

Kennissynthese bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg

In het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek-kennisagenda

Rob Timans
Anne Willems
Madelon Kroneman
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Januari 2024

ISBN 978-94-6122-839-0

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In deze kennissynthese hebben we de stand van zaken omtrent kennis over bekostiging van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in kaart gebracht. De kennissynthese is één van de drie kennissyntheses over domeinoverstijgend samenwerken die geschreven zijn in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De andere twee syntheses zijn gemaakt door het RIVM en Vilans.

We willen graag onze respondenten bedanken voor hun enthousiasme en bereidheid om hun ervaringen over bekostiging van samenwerkingsverbanden met ons te delen. Ook willen we het RIVM en Vilans bedanken voor de prettige samenwerking.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Doel- en vraagstelling	8
1.2 Uitgangspunten en afbakening kennissynthese	9
1.3 Leeswijzer	11
2 Methode	12
2.1 Belemmeringen in kaart	12
2.2 Alternatieve bekostigingsmodellen	12
2.3 Uiteindelijke synthese	13
3 Ervaren knelpunten in bekostiging	14
3.1 De vijf geselecteerde projecten met regionale domeinoverstijgende samenwerking	14
3.2 Problemen met bekostiging door zorgverzekeraars en gemeenten	17
3.3 Problemen door onmogelijkheid van bekostiging vanuit meer dan één wet	20
3.4 Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor domeinoverstijgende zorg en preventie op groepsniveau	22
3.5 Overzicht problemen en oplossingen van de onderzochte projecten	24
4 Alternatieve bekostigingsmodellen	25
4.1 Literatuur scan	25
4.2 Huidige bekostigingsmodellen staan samenwerking vaak in de weg	25
4.3 Toepasbaarheid in de praktijk in Nederland	29
5 Hoe nu verder?	35
Literatuur	41
Bijlage A Methoden	44
A.1 Literatuurscan	44
A.2 Interviewprotocol	44
A.3 Lijst van geïnterviewde personen en geraadpleegde experts	47

Samenvatting

Eén van de veranderrichtingen om de zorg toekomstbestendig te maken is het regionaal domeinoverstijgend organiseren van zorg en ondersteuning. De huidige bekostiging, die is opgesplitst in Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz), leidt echter tot knelpunten in de totstandkoming en uitvoering van domeinoverstijgende samenwerking. Het doel van deze kennissynthese is dan ook om inzicht te krijgen in deze knelpunten en om reeds gevonden en mogelijke toekomstige oplossingen in kaart te brengen. We hebben dit gedaan door middel van interviews met direct betrokkenen van vijf projecten met domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast is een scan gemaakt van recente (inter)nationale literatuur over alternatieve bekostigingsmodellen. De belangrijkste bevindingen, dan wel het gehele rapport, zijn voorgelegd aan een aantal experts die ervaring hebben met domeinoverstijgende bekostiging. Zij hebben middels overleg, of schriftelijk gereageerd. Hun input is meegenomen in de finale kennissynthese.

Ervaren knelpunten en gevonden oplossingen in de praktijk

Er worden knelpunten ervaren met het verrekenen van de inzet van domeinoverstijgende zorg tussen samenwerkende organisaties, bij de bekostiging vanuit zorgverzekeraars en gemeenten, in situaties waarin (tijdelijk) zorg vanuit meer dan één domein geïndiceerd is, en bij de bekostiging van preventie.

In Tabel 1 staan de in de praktijk ervaren bekostigingsproblemen en de oplossingen die daarvoor gevonden zijn benoemd.

Tabel 1 *Ervaren bekostigingsproblemen en gevonden oplossingen*

Ervaren probleem	Gevonden oplossing
De Zvw is strak en biedt weinig tot geen ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders	Analyse die aantoonde dat nieuwe werkwijze kosten bespaart, waarna bekostiging uit Zvw mogelijk was
Verschil in interpretatie van de Zvw tussen zorgverzekeraars, waardoor de ene verzekeraar soepeler is in het vergoeden van domeinoverstijgende werkzaamheden dan de andere	Het helpt om een vertrouwensrelatie met de financier op te bouwen. Langdurige samenwerking en onderling vertrouwen vergemakkelijkt de onderhandelingen aanzienlijk
De overstap tussen Zvw / Wmo naar Wlz levert problemen op in de continuïteit van zorg	Afspraken tussen partijen waardoor zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz gecontracteerd worden
Consultatie zorgverlener vanuit Zvw bij langdurige zorg uit Wlz is niet mogelijk	Geen structurele oplossing Wordt vooralsnog bekostigd door aan het project deelnemende zorgaanbieders in combinatie met subsidies
Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor preventie	Geen structurele oplossing De projecten op het gebied van preventie worden bekostigd vanuit subsidies
Grote verschillen in budgetten van gemeenten/ (voorzien) financiële problemen bij gemeenten waardoor domeinoverstijgende samenwerking niet in alle betrokken gemeenten even goed van de grond komt	Geen structurele oplossing
Verrekenen van inzet van zorgverleners die op loonlijst van zorginstellingen staan voor project voor domeinoverstijgende samenwerking	Eén van de zorginstellingen heeft de functie van kassier die deze inzet verrekent

Alternatieve bekostigingsmodellen

De meest gangbare bekostigingsmodellen in Nederland zijn de Fee-for-Service (FSS) en Diagnosis Related Groups. Een nadeel van deze modellen is dat ze zorg zien als een prestatie verleend door één zorgverlener die aan één patiënt toe te rekenen is. Dat is niet bevorderend voor domeinoverstijgende samenwerking. Alternatieve bekostigingsmodellen zoals capitation en (populatie)budgetten kunnen wel beter ingericht worden voor domeinoverstijgende samenwerking, maar invoering van deze modellen in het huidige stelsel is niet snel te regelen.

Wat kunnen financiers en beleidsinstanties doen?

- Zorg aan naasten / netwerk mogelijk maken. Naast cliëntvolgende financiering kan het mogelijk gemaakt worden om ook zorg te bekostigen die niet direct toe te schrijven is aan een individuele cliënt.
- Zorg voor bekostiging van overlegstructuren en andere relevante niet-clientgebonden activiteiten. Dit vergt wel een vorm van vertrouwen in de betreffende zorg- en hulpverleners dat het geld goed besteed wordt. Er wordt nu al gewerkt aan het creëren van nieuwe betaaltitels die het gemakkelijker maken om in bepaalde gevallen overleg direct te bekostigen, maar dit zou een meer structureel en algemeen karakter moeten krijgen.

- Bekostiging op langere termijn uit de subsidiesfeer halen. Continuïteit van projecten is een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Financiers hebben soms mogelijkheden om budget ter beschikking te stellen vanuit innovatiepotjes of experimenten van zorgverleners te bekostigen. Er moet dan ook meteen oog zijn voor de langere termijn: bij bewezen succes van een domeinoverstijgend initiatief moet structurele financiering van meet af aan het doel zijn.
- Deels overlappende bekostiging bij overgang naar een ander wettelijk regime zou overgang voor cliënten en eventuele mantelzorgers soepeler maken. Zo kunnen zij bijvoorbeeld hun vertrouwde zorgverlener behouden. Dit draagt bij aan continuïteit van de zorg.

Wat kan een samenwerkingsnetwerk van zorgverleners zelf doen?

- Toon aan dat het domeinoverstijgende initiatief kostenbesparend werkt, eventueel aan de hand van concrete voorbeelden / casussen. Financiers zoals zorgverzekeraars moeten overtuigd worden van de meerwaarde van het project.
- Klein beginnen. Probeer financiers mee te krijgen om een klein project te bekostigen om te kijken of de aanpak werkt. Dat houdt het overzichtelijk en de risico's voor de financier zijn beperkt.
- Een kleiner begin heeft ook als voordeel dat ervaring opgedaan kan worden met declareren en toerekening binnen de verschillende wetten. Vanuit een beginbudget kan dan achteraf bepaald worden waar kosten verhaald kunnen worden.
- Initiële bekostiging van een project vereist derhalve een investering van zorgverleners en financiers, zowel financieel als sociaal. Vanuit deze samenwerking moet de bekostigingsnoodzaak en -behoeftes in een vroeg stadium gesignaleerd worden aan instanties zoals het Zorginstituut en de NZa, zodat zij mogelijkheden hiertoe kunnen creëren. Daarbij zou het helpen als er een duidelijk bekostigingstraject zou zijn waar initiatiefnemers mee aan de slag kunnen. Dat is vooral ook belangrijk omdat het nogal veranderlijk is wat mogelijk is. Het lijkt erop dat een goed overzicht van de mogelijkheden daarom nu wel eens ontbreekt.

Denken vanuit de patiënt

- De huidige bekostigingssystematiek is sterk gericht op individuele zorgdiensten, maar ook op gezondheidsproblemen van individuele mensen. Vanuit de Zvw en Wlz vindt bekostiging van zorg plaats nadat een verzekerde 'schade' heeft opgelopen. Er wordt nog te weinig vanuit de cliënt en diens welzijn gedacht, waardoor creatieve oplossingen voor bekostiging niet mogelijk zijn.

Tot slot

Binnen de huidige wettelijke kaders zijn er mogelijkheden voor domeinoverstijgende bekostiging. Iedere actor (zorgverlener, betaler, wetgever/toezichthouder) heeft hierin een rol. Leren van elkaar (best practices) en vertrouwen in elkaar lijken hierbij van belang. Binnen de huidige wettelijke kaders, en dan met name binnen de Zorgverzekeringswet, wordt al hard gewerkt aan opties voor domeinoverstijgende bekostiging. Als de zorg over meerdere wettelijke kaders verdeeld is, kan een aanvullend bekostigingssysteem wellicht een oplossing zijn, waarbij de vraag beantwoord moet worden of dit op regionaal of nationaal niveau geregeld moet worden.

1 Inleiding

De houdbaarheid van onze gezondheidszorg staat steeds meer onder druk. Dit komt bijvoorbeeld door een stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte, schaarste aan zorgpersoneel en stijgende zorgkosten. Om te voorkomen dat het zorgstelsel onhoudbaar wordt is het noodzakelijk om de zorg anders te organiseren. Dit is het uitgangspunt van de beweging ‘de Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (JZOJP).

