekomst ingewikkelder, maar blijft de

functie nodig. De inkoper zal naast de cliënt moeten opereren en kijken wat die nodig heeft en dan ook moeten kijken naar andere stelsels. Inkopers ontkomen dan niet aan de organisatie van ketenzorg (dat zou niet tot stand komen bij volledige pvb). Inkopers moeten twee belangen verbinden: het cliëntenperspectief op microniveau en beheersing van de kosten op meso- en macroniveau. Terwijl op microniveau de organisatie dan gaat verschuiven, moeten op macroniveau bijvoorbeeld zeer specialistische zorg en crisisopvang ingekocht blijven worden. Maar ook daar kan meer te rade worden gegaan bij patiënten/cliënten.