Het idee van de JZOJP is om zorg rondom mensen te organiseren, vanuit drie uitgangspunten: het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (zo veel mogelijk dicht bij huis, maar wat verder weg als dat nodig is om bijvoorbeeld expertise te waarborgen), en het vervangen van zorg door slimme zorg en e-health in te zetten. Het doel is het verbeteren van het functioneren van mensen en het betaalbaar houden van de zorg (Taskforce JZOJP, 2018). Binnen het kader van de JZOJP worden er op verschillende plekken in het land initiatieven ontplooid om de zorg toekomstbestendig te maken. Partijen binnen en buiten de zorg werken binnen deze initiatieven samen om door het voorkómen, verplaatsen en vervangen van zorg het zorgstelsel toekomstbestendig te maken. Deze initiatieven hebben inzicht opgeleverd in de mogelijkheden, maar ook in de belemmeringen op weg naar deze transformatie. De kennis daarover is echter nog gefragmenteerd, er is nog weinig zicht op wat (niet) werkt, en waarom.

In de kennisagenda ‘Zorg en ondersteuning op de juiste plek’ van het Kennisplatform Juiste Zorg op de Juiste Plek worden daarom tien kennisthema’s gepresenteerd (Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek 2022). Deze thema’s geven aan waarover kennis nodig is of ingezet moet worden om de JZOJP vorm te geven en te organiseren.

Eén van de kennisthema’s betreft de financiering en bekostiging. Terwijl financiering vooral gaat over de bekostiging van het zorgstelsel (macroniveau), gaat bekostiging over de manier waarop zorgaanbieders (het meso niveau) vergoed worden voor hun werk (Hayen 2021). Juist daarop richten wij ons hier. Zaken die meer met financiering te maken hebben, zoals financiële (macro)kaders voor de stelselwetten en risicoverevening, laten we buiten beschouwing.

Voor het ondersteunen van langdurige samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen binnen en buiten de zorg is het nodig om zicht te krijgen op de belemmeringen en mogelijkheden van de huidige bekostigingsmodellen en hoe deze eventueel moeten veranderen om domeinoverstijgende zorg mogelijk te maken. Nieuwe manieren van bekostiging zouden meer passend kunnen zijn om de doelen van de JZOJP te bereiken. In deze kennissynthese brengen we in beeld wat er op dit moment bekend is over de mogelijkheden en belemmeringen van de huidige modellen, de alternatieven daarvoor en wat we kunnen leren van de ervaringen van bestaande projecten en initiatieven.

1.1 Doel- en vraagstelling

Doel van de kennissynthese is inzichtelijk te maken wat globaal de stand van kennis is over bekostigingsmodellen, waar die kennis beschikbaar is, hoe die over te dragen valt naar de JZOJP-praktijk en hoe deze kennis van nut kan zijn voor de implementatie van juiste zorg op de juiste plek in regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Aan de hand van het model van het zorgstelsel weergegeven in Figuur 1 kijken we naar de rol die verschillende actoren hierin kunnen spelen.

Vanuit diverse initiatieven komen signalen dat de huidige bekostigingsstructuur niet aansluit bij de doelstellingen van de JZOJP. We starten daarom met een inventarisatie van de knelpunten die

gesignaleerd worden in deze projecten. Vervolgens bekijken we welke alternatieve bekostigingsmodellen er zijn en of deze toegepast of toepasbaar zijn voor de JZOJP. Uiteindelijk willen we inzicht krijgen in welke elementen een bekostigingsmodel moet bevatten om de JZOJP-doelstellingen te kunnen realiseren.

Samengevat luiden de onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de belangrijkste knelpunten van de huidige bekostigingsmodellen als het gaat om het behalen van de JZOJP-doelen?
2. Wat is er bekend over de opzet en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen?
3. Welke elementen bevat een bekostigingsmodel dat passend is voor de doelstellingen van de JZOJP, en hoe zou een dergelijk bekostigingsmodel toegepast kunnen worden in de praktijk?

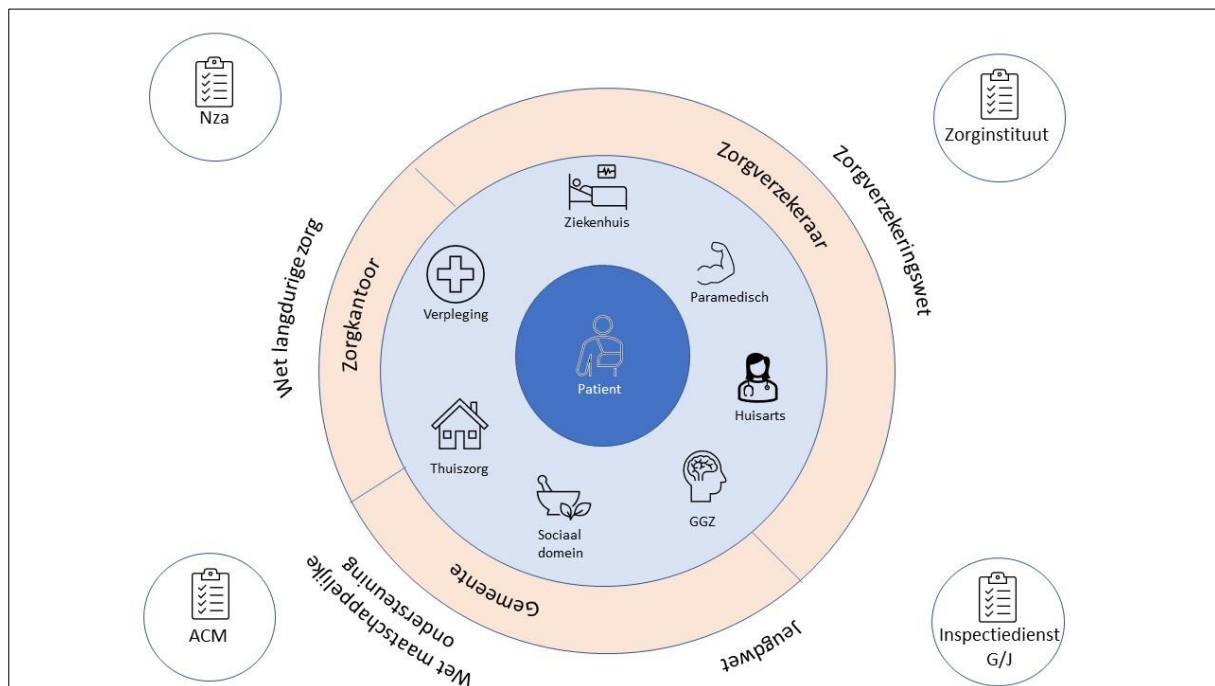
1.2 Uitgangspunten en afbakening kennissynthese

De kennissynthese is gemaakt door middel van een samenwerking tussen wetenschap en professionele praktijk en is gericht op de praktijk en op kennisbenutting. Zowel wetenschappelijke kennis als praktijkkennis en -ervaringen op het vlak van JZOJP worden meegenomen. Het gaat hier dus niet om een systematische review van de literatuur, maar om een (meer beperkte) kennissynthese, die uit de volgende onderdelen bestaat:

- a. Overzicht van beschikbare (inter)nationale kennis, met onderbouwing uit onderzoek, praktijk of ervaring.
- b. Analyse en duiding van deze kennis en de betekenis en mogelijke toepassingen ervan voor het regionale JZOJP-veld.
- c. Duiding van de kansen en belemmeringen.
- d. Aanbevelingen voor mogelijke vervolgacties en welke partij(en) die acties op kan pakken.

We gaan daarbij uit van een model van het zorgstelsel met de verschillende partijen die betrokken zijn bij het bekostigingsvraagstuk (figuur 1).

Figuur 1 Model van het zorgstelsel. De nadruk ligt op de partijen die een rol spelen in het bekostigingsvraagstuk



Het model gaat uit van een opbouw met verschillende ‘schillen’ waarmee de gelaagde structuur van de bekostigingssystematiek van het Nederlandse zorgstelsel gevisualiseerd wordt. De patiënt staat centraal, en daarom heen zijn zijn verschillende partijen actief. Zorgverleners en financiers (zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) bevinden zich in respectievelijk de tweede en derde schil. De relatie tussen deze twee partijen staat centraal in veel bekostigingsproblemen. Dat komt mede doordat het kader waarbinnen de partijen handelen door verschillende wetten wordt geregeld. Voor deze kennissynthese vatten we deze verschillende wettelijke kaders op als verschillende domeinen. Domeinoverstijgende samenwerking wil hier dan ook zeggen: samenwerking tussen partijen waarvan de hoofdactiviteiten vanuit verschillende wettelijke kaders bekostigd worden. Diverse instanties (zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit Consument en Markt en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) zorgen voor toetsing en toezicht op de naleving van de wetten.¹ Met behulp van dit model kunnen we de kansen en belemmeringen van de verschillende alternatieve bekostigingsmodellen duiden en aangeven in welke ‘schil’ er welke veranderingen nodig zijn om de doelen van de JZOJP te behalen.

De doelen van de JZOJP identificeren we in dit onderzoek als het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking op lange termijn, het stimuleren van experimenteren en innoveren, het opschalen van succesvolle innovaties, het bevorderen van multidisciplinair overleg, het opzetten van gemeenschappelijke kaders (zoals een kwaliteitsbeleid) en van gezamenlijke scholingsmogelijkheden (Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek 2022, p16-7).

¹ <https://www.nza.nl/onderwerpen/regionale-experimenten>; <https://www.acm.nl/nl/publicaties/ruimte-voor-samenwerking-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>; <https://www.igi.nl/onderwerpen/zorgnetwerken>

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de toegepaste onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 3 bespreken we de belangrijkste knelpunten die in de praktijk ervaren worden in de bekostiging van regionale domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast komen gevonden en voorgestelde (mogelijke) oplossingen aan bod. In hoofdstuk 4 richten we ons op de beschikbare (inter)nationale kennis over alternatieve bekostigingssystemen vanuit recente wetenschappelijke en grijze literatuur en bespreken we de mogelijke toepassingen ervan voor het faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking. In hoofdstuk 5 worden de resultaten bij elkaar gevoegd, samen met de reflecties van de geraadpleegde experts. We kijken vooral naar mogelijke vervolgacties en welke partijen die acties op kunnen pakken.

2 Methode

In dit hoofdstuk beschrijven we wat we in de diverse stappen van het onderzoek gedaan hebben.

2.1 Belemmeringen in kaart

De eerste stap van dit onderzoek bestond (ter beantwoording van onderzoeksvraag 1) uit het in kaart brengen waar precies de belangrijkste praktische belemmeringen zitten die de huidige bekostigingsstructuur opwerpt. We hebben daartoe informatie bekeken van vijf domeinoverstijgende initiatieven die mee hebben gewerkt aan een eerder onderzoek van het RIVM (zie hiervoor de kennissynthese van het RIVM) en die melding maakten van problemen met de bekostiging. We beperkten ons daarbij tot projecten die:

- Domeinoverstijgend zijn: het betreft een langdurige samenwerking tussen organisaties uit minimaal twee domeinen met de ambitie om zorg en ondersteuning te verbeteren / veranderen in een bepaald gebied in Nederland.
- Expliciet bekostiging identificeren als een belemmering bij het behalen van de doelstellingen of het continueren van het project of initiatief na afloop van subsidiëring.

Het RIVM heeft bij contactpersonen van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden uit haar netwerk nagevraagd of men openstond voor deelname aan het huidige onderzoek van het Nivel. In totaal reageerden twaalf contactpersonen op de oproep. Na het bekijken van de informatie over de initiatieven op websites hebben we vervolgens zes projecten geselecteerd die het meest relevant waren in het kader van ons onderzoek. Vijf contactpersonen hebben gereageerd op onze uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. Voor het verkrijgen van aanvullende informatie over de ervaren bekostigingsproblemen en mogelijke gevonden oplossingen hebben we vanuit alle vijf projecten een projectleider of andere direct betrokkene geïnterviewd. De interviews vonden plaats aan de hand van een kort semi-gestructureerd protocol. Het protocol (zie Bijlage A2) is opgezet met als doel te achterhalen in welke mate de huidige bekostigingsmodellen aansluiten bij de doelen van de JZOJP.

2.2 Alternatieve bekostigingsmodellen

De tweede stap bestond uit het verkennen van alternatieve bekostigingsmodellen. We hebben een scan van de (internationale) literatuur uitgevoerd om de kenmerken te achterhalen van bekostigingsmodellen die mogelijk een oplossing bieden voor de nadelen van de huidige modellen. We zochten in de literatuur naar in de praktijk gebruikte bekostigingsmodellen en hun voor- en nadelen. Vanwege de korte duur van het project voerden we een beperkte scan van de literatuur uit: we beperkten ons tot bijdragen over bekostigingsmodellen in de zorg die verschenen zijn sinds 2018 (het startpunt van de JZOJP, zie Taskforce JZOJP 2018). We hebben daarbij in eerste instantie gelet op overzichtsartikelen en veel geciteerde artikelen in peer reviewed tijdschriften.

Om de literatuur voor de scan te selecteren hebben we gebruik gemaakt van de PubMed en World of Science (WoS) databases. We hebben onze zoekopdracht beperkt tot Engelstalige artikelen verschenen van 2018 tot en met 2023. In oktober 2023 hebben we een aantal combinaties van zoektermen getest in beide bronnen. In onderling overleg hebben de auteurs gekozen voor de in de

bijlage A1 weergegeven combinatie van zoektermen. Deze combinatie leverde 145 artikelen op in PubMed en 182 artikelen in WoS. Na ontubbeling van de resultaten bleven 158 unieke artikelen over. Twee auteurs (AW en RT) hebben deze lijst onafhankelijk van elkaar bekeken door titel en abstract van de artikelen op de lijst te lezen. Artikelen werden op basis daarvan ingedeeld als relevant / mogelijk relevant / niet relevant. Vervolgens werden beide lijsten in twee rondes vergeleken. In de eerste ronde was er overeenstemming over 10 artikelen die door beide auteurs relevant werden geacht. In de tweede ronde werd gekeken naar de gedeeltelijk overlap (relevant / mogelijk relevant) en de verschillen. In onderling overleg zijn op basis daarvan nog acht additionele artikelen geselecteerd, waarmee er 18 artikelen meegenomen zijn voor de scan.

We hebben deze artikelen integraal doorgenomen. Deze selectie is aangevuld met bijdragen uit de grijze literatuur en aanvullende relevante literatuur die gevonden is in de referenties van de geselecteerde artikelen. De grijze literatuur is gevonden door zoekopdrachten uit te voeren in Google en Google Scholar met de naar het Nederlands vertaalde zoektermen.

2.3 Uiteindelijke synthese

In de derde stap hebben we de bevindingen van de interviews en de scan voorgelegd aan een aantal experts die betrokken zijn (geweest) bij domeinoverstijgende projecten. We vroegen hen om schriftelijk of, indien gewenst, door middel van een overleg commentaar te geven op onze bevindingen. In totaal hebben we vier experts om hun commentaar gevraagd, waarvan er drie tijdig gereageerd hebben. Op basis van de inschatting van deze ervaringsexperts hebben we de bevindingen waar nodig genuanceerd en/of uitgebreid. Op deze manier hebben we een synthese gemaakt van academische- en praktijkkennis.

3 Ervaren knelpunten in bekostiging

In dit hoofdstuk geven we kort de belangrijkste achtergrondinformatie over de geselecteerde projecten weer en bespreken we de knelpunten in de bekostiging die aan bod zijn gekomen in de interviews. Ook gaan we in op oplossingen die in de praktijk zijn gevonden dan wel voorgesteld worden om de bekostigingsproblemen op te lossen.

Uit de beschikbare documentatie en de interviews met sleutelfiguren verbonden aan de vijf geselecteerde projecten komen knelpunten in de bekostiging die leiden tot problemen op verschillende schillen in het eerder beschreven model (Figuur 1) naar voren.

3.1 De vijf geselecteerde projecten met regionale domeinoverstijgende samenwerking

Informatie over de vijf selecteerde projecten, de betrokken partijen en projectdoelen staat beschreven in kader 1. Het betreft twee brede regionale projecten die de gezondheid van alle inwoners van een bepaalde regio beogen te bevorderen en drie projecten die zich op zorg en ondersteuning voor een specifieke doelgroep richten. Onder de noemer van de twee brede projecten worden meerdere afgebakende projecten uitgevoerd die focussen op bepaalde thema's en/of doelgroepen.

Kader 1 De vijf onderzochte projecten in het kort

De vijf projecten

Twentse Koers

De Twentse Koers is een strategische samenwerking tussen de veertien Twentse gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, SamenTwente, provincie Overijssel samen met meer dan 300 andere partners zoals zorgaanbieders, welzijnsstichtingen, huisartsen en schuldhulpverleningsorganisaties. Doel is het realiseren van een integraal, passend en houdbaar aanbod van zorg en ondersteuning in Twente en daarmee het vergroten van de gezondheid, de kwaliteit van leven en het welzijn van de inwoners. Onder de Twentse koers vallen 24 projecten, verdeeld over verschillende themalijnen zoals ouderen, mentale gezondheid, bestaanszekerheid en preventie en gezondheid. Voor het onderzoek hebben we ons met name gericht op het project 'Samen indiceren'. Wijkverpleegkundigen en Wmo-consulenten werken in dit project samen bij stellen van een indicatie voor Wmo-ondersteuning. Daarbij stelt de wijkverpleegkundige, die de situatie van de cliënt vaak al goed kent, het Wmo-ondersteuningsplan op. De Wmo-consulent neemt het besluit en verzorgt de beschikking. Naast informatie over de bekostiging van 'Samen indiceren', zijn in het interview ook bekostigingsproblemen aan bod gekomen die bij meerdere andere projecten spelen. Website: Twentse Koers - Samenwerking van de zorg in Twente.

De Friese Preventieaanpak

De Friese Preventieaanpak (FPA) is een overkoepelende beweging in Fryslân waarin partners in gezamenlijkheid werken aan de ambitie: Een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân. Het programma is in 2020 gestart naar aanleiding van het Nationaal

Preventie Akkoord. De governance van de FPA wordt uitgevoerd door de partijen die systeemverantwoordelijkheid hebben voor preventie. Dit zijn de 18 Friese gemeenten en GGD (als dienst van de gemeenten), diverse (zorg)partners en De Friesland als preferente zorgverzekeraar in Fryslân. Daarnaast speelt netwerksamenwerking met de partners een grote rol. De FPA wil gezond leven in alle levensfasen mogelijk maken. Daarbij is er aandacht voor allerlei factoren die daarmee samenhangen zoals leefomgeving, opvoeding, financiën, zorg/voorzieningen. Preventie wordt breed opgevat: van voorkomen dat..., tot voorkomen van erger. De FPA werkt verbindend en verrijkend met betrekking tot al eerder bestaande (leefstijl)programma's, wat leidt tot een groter positief effect en meer efficiëntie. Website: - Friese Preventieaanpak.

Hulp bij Dementie Midden-Limburg

Hulp bij Dementie Midden-Limburg is een samenwerkingsverband met 14 participerende organisaties waarmee een convenant is ondertekend. De samenwerkende organisaties zijn beide ziekenhuizen in Midden-Limburg (ML), drie VVT-organisaties, Alzheimer Nederland, vier welzijnsorganisaties, zorgverzekeraar VGZ, twee GGZ-organisaties, Meditta huisartsen-organisatie ML en vier welzijnsorganisaties. Ook wordt samengewerkt met alle zeven gemeenten van ML, patiëntenorganisaties, vrijwilligerswerk, mantelzorgondersteuners, Alzheimer Centrum Limburg en Maastricht UMC, woningcoöperaties, maatschappelijk werk, GGD, dagactiviteiten, verenigingen, dagbestedingen, dagbehandelingen en het totaal aan algemene voorzieningen dat beschikbaar is in een wijk of gemeente. Hierbij staat de cliënt met dementie en zijn omgeving centraal. Casemanagers, gekoppeld aan huisartsenpraktijken, fungeren als vast aanspreekpunt voor de cliënt en betrokken naasten en organiseren en coördineren zorg en hulp. De inzet is breed gericht op zelfstandig thuiswonen, ondersteuning bij activiteiten en sociale contacten en alle zorg en begeleiding, die nodig is om kwetsbaarheid ten gevolge van de ziekte te voorkomen, verminderen of te compenseren voor de cliënt en zijn omgeving. Begeleiding en ondersteuning is uitdrukkelijk ook gericht op partner, familie en andere betrokkenen. Ketenregisseurs sturen de casemanagers aan en zorgen voor algemene afstemming tussen de betrokken instanties. Website: Home - Hulp bij Dementie.

Dementienetwerk Breda en omgeving

Het Dementienetwerk Breda en omgeving is een samenwerkingsverband tussen aangesloten gemeenten, een ziekenhuis, twee huisartsengroepen, acht zorginstellingen, Alzheimer Nederland en GGD West Brabant. Daarnaast is er samenwerking met een organisatie voor dagbesteding en met meerdere kleinere zorgaanbieders. Ook wordt verbinding gezocht met andere organisaties zoals woningcorporaties, bibliotheken, ondernemersverenigingen en kennisinstituten. De missie van het Dementienetwerk is het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten. Uitgangspunt hierbij is het bieden van een integrale aanpak waarin zowel vrijwilligers als professionals van gemeenten en zorg- en welzijnsinstellingen een rol hebben. Casemanagers dementie, gekoppeld aan huisartspraktijken hebben een centrale functie in het coördineren van zorg en ondersteuning voor de cliënt. Het Dementienetwerk is ook actief in het landelijk project 'Schottenvrije Dementiezorg', samen met Dementiezorg voor Elkaar. Website: Dementiezorg – Dementienetwerk Breda en Omgeving.

Dubbelzorgvragers; een regionaal samenwerkingsproject in de ouderenzorg en GGZ in Zuid-Limburg

In dit project bundelen aanbieders van GGZ en verpleeghuiszorg in Zuid-Limburg hun krachten om de zorg voor cliënten met een dubbele zorgvraag te optimaliseren. De dubbele zorgvraag heeft betrekking op de noodzaak tot een combinatie van zorg op twee of meer van zorgdomeinen psychiatrie, psychogeriatric en somatiek. Bij een vermoeden van een dubbele zorgvraag wordt een triage-instrument ingezet. Als blijkt dat er sprake is van een dubbele zorgvraag wordt het specifiek voor dit doel opgerichte expertteam geraadpleegd. De leden van het expertteam zijn zorgprofessionals (gespecialiseerd verpleegkundigen, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een casemanager, GZ-psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en een psychiater) die werkzaam zijn bij de deelnemende instellingen. Het expertteam adviseert over passende zorg en eventuele aanvullende diagnostiek. Er is geen projectwebsite

Problemen en gevonden oplossing voor verrekeningen tussen samenwerkende zorgaanbieders

Binnen een project waarbij organisaties voor VVT, een GGZ-instelling en een ziekenhuis samenwerken in het bieden van zorg aan mensen met dementie, was het aanvankelijk lastig om de kosten tussen de instellingen te verrekenen. Het betrof kosten voor de inzet van zorgverleners in dienst van de individuele instellingen voor domeinoverstijgende zorg voor het project. Dit is uiteindelijk opgelost door één instelling de functie van kassier te geven. Deze kassier verrekent de kosten en maakt een jaarlijkse begroting (zie kader). Daarmee werd op een handige manier de bekostiging van een domeinoverstijgende samenwerking gerealiseerd: door de koppeling aan een financier uit één domein en het maken van onderlinge afspraken was het mogelijk om de samenwerking structureel vorm te geven.

Kassier

- Eén Zorgorganisatie treedt op als kassier voor het samenwerkingsverband. De kassier int de gelden van de zorgverzekeraar die bestemd zijn voor netwerkfuncties zoals casemanagement.
- De casemanagers werken in dienst van hun eigen organisatie.
- De organisaties van de betreffende casemanagers factureren de werkelijke loonkosten aan de kassier.
- De zorgverzekeraar stelt een budget beschikbaar op basis van de verwachte workload. Hiervan is ongeveer twee-derde bedoeld voor cliëntgebonden activiteiten. Het overige deel is bestemd voor algemene en administratieve activiteiten. De extra administratiekosten voor de kassiersfunctie worden hieruit betaald.
- De kassier heeft als taak om de productie en zorgkostenplafonds te monitoren en is verantwoordelijk voor eventuele signalering en bijstelling richting de keten en financiers.
- De ketenpartners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het resultaat van de gehele keten.

Klik [hier](#) voor een vergelijkbare aanpak.

Case-studie Kassier

De kassiersfunctie is tot stand gekomen na intensieve discussies van de deelnemende organisaties. Belangrijk uitgangspunt was dat niet alle casemanagers in dienst van één organisatie zouden komen, om de cliënt de mogelijkheid te geven om te kunnen kiezen tussen organisaties. Daarnaast wilde men wel graag een uniforme manier van werken bewerkstelligen. Daarop is besloten dat de casemanagers in dienst bleven van de eigen organisatie, maar centraal aangestuurd worden door de ketenregisseur. De grootste organisatie heeft de taak op zich genomen om de kassiersfunctie uit te voeren. De andere organisaties factureren de kosten van hun casemanagers bij de kassier en de kassier betaalt hen uit het budget van de zorgverzekeraar. Het is een proces van meerdere jaren geweest, waarin men al doende geleerd heeft wat het beste werkt. Door intensieve samenwerking is het mogelijk geworden om dit tot stand te brengen.

Toen het project van start ging werd een minutenregistratie gehanteerd op verzoek van de verzekeraar. Inmiddels is dit niet meer nodig, maar het voordeel van de nauwkeurige registratie uit die tijd is dat er heel goed inzicht is in wat de casemanagers doen en wat hun meerwaarde is. Op dit moment worden vooral de belangrijkste zaken geadministreerd, zoals datum van verwijzing, datum van in zorg nemen, leeftijd van de cliënt en datum van opname in verzorgingshuis.

Er zijn inmiddels meerdere regionale dementienetwerken die met casemanagers werken in Limburg. Deze netwerken hebben overleg met elkaar over de aanpak en inmiddels sluit ook de contactpersoon van de zorgverzekeraar aan bij dit overleg. Zo worden de lijnen kort gehouden en weet iedereen wat er speelt. Een tweede verzekeraar, die de dominante verzekeraar in enkele van de andere netwerken is, sluit inmiddels ook aan, waardoor ook de zorgverzekeraars onderling van elkaars ervaring gebruik kunnen maken.

3.2 Problemen met bekostiging door zorgverzekeraars en gemeenten

De Zorgverzekeringswet is strak afgebakend en biedt weinig ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders; aantonen van kostenbesparend effect domeinoverstijgende initiatieven kan uitkomst bieden.

Bij vier overkoepelende projecten waaronder meerdere deelprojecten vallen, ervaart men problemen met bekostiging vanuit de Zvw, waarvoor zorgverzekeraars als financier optreden. De ervaring daarbij is dat de Zvw strak afgebakend is en weinig ruimte biedt voor bekostiging van zorg en ondersteuning buiten de bestaande domeinen. In het volgende kader geven we een korte schets van de problematiek.

Zvw en Wlz

De Zvw en Wlz bieden momenteel weinig ruimte voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om te investeren in domeinoverstijgende samenwerking. Dat komt omdat binnen bijvoorbeeld de Zvw zorg gezien wordt als een dienst die door één zorgverlener verleend wordt aan één patiënt met een duidelijke zorgvraag. Bekostiging vindt dan plaats op basis van de geleverde dienst volgens het Fee-For-Service model (FFS, zie het volgende hoofdstuk). Dit past binnen een op marktwerking gebaseerd bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders met elkaar concurreren, maar het staat structurele samenwerking vaak in de weg. Er is geen beloning voor samenwerking, sterker nog, er kan zelfs sprake zijn van een nadeel: in de huidige opzet is het goed mogelijk dat de kosten van samenwerking hoofdzakelijk door een partij gedragen worden, terwijl de opbrengsten bij andere partijen terechtkomen. Dat speelt bijvoorbeeld in sterke mate bij preventie. Verder zijn de kosten van samenwerking niet eenvoudig te declareren, vooral als het moeilijk is om de gemaakte kosten te koppelen aan een individuele patiënt.

Tot slot is er voor zorgverzekeraars nog wel enige ruimte om buiten de bestaande bekostigingsstructuren mee te betalen aan initiatieven, mits het uit de eigen middelen (reserves) gefinancierd wordt. Voor zorgkantoren was die ruimte er tot voor kort nog niet (zie deze [memorie van toelichting bij het wetsvoorstel; zie Raad van State 2023](#)).

De problemen die ontstaan kunnen teruggevoerd worden op een mismatch tussen bekostigingssysteem en de zorg die samenwerkende partijen willen verlenen. Dit zal in het volgende hoofdstuk verder worden uitgewerkt.

Een voorbeeld van problemen met bekostiging vanuit de Zvw zien we bij twee projecten waarin gewerkt wordt met netwerken die zich richten op de zorg voor mensen met dementie. Bij deze projecten worden casemanagers ingezet om zorg en ondersteuning te coördineren. Deze casemanagers dienen ook als eerste aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten. Daarbij wordt tijd die de casemanagers besteden aan ondersteuning van mantelzorgers niet vergoed, terwijl dit door zorgaanbieders wel als een essentieel onderdeel van hun werkzaamheden wordt beschouwd.

In één overkoepelend project heeft men voor sommige deelprojecten de zorgverzekeraar kunnen bewegen tot vergoeding van domeinoverstijgende zorg door analyses te presenteren die lieten zien dat de nieuwe werkwijzen kosten zouden besparen voor zorgverzekeraars (zie kader).

Voorbeeld Business Case

Een voorbeeld van een business case komt uit een project waarbij de wijkverpleegkundige het indicatieplan voor WMO-ondersteuning opstelt, waar dat voorheen (en normaalgesproken) door een WMO-consulent / wijkcoach gedaan wordt. Doordat de wijkverpleegkundige de situatie van de cliënt vaak al goed kent, kan zij goed inschatten wat er nodig is. Voor de cliënten is het fijn om een vertrouwd gezicht te zien in plaats van een nieuw persoon aan wie ze hun problemen en behoefte aan ondersteuning opnieuw moeten uitleggen. Door deze aanpak is de wachttijd op een WMO-indicatie teruggelopen van twaalf naar ongeveer twee weken én kan er specifiek geïndiceerd worden. Door ondersteuning op maat is vervolgens minder inzet van de wijkverpleegkundige nodig. Echter, omdat de wijkverpleegkundige vanuit de Zvw bekostigd wordt, en in deze nieuwe werkwijze voor wat betreft het opstellen van het indicatieplan ingezet wordt voor de WMO, was de zorgverzekeraar aanvankelijk terughoudend. Dit is opgelost met gezamenlijke gesprekken en een *social return on investment* analyse die aantoonde dat iedere euro die aan het project besteed werd 2,39 euro opleverde, en dat het grootste deel van de besparing ten goede kwam aan de zorgverzekeraars.

Kijk [hier](#) voor tips voor het maken van een business case.

Ook voor andere deelprojecten heeft men met kosten-baten analyses geprobeerd zorgverzekeraars te overtuigen van de meerwaarde van de betreffende projecten (zie kader). Dit is in sommige gevallen succesvol. Cruciaal in het meekrijgen van zorgverzekeraars is daarbij dat analyses duidelijk maken dat er kosten bespaard worden. Dit is echter niet voor alle projecten (op korte termijn) goed in kaart te brengen en soms is het alleen haalbaar om zachtere, kwalitatieve indicatoren aan te leveren. Dat is in de ervaring van een geïnterviewde projectleider niet voldoende om zorgverzekeraars ertoe te bewegen de betreffende zorg te vergoeden.

Voorbeeld kosten en baten

In een dementienetwerk werd de zorgverzekeraar door het voeren van een heel gedetailleerde administratie in de beginperiode overtuigd van de meerwaarde van het initiatief. Na een tijdje was het daarom niet meer nodig om zo uitgebreid verantwoording af te leggen. Een investering in een uitgebreid registratiesysteem dat uitgaat van de bestaande systematiek kan zo later vruchten afwerpen.

Verschil in interpretatie Zvw tussen zorgverzekeraars leidt tot knelpunt in dementiezorg

Een ander probleem in bekostiging door zorgverzekeraars is dat er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars in de interpretatie van de Zvw met betrekking tot wat al dan niet bekostigd dient te worden. Zo wordt bij de projecten die zich richten op de zorg voor mensen met dementie de inzet van de casemanager gedeclareerd als wijkverpleging. Hoewel dit bij de meeste zorgverzekeraars soepel verloopt, is er één zorgverzekeraar die bezwaar maakt tegen deze werkwijze. Voor dit probleem is nog geen concrete oplossing gevonden. Wel is het aangekaart bij Dementie Netwerk Nederland, en wordt vanuit hen geprobeerd een oplossing te vinden.

Er lijken daarmee verschillen te zijn in hoe zorgverzekeraars de Zvw interpreteren, maar ook in de beleidsspeerpunten (zijn er bijvoorbeeld potjes voor innovatie waar domeinoverstijgende initiatieven aanspraak op zouden kunnen maken?) en in de middelen die zorgverzekeraars hebben (die het bijvoorbeeld mogelijk maken om initiatieven vanuit de beheersreserves te bekostigen). In een

netwerk werd actief geprobeerd om de belangrijkste zorgverzekeraars met elkaar te laten overleggen en zo van elkaar te leren. De samenwerking tussen financiers kan hiermee een belangrijke basis zijn voor een duurzame bekostiging van samenwerking.

Bekostiging door gemeenten soms lastig door (voorziene) financiële problemen van gemeenten

Twee projecten benoemen problemen in de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking door gemeenten. Dit lijkt vooral veroorzaakt te worden door (voorziene) financiële problemen bij de betreffende gemeenten. Verschillen in mogelijkheden tot bekostiging tussen gemeenten leiden tot verschillen in de mate waarin domeinoverstijgende samenwerking per gemeente van de grond komt (zie kader). De geïnterviewde projectleiders hebben wel de ervaring dat er bij gemeenten over het algemeen meer flexibiliteit is en kaders minder strak zijn dan bij zorgverzekeraars. Voor de problemen met bekostiging door (sommige) gemeenten zijn geen concrete oplossingen gevonden en/of specifieke oplossingen voorgesteld vanuit de onderzochte projecten.

Wmo

In tegenstelling tot de Zvw en Wlz is domeinoverstijgende samenwerking vanuit de Wmo veel gemakkelijker te bekostigen, doordat er veel minder vastgelegd is in gedetailleerde regels binnen de Wmo. Daar staat dan weer tegenover dat de financiële situatie bij sommige gemeentes (tekorten op de begroting en onvoldoende budget) het bekostigen van domeinoverstijgende samenwerking bemoeilijkt, en dat budgetten binnen gemeenten vaak strikt gescheiden zijn. Als er echter meerdere gemeentes meedoen, kunnen de kosten per gemeente (meestal de kosten voor het deel van domeinoverstijgende samenwerking dat niet aan de cliënt toe te schrijven is) meevallen.

3.3 Problemen door onmogelijkheid van bekostiging vanuit meer dan één wet

Overgang van Zvw/Wmo naar Wlz zorgt voor knelpunten bij cliënten en mantelzorgers

Als cliënten door een toenemende zorgvraag de overstap maken van zorg of hulp bekostigd uit de Zvw of Wmo naar de Wlz, levert dit vaak problemen op. Dat hangt samen met het feit dat in het huidige systeem zorg in principe maar vanuit één wet tegelijk bekostigd kan worden en de bekostiging per wet scherp begrensd is. Ook lijken er hierbij verschillen tussen zorgverzekeraars en/of regio's te bestaan in de mate waarin ruimte voor overlappende bekostiging wordt gegeven. Zo is de ervaring bij één van de geïnterviewde dementienetwerken dat bij opname van een cliënt met dementie de bekostiging van een casemanager direct wordt stopgezet. Daardoor kan de casemanager bij opname in een verpleeghuis de cliënt niet meer begeleiden in de eerste periode na opname. Bij het andere geïnterviewde dementienetwerk wordt de casemanager na opname nog gedurende zes weken bekostigd. De Zorgstandaard Dementie (Dementiezorg voor Elkaar, 2020) geeft als richtlijn dat er bij opname gezorgd wordt voor een warme overdracht vanuit de casemanager.

Bovendien gaat het huidige systeem uit van toerekening aan een individuele patiënt. Dat betekent bijvoorbeeld dat de casemanager bij overlijden niet meer kan afspreken met de mantelzorg(er) om het proces op een goede manier af te ronden of nazorg te verlenen. Dit wordt als een erg abrupte en koude afsluiting ervaren. In overeenstemming met de ervaren behoefte aan nazorg bij mantelzorgers beveelt de Zorgstandaard Dementie (Dementiezorg voor Elkaar, 2020) ook aan om deze mogelijkheid te bieden.

Een structurele mogelijkheid tot (tijdelijke) bekostiging uit twee wetten zou een oplossing kunnen bieden om de overgang van Zvw / Wmo naar Wlz soepeler te laten verlopen. Een nadeel is dat een dergelijke constructie extra kosten met zich meebrengt. Aan de andere kant geven casemanagers dementie aan dat een soepele overgang tot minder probleemgedrag zal leiden doordat mensen een vertrouwd gezicht blijven zien tot ze gewend zijn aan de nieuwe situatie. Minder probleemgedrag kan de noodzaak tot extra zorg – en dus kosten – voorkomen.

Daarnaast zijn zorgorganisaties die door de gemeente zijn gecontracteerd voor ondersteuning vanuit de Wmo, niet altijd inzetbaar voor (dezelfde) ondersteuning vanuit de Wlz. Voor cliënten kan dat betekenen dat zij hun vertrouwde hulpverlener kwijtraken na overstap naar de Wlz, en vervolgens een nieuwe hulpverlener toebedeeld krijgen die dezelfde hulp biedt. Met name voor cliënten met dementie kan de overgang naar een andere hulpverlener en het wennen aan een nieuw persoon lastig zijn. Bij één dementienetwerk is men in een aantal gevallen tot afspraken gekomen met betrokken partijen over contractering van zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz. Deze oplossing is erg succesvol, hetgeen tot uiting komt in een voorkeur van cliënten en mantelzorgers voor de zorgaanbieders die vanuit beide wetten kunnen werken. Dat cliënten dit waarderen, blijkt uit het oplopen van de wachttijd voor deze zorgaanbieders voordat een cliënt in zorg genomen kan worden (nu zes tot negen maanden).

Onmogelijkheid bekostiging consultatie zorgverlener uit ander domein vormt knelpunt in domeinoverstijgende samenwerking tussen verpleeghuiszorg en GGZ

Bij cliënten die zorg krijgen in een verpleeghuis of GGZ-instelling kan er sprake zijn van een gecombineerde zorgvraag op twee of meer van zorgdomeinen psychiatrie, psychogeriatric en somatiek. Bij een project dat als doel heeft de zorg voor deze cliënten te optimaliseren, is onder meer een multidisciplinaire expertgroep opgericht waarin zowel zorgverleners die werkzaam zijn in verpleeghuizen als zorgverleners vanuit de GGZ zitting hebben. Het is tot op heden niet gelukt om deze werkwijze structureel bekostigd te krijgen, ondanks tevredenheid bij de betrokken partijen over de aanpak, waarmee inmiddels zes jaar gewerkt wordt. Naast inzet van de multidisciplinaire expertgroep is er ook behoefte om de mogelijkheid te hebben om een zorgverlener vanuit de GGZ, bijvoorbeeld een psychiater, te consulteren bij cliënten in een verpleeghuis, en andersom, een zorgverlener uit de VVT bij cliënten in de GGZ. Ook dit wordt belemmerd doordat zorg in het huidige systeem niet vanuit twee domeinen tegelijk bekostigd kan worden (maar zie het kader voor mogelijke oplossingen).

Overgang tussen domeinen

De genoemde problemen bij consultatie van een GGZ-professional vanuit de Wlz is door de Nza aangepakt voor het geval van een consultatievraag vanuit het sociaal domein: er komt in 2024 een mogelijkheid om de domeinoverstijgende consultatiefunctie GGZ te declareren in de Zvw (ZIN 2023, p12). Datzelfde geldt voor kosten gemaakt voor coördinatie van zorg, zoals bijvoorbeeld het geval is bij casemanagers, zolang de kosten van de geleverde zorg maar binnen de desbetreffende domeinen blijven vallen. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat een dergelijke opzet ook voor andere sectoren denkbaar is, maar dat dit per geval bekeken moet worden.

3.4 Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor domeinoverstijgende zorg en preventie op groepsniveau

In twee projecten met meerdere deelprojecten loopt men ertegenaan dat het moeilijk, zo niet onmogelijk is om activiteiten op groepsniveau structureel bekostigd te krijgen. Het gaat daarbij met name om projecten die zich richten op preventie. Deze projecten worden tot nu toe veelal (tijdelijk) bekostigd vanuit gemeenten in combinatie met subsidies. Als oorzaak voor het niet realiseren van structurele bekostiging wordt genoemd dat het stelselpartijen ontbreekt aan voldoende financiële prikkels voor preventie. Dit komt doordat de voordelen vaak pas op een later moment worden gerealiseerd en niet altijd ten goede komen aan de partij die de kosten moet maken.

Dit suggereert dat een aanpassing in het bekostigingssysteem, waarbij de partij die investeert in preventie er financieel in ieder geval niet op achteruit gaat, wellicht zou kunnen helpen om partijen te motiveren tot structurele bekostiging van preventieactiviteiten (zie kader). Een structurele bekostiging sluit ook meer aan bij het meer langdurige karakter van preventieprojecten. Nu moet vaak jaarlijks opnieuw subsidie aangevraagd worden voor projecten die vanuit hun aard een veel verdere horizon hebben.

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg

Er zijn vanuit de wetgever en instanties als de NZa en het Zorginstituut (ZIN) enkele initiatieven ontplooid om een deel van de genoemde bekostigingsproblemen structureel op te lossen (zie bijvoorbeeld deze [brief](#) van de minister van VWS (2021) over de stand van zaken domeinoverstijgende samenwerking waarin een wetsvoorstel (Ministerie van VWS, 2021) ter consultatie wordt aangeboden. In dit voorstel krijgen zorgkantoren de mogelijkheid om, samen met één of meer gemeenten en de zorgverzekeraar, maatregelen te bekostigen gericht op vermindering of uitstel van de behoefte aan zorg. Van recentere datum is deze [brief van de minister over de voortgang van het Integraal Zorgakkoord \(Minister van VWS, 2023\)](#). Hierbij geldt evenwel dat deze initiatieven de strakke inkadering van de stelselwetten als uitgangspunt (moeten) nemen. Zonder een ingrijpende stelselwijziging blijft het toerekenen van kosten aan een specifiek domein centraal staan, zodat er van ontschotting strikt genomen geen sprake is. Zo noemt het Zorginstituut (2023) de toerekening van kosten aan een individuele verzekerde als belangrijk uitgangspunt voor financiering van domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zw. Wanneer er kosten gemaakt worden voor overleg of coördinatie zijn deze moeilijk toe te rekenen (Zorginstituut 2023, p7). In het kader van de JZOJP zijn er echter mogelijkheden gecreëerd om samenwerkingsverbanden te bekostigen als ‘algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg’ (ADZ; Ministerie van VWS 2020; 2022). Dit geldt nu bijvoorbeeld voor netwerkzorg voor patiënten met Parkinson aangeboden door ParkinsonNet. Dit biedt wat meer ruimte aan zorgverzekeraars om coördinatie ten behoeve van domeinoverstijgende activiteiten te financieren, waardoor ook de afhankelijkheid van de manier waarop een zorgverzekeraar de wetgeving interpreteert wat verminderd kan worden.

Het beeld blijft wel beklijven dat de voorgestelde oplossingen die nu op tafel liggen een nogal ad-hoc karakter hebben. Het is per geval bovendien lastig om uit te zoeken wat de mogelijkheden precies zijn. Waarschijnlijk stelden enkele geïnterviewden om die reden brede oplossingen voor om de problemen in bekostiging met domeinoverstijgende zorg op te lossen, die grotere wijzigingen in het stelsel zouden betekenen. Suggesties op systeemniveau waren bijvoorbeeld het opheffen van marktwerking in de zorg en ontschotting op landelijk niveau. Ook met minder grote wijzigingen lijkt

er daarmee een rol voor de Rijksoverheid te liggen. Vergoedingen vanuit algemene middelen in de gevallen waarin zorg niet gemakkelijk toe te rekenen is aan cliënten, of waarin kosten door een partij gemaakt worden terwijl de baten ergens anders terecht komen (zoals bij preventie), kan een oplossing zijn voor de bekostigingsproblemen die we nu tegenkomen (zie kader).

Regionale budgetten

Eén projectleider gaf als suggestie dat er regionale budgetten zouden moeten worden ingesteld die gezamenlijk beheerd worden door gemeenten en zorgverzekeraars, in overleg met zorgaanbieders en eventueel aangevuld met woningbouwverenigingen. Domeinoverstijgende samenwerking zou uit deze budgetten bekostigd kunnen worden. Hierbij zou ruimte moeten zijn voor structurele bekostiging, maar ook voor projecten en mogelijkheden tot maatwerk in zorg en ondersteuning op cliëntniveau. Verder zouden er geen inhoudelijke afspraken gemaakt moeten worden zodat een grote mate van flexibiliteit gewaarborgd is en de fondsen vrijgelaten worden om de zorg in te vullen op de manier die bij die regio past. De NZa en het Zorginstituut geven in een brief aan informateur Ronald Plasterk (2023) een vergelijkbare suggestie, namelijk een deel van het zorgbudget regionaal beschikbaar stellen op basis van populatiekenmerken.

Dit is een voorbeeld van een alternatief bekostigingsmodel. Enkele voorbeelden van deze modellen zullen we in het volgende hoofdstuk bespreken.

Een ander voorstel om structurele bekostiging te stimuleren was om het in te bedden bij subsidieverstrekking. In de huidige werkwijze is de continuïteit van projecten vaak een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Door bij de subsidieverstrekking structurele bekostiging in te bouwen (door deze bijvoorbeeld afhankelijk te maken van de uitkomsten van een sociale rendementsberekening, zie hieronder) kan voorkomen worden dat deze tijd verloren gaat en er onzekerheid blijft bestaan over de continuïteit van een (succesvol) project.

Structurele bekostiging

Het belang van structurele bekostiging voor succesvolle samenwerking wordt ook [hier](#) onderstreept.

3.5 Overzicht problemen en oplossingen van de onderzochte projecten

Tabel 3.1 *Ervaren bekostigingsproblemen en gevonden en voorgestelde oplossingen*

Ervaren probleem	Gevonden oplossing	Door geïnterviewden voorgestelde oplossingen
De Zvw is strak en biedt weinig tot geen ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders	Analyse die aantoont dat nieuwe werkwijze kosten bespaart, waarna bekostiging uit Zvw mogelijk was	Regionale budgetten gericht op domein-overstijgende samenwerking beheerd door gemeenten en
Verskil in interpretatie van de Zvw tussen zorgverzekeraars, waardoor de ene verzekeraar soepeler is in het vergoeden van domeinoverstijgende werkzaamheden dan de andere	Het helpt om een vertrouwensrelatie met de financier op te bouwen. Langdurige samenwerking en onderling vertrouwen vergemakkelijkt de onderhandelingen aanzienlijk	zorgverzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders Ontschotting op landelijk niveau
De overstap tussen Zvw / Wmo naar Wlz levert problemen op in de continuïteit van zorg	Afspraken tussen partijen waardoor zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz gecontracteerd worden	Marktwerking in de zorg opheffen Er moeten mogelijkheden komen voor structurele bekostiging van preventie, binnen of buiten de huidige wettelijke kaders
Consultatie zorgverlener vanuit Zvw bij langdurige zorg uit Wlz is niet mogelijk	Geen structurele oplossing. Wordt vooralsnog bekostigd door aan het project deelnemende zorgaanbieders in combinatie met subsidies	
Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor preventie	Geen structurele oplossing. De projecten op het gebied van preventie worden bekostigd vanuit subsidies	
Grote verschillen in budgetten van gemeenten / voorziene financiële problemen bij gemeenten waardoor domeinoverstijgende samenwerking niet in alle betrokken gemeenten even goed van de grond komt	Geen structurele oplossing	
Verrekenen van inzet van zorgverleners die op loonlijst van zorginstellingen staan voor project voor domeinoverstijgende samenwerking	Eén van de zorginstellingen heeft de functie van kassier die deze inzet verrekent	

4 Alternatieve bekostigingsmodellen

4.1 Literatuur scan

Op basis van de literatuur scan hebben we een aantal bekostigingsmodellen onder de loep genomen. We beginnen met een inventarisatie van de bekostigingsmodellen die nu het meest voorkomen. Daarna behandelen we enkele alternatieve modellen zoals die in de literatuur benoemd worden. Op het eind van het hoofdstuk brengen we dit in verband met de resultaten uit de interviews.

4.2 Huidige bekostigingsmodellen staan samenwerking vaak in de weg

Het uitgangspunt van de JZOJP is het vinden van zorg die meerwaarde oplevert voor patiënten. Daarvoor is samenwerking nodig: ‘Samenhang, samenwerking en integratie van zorg en ondersteuning moeten als hoogste goed gelden in plaats van de best meetbare, controleerbare deeloplossingen’ (JZOJP 2018, p16). Uit de literatuur komt naar voren dat het meest gangbare bekostigingsmodel in de zorg het *Fee-for-Service* (FFS) model is, waarin zorgverleners betaald worden voor elk geleverd zorgonderdeel of verleende dienst (Ndayishimiye et al. 2023). Dit model staat lijnrecht tegenover de ‘samenhang, samenwerking en integratie’ die de kern van de JZOJP vormen. Het deelt zorghandelingen namelijk op in overzichtelijke, meetbare en controleerbare onderdelen verricht door individuele zorgaanbieders. Een andere veel voorkomende methodiek is de *Diagnosis Related Group* (DRG) waarbij een vaste vergoeding voor een bepaalde diagnose van tevoren vastgesteld wordt. Deze laatste methode wordt vooral in de ziekenhuiszorg gebruikt, terwijl FFS vooral in de huisartsenzorg voorkomt (OECD 2016).

De overeenkomst tussen deze gangbare modellen is dat de nadruk ligt op afgebakende handelingen door individuele zorgaanbieders. De nadelen van deze modellen die in de literatuur genoemd worden zijn onder meer het gevaar dat er te veel zorghandelingen verricht worden (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018) waardoor bijvoorbeeld vermijdbare complicaties kunnen optreden (Steenhuis et al. 2020). Dit komt voort uit de volume prikkel die van een dergelijk bekostigingssysteem uitgaat: zorgverleners hebben financieel baat bij het verrichten van meer zorghandelingen (Steenhuis et al. 2023) of het behandelen van meer patiënten. Verder leidt het tot gefragmenteerde zorg door de focus op de diensten van individuele zorgverleners (Steenhuis et al. 2020). Een andere ernstige beperking van een DRG-systeem is dat dit gericht is op een enkele diagnose, terwijl er bij veel van de domeinoverstijgende projecten juist sprake is van multi-morbiditeit. Een voordeel van een FFS-bekostigingsmodel is dat er geen prikkel is om patiënten te selecteren: aangezien er per zorghandeling of diagnose betaald wordt, is het vanuit financieel oogpunt niet voordeliger om alleen patiënten met een relatief lichte zorgvraag te behandelen (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018). Voor systemen waar men per diagnose een vergoeding krijgt kan wel het risico op selectie bestaan, omdat er geen rekening gehouden wordt met de eventuele andere aandoeningen van de patiënt die mogelijk van invloed kunnen zijn op de behandeling. In Nederland heeft men dit geprobeerd op te lossen via de Diagnose Behandeling Combinaties zoals die in ziekenhuizen gehanteerd worden.

Binnen de bestaande wettelijke kaders in Nederland is bovendien het uitgangspunt dat alleen zorg aan individuele patiënten vergoed wordt (Steenhuis et al. 2020). Zoals in de interviews naar voren kwam belemmert dat het vinden van structurele bekostiging voor bijvoorbeeld

preventiemaatregelen of overleg tussen zorgverleners. Die zijn vaak niet toe te wijzen aan individuele patiënten, terwijl ze wel op lange termijn gezondheidsvoordelen (en kostenbesparingen) op kunnen leveren. Maar ook wanneer een patiënt noodgedwongen gebruik moet maken van meerder soorten zorg kunnen problemen ontstaan. De bekostigingssystematiek gaat namelijk sterk uit van de financier en het wettelijk kader waarin die zich bevindt. De domeinen die zo gedefinieerd worden hebben elk hun eigen bekostigingslogica en geldstromen die verankerd zijn in de werkwijze van financiers en zorgaanbieders. Doordat de financiering in principe maar vanuit één wettelijk kader mogelijk is, kan dit gevolgen hebben voor een soepele overgang van Zvw/Wmo naar Wlz voor zowel cliënten als zorgverleners. De casemanager dementie, die na opname van een cliënt in een verpleeghuis niet meer langs kan komen bij de cliënt, of na diens overlijden niet meer langs kan komen bij de mantelzorger, is hier een goed voorbeeld van. Voor de zorgverleners hoort dit wel bij goede zorg, maar dat sluit niet aan bij het begrip van zorg zoals dat in het bekostigingsmodel gehanteerd wordt.

Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen samenwerking bevorderen

Alternatieve bekostigingsmodellen (ABMs) kunnen mogelijk barrières voor samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende domeinen wegnemen. Deze modellen hebben als overeenkomst dat ze niet (alleen) uitgaan van het volume van de zorghandelingen die door een individuele zorgverlener ten behoeve van een individuele patiënt verleend wordt. Door andere uitkomstmaten centraal te stellen (zoals in prestatiebeloning of *Pay-for-Performance*, en waardegedreven zorg of *Value Based Care*) wordt de prikkel om uitsluitend meer zorg te verlenen weggenomen. De overige modellen kijken naar een verzameling van diensten van verschillende zorgverleners (bundelbekostiging of *bundled payments*), dan wel naar een collectief van zorgvragers (per capita bekostiging, of *capitation*, en populatiebekostiging oftewel *global payments*). Wij troffen de volgende alternatieve bekostigingsmodellen aan in de literatuur, waarbij aangemerkt moet worden dat er in de praktijk vele tussenvormen en combinaties mogelijk zijn:

1. Prestatiebeloning (*Pay-for-Performance* of P4P): Bij dit model worden zorgverleners betaald op basis van de kwaliteit en uitkomsten van de zorg die ze leveren. Dit wordt gemeten aan de hand van uitkomstindicatoren die van tevoren vastgesteld zijn. Dit model wordt vaak gebruikt in combinatie met andere betalingsmodellen. Een voorbeeld is de combinatie met FFS om de volumeprikkel die van dat model uitgaat enigszins te dempen (Miller 2009; Jia et al. 2021). P4P kan als nadeel hebben dat er te veel focus komt te liggen op het halen van de uitkomst, waardoor andere (belangrijke) uitkomsten genegeerd worden (Jia et al. 2021). Om dit op te vangen kunnen de uitkomstindicatoren uitgebreid en verfijnd worden, maar dan bestaat het risico dat het model snel erg complex wordt (Jia et al. 2021).
2. Waardegedreven zorg (*Value-Based Care*): Dit model legt de nadruk op het leveren van waarde in de zorg, waarbij de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg worden beoordeeld in verhouding tot de kosten. Wanneer het patiëntperspectief het uitgangspunt is voor de kwaliteitsmeting kan met dit model meerwaarde voor de patiënt gecreëerd worden (Ryan en Rogers 2018). Een nadeel kan zijn dat er verschillende kwaliteitsindicatoren nodig kunnen zijn voor verschillende aandoeningen, hetgeen vooral voor patiënten met multi-morbiditeit leidt tot een complexe infrastructuur voor zowel patiënten als zorgverleners (Ryan en Rodgers 2018). Verder is het belangrijk dat kwaliteit van zorg uniform over de deelnemers gemeten kan worden, hetgeen eisen stelt aan informatiesystemen en rapportage van de deelnemende zorgverleners (Magid et al. 2018).
3. Bundelbekostiging (*Bundled Payments*): In dit model worden meerdere zorgdiensten die gerelateerd zijn aan een specifieke medische aandoening of behandeling gebundeld tot één prijs. Zorgaanbieders krijgen een vergoeding voor het gehele afgesproken behandeltraject. Dit

heeft als voordeel dat coördinatie van zorg tussen aanbieders bevorderd wordt (Agarwal, Liao, Gupta en Navathe 2020). Een nadeel kan zijn dat er te weinig zorg verleend wordt: als de afgesproken prijs onvoldoende is om de kosten te dekken ontstaat er een prikkel om minder zorg te verlenen (Steenhuis et al. 2020). Bovendien kan het model al snel complex worden als er sprake is van multi-morbiditeit (Steenhuis et al. 2020). Mühlbacher, Amelung en Juhnke (2018) en Yee, Pizer en Frakt (2020) noemen ook patiëntselectie als een mogelijk nadeel: zorgverleners kunnen een voorkeur hebben voor patiënten waarvan de behandelkosten laag zijn.

4. **Betaling per capita (Capitation):** Hierbij wordt een vast bedrag aan zorgverleners betaald per geregistreerde patiënt in een bepaald gebied of cluster voor een bepaalde periode. Het bedrag kan worden vastgesteld voor een individuele zorgaanbieder of voor een collectief. Een voorbeeld van de eerste vorm vinden we in de huisartsenzorg, waarin een huisartsenpraktijk een vergoeding per ingeschreven patiënt ontvangt door middel van het inschrijftarief. Een mogelijk risico is ook hier onderbehandeling of afzien van dure behandelingen door patiënten met complexe aandoeningen te weren (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018; Jia et al. 2021).
5. **Populatiebekostiging (Global payment):** Hierbij wordt een vast bedrag (budget) aan zorgverleners betaald voor een afgesproken periode. Op die manier vindt bekostiging plaats voor een hele populatie patiënten, ongeacht hoeveel mensen gebruik maken van zorg. Voordelen van deze methode zijn dat coördinatie tussen zorgverleners gestimuleerd wordt, en dat zorgverleners zich meer bewust worden van de kosten van de geleverde zorg (Cattel en Eijkenaar 2020). Net als bij capitation is onderbehandeling echter een risico van deze bekostigingsvorm (Cattel en Eijkenaar 2020).

Alternatieve bekostigingsmodellen brengen risicoverschuiving en investeringen mee

In vergelijking met de traditionele bekostigingsmodellen vindt er bij de genoemde ABMs, naast een focus op meerdere verleende diensten en/of meerdere zorgverleners, ook een verschuiving van het financiële risico plaats. Bij FFS ligt het risico in principe geheel bij de financier: hoe meer zorg verleend wordt, hoe meer de financier moet betalen. Bij de ABMs verschuift dat naar de zorgverlener(s). Dat komt omdat financiering in meer of mindere mate losgekoppeld wordt van volume (OECD 2016; Yee, Pizer en Frakt 2020). Bij bundelbekostiging verschuift het risico gedeeltelijk naar de zorgverlener, terwijl dat bij capitation en budgetten in principe geheel bij de zorgverlener ligt (Yee, Pizer en Frakt 2020). Deze verschuiving introduceert een prikkel om efficiënter te werken, bijvoorbeeld door de inzet van technologie. Mei Zhao et al. (2020) vonden dat ziekenhuizen die in de VS werkten met bundelbekostiging eerder tele-health technieken inzetten dan ziekenhuizen die geen onderdeel waren van een dergelijk bekostigingsmodel, en daarmee ook efficiencywinsten behaalden. De verschuiving van risico kan overigens gedeeltelijk teniet gedaan worden door een *shared risk* component aan een ABM toe te voegen (Ryan en Rodgers 2018; Mühlbacher, Amelung en Juhnke 2018). In dat geval kunnen besparingen en overschrijdingen ten opzichte van een vooraf afgesproken normbedrag gedeeld worden tussen de partijen.

Wanneer deze bekostigingsmodellen voor een vastgestelde groep van zorgaanbieders gelden, zullen zij onderling afspraken moeten maken over behandelingen (zorgcoördinatie). Dat vereist vaak investeringen in het opzetten van een netwerk, nieuwe technologie en organisatorische innovaties (Mühlbacher, Amelung en Juhnke 2018). Daarnaast zal er ook iets geregeld moeten worden voor de allocatie van de opbrengsten wanneer een financier (bijvoorbeeld een zorgverzekeraar) alleen betalingen verricht aan één lid van de groep. In het laatste geval kan het ook om een speciaal daarvoor opgerichte organisatie gaan. Hervorming van bekostigingsmodellen gaat daarmee niet alleen gepaard met verandering in de manier waarop zorgaanbieders betaald worden voor hun

diensten, maar vaak ook met veranderingen in ondersteunende elementen, zoals contracten en informatiesystemen (Ndayishimiye et al. 2023). Vaak moeten systemen en overeenkomsten grondig herzien worden om over te kunnen gaan naar een nieuw bekostigingsmodel. Dat leidt tot extra kosten, waarvoor voldoende middelen gereserveerd moeten worden. Dit is één van de barrières bij de implementatie van een nieuw bekostigingsmodel die door Ndayishimiye et al. (2023) geïdentificeerd worden op basis van een review van 51 onderzoeken op dit gebied. Het merendeel (16) van de bestudeerde onderzoeken ging over een verandering naar een bundelbekostigingsmodel. In totaal onderscheidde de auteurs acht hoofdthema's waar het barrières betreft en zes hoofdthema's voor bevorderende factoren die een rol spelen bij de overgang naar een nieuw bekostigingsmodel. Binnen elk hoofdthema werden subthema's onderscheiden, die we hier weergeven als ze specifiek gaan over (domeinoverstijgende) samenwerking (zie Tabel 4.1) Klik op deze [link naar het artikel](#) voor meer informatie.

Tabel 4.1 Barrières en bevorderende factoren bij implementatie van een nieuw bekostigingsmodel

Hoofdthema (genoemd in <i>n</i> onderzoeken)	Subthema's
Barrières	
Tegenwerking door zorgaanbieders of andere stakeholders (27)	Verantwoordelijk zijn voor handelingen van anderen, verlies autonomie, wantrouwen door eerdere mislukte hervormingspogingen, gebruik van meerdere benchmarks, vertrouwensrelatie met patiënt
Ontwerp van de bekostigingshervorming (33)	Geen goede/duidelijke benchmarks, complexe administratie- of zorgprocessen, verschillende modellen per financier, gebrekkige definitie van elementen van het model
Implementatieproblemen (18)	(Administratieve) afstemming tussen partijen, Veel aanpassingen nodig
Te weinig middelen of capaciteit (16)	Voor nieuwe (ICT) infrastructuur, human resources, training
Marktomgeving (16)	Verschillende marktsituaties voor de deelnemende partijen waardoor bekostiging van zorg verleend door de private- en overheidssector niet matcht, aanbieders met een te kleine populatie (patiëntvolume)
Wet- en regelgeving (11)	Te weinig (begrotings)autonomie op decentraal niveau, verschillen in wetgeving, regels voor uitwisseling van data, noodzaak voor wetsveranderingen, politieke controverses
Te weinig kennis (11)	Verschillen in kennis of beschikbaarheid van informatie tussen partijen
Negatieve publiciteit (4)	Media, reputatie van stakeholders (bijvoorbeeld verzekeraars)

Tabel 4.1 Vervolg

Hoofdthema (genoemd in <i>n</i> onderzoeken)	Subthema's
Bevorderende factoren	
Steun en inzet stakeholders (31)	Veel inzet om zoveel mogelijk stakeholders te betrekken, steun van grote stakeholders, overheid en politiek, goede structuur: afstemming, vertrouwen, consensus en communicatie tussen de deelnemers, transparantie, steun van belangenorganisaties en gemeenschappen
Complementair beleid (17)	Aanpassingen in beleid, wetten en marktregulatie
Bestaande know-how en ervaring (14)	Werken vanuit bestaande samenwerkingen, ervaringen met hervormingen, opzetten van pilot, leren van best practices
Voldoende middelen (14)	(ICT) infrastructuur, delen van data, extra financiële ondersteuning
Kwaliteit van verandermanagement (14)	Onderhoud van relaties tussen de deelnemers, goede managers
Externe druk (2)	Internationale belangstelling, politieke belangen

4.3 Toepasbaarheid in de praktijk in Nederland

Ondanks het feit dat de samenwerkingsverbanden die wij geïnterviewd hebben zich gericht hebben op mogelijkheden binnen het huidige bekostigingsmodel zijn er wel raakvlakken tussen hun ervaringen en de bevindingen van Ndayishimiye et al. (2023). Met name als het gaat om problemen die ontstaan vanwege verschillen in wetgeving, maar ook het belang van vertrouwen tussen de deelnemende partijen en het gebruiken van ervaringen met eerdere projecten.

Vergelijking tussen modellen is lastig

In het algemeen geldt echter: de literatuur over bekostigingsmodellen die wij gevonden hebben heeft weinig te melden over praktische oplossingen als het gaat om bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking. Met uitzondering van de review van Ndayishimiye et al. (2023) komen de in de interviews genoemde problemen bij bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking nauwelijks aan bod. Het merendeel van de studies opgenomen in de literatuurscan gaat over de introductie van bundled payment models in de VS, met name in de context van de Medicare en Medicaid programma's. Zo voerden Agarwal et al. (2020) een review uit van de literatuur over een drietal initiatieven binnen deze programma's, en concludeerden dat er aanwijzingen zijn dat bundled payment tot lagere kosten (bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg) kan leiden, maar dat dit vooral geldt voor minder complexe behandelingen voor patiënten die relatief jong zijn en minder zorg nodig hebben. Een voorbeeld hiervan is het vervangen van een gewricht in het onderlichaam (*lower extremity joint replacement*, LEJR). Halder et al. (2020) rapporteerden dat de introductie van een bundled payment model bij de behandeling van urogynaecologische aandoeningen leidde tot minder zorguitgaven, onder meer omdat er minder chirurgische ingrepen plaatvonden.

De onderzochte effectstudies beperken zich daarmee veelal tot het vergelijken van de kosten na introductie van een ABM met de situatie daarvoor, voor één bepaalde aandoening in één bepaalde zorgsetting (vaak ziekenhuizen). Bovendien concluderen de studies die bekostigingsmodellen empirisch met elkaar vergelijken allemaal dat het moeilijk is om duidelijke voor- en nadelen van de vergeleken modellen te benoemen. Dat komt omdat de effecten op kosten, kwaliteit van zorg, het zorggebruik en andere uitkomsten sterk contextafhankelijk zijn. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het soort aandoening (Argawal et al. 2020), organisatorische kenmerken en om het soort zorg dat verleend wordt (Magid et al. 2018; Ouayogodé, Frazee, Rich en Colla 2020). Ook de mate waarin financiële overwegingen belangrijk zijn voor een bepaalde groep zorgverleners (Jia et al. 2021) en de gebruikte maatstaven om de uitkomsten te meten bij P4P modellen (Jia et al. 2021) zijn bepalend voor de effectiviteit van bekostigingsmodellen.

De verschillende bekostigingsmodellen bevatten verschillende elementen waarover een keuze gemaakt moet worden, en die bevorderend of beperkend kunnen werken bij domeinoverstijgende samenwerking. Zo kan de medische aandoening die centraal staat in een bundelmodel in meer of mindere mate complex zijn. Dit heeft weer gevolgen voor het aantal verschillende zorgaanbieders dat bij het zorgtraject van een patiënt betrokken is, en voor de mate waarin ze moeten samenwerken. Bij een P4P model is de gebruikte maatstaf om prestaties van zorgverleners te beoordelen sterk van invloed op de mate waarin samenwerking bevorderd wordt of niet, door de maatstaf op individuele- of collectieve prestaties te richten.

Bundelbekostiging

Er is in Nederland al ervaring opgedaan met bundelbekostiging. De NZa heeft ervaringen en informatie over bundels [hier](#) verzameld. Een ander voorbeeld is de [bundelbekostiging voor hand- en polszorg](#) die Xpert Clinics en Zilveren Kruis hebben afgesproken.

Het Linnean initiatief biedt op haar [website](#) een toolbox aan om aan de slag te gaan met zorgbundels.

Als ABMs ingezet worden om zorg te bekostigen zullen deze keuzes uiteindelijk gemaakt moeten worden in onderhandelingen tussen de partijen genoemd in Figuur 1: beleidsinstanties, financiers, zorgverleners en (belangenorganisaties van) patiënten. De uitkomst daarvan zal vooral bepaald worden door de invloed van de partijen en de weging van de verschillende belangen. Bij een vergelijking tussen verschillende modellen is het belangrijk om dat in het achterhoofd te houden. Op die manier moet dan ook naar de vergelijking tussen de modellen in Tabel 4.2 gekeken worden: is een model in de basis geschikt om domeinoverstijgende samenwerking te faciliteren? En welke aspecten (genoemd in de interviews) daarvan in het bijzonder? We hebben hierbij gekeken naar het perspectief van de patiënt, de samenwerkende zorgverleners en de betalende instanties, alsmede naar de mogelijke soepele overgang tussen domeinen. Aan bod komen: de mogelijkheden om multi-morbiditeit en preventie te bekostigen (patiënten), de mogelijkheid om overleg gemakkelijk te bekostigen en meerdere typen zorgverleners tegelijkertijd te betrekken (zorgverleners) en de mogelijkheid om betaaltitels (waarmee de te bekostigen prestaties vastgelegd worden) te definiëren en uitgaven voor verleende zorg te kunnen controleren (betalende instanties).

Tabel 4.2 Evaluatie van de methoden uit de literatuur

Perspectief	Patiënt		Zorgverleners		Betalende instantie		Aansluitend bij wetten
	Multi-morbiditeit	Preventie	Overleg meefinancieren	Geschikt voor meerdere typen zorgverleners	Betaaltitels goed definieerbaar	Controle op uitgaven mogelijk	Overgang tussen domeinen
Kan er rekening gehouden worden met:							
Per capita bekostiging (1 zorgverlener)	-	+	+	-	+	-	-
Per capitabekostiging (meerdere zorgverleners)	+	+	+	+	+	-	+
<i>Fee-for-service</i>	-	-	-	-	+	+	-
Populatiebekostiging	+	+	+	+	+	-	+
Bundelbekostiging	-	-	?	+	+	-	+
Prestatiebeloning	-	-	-	?	-	+	?
Waardegedreven zorg	?	-	?	?	-	?	?

+ = kan bij deze methode relatief gemakkelijk rekening mee gehouden worden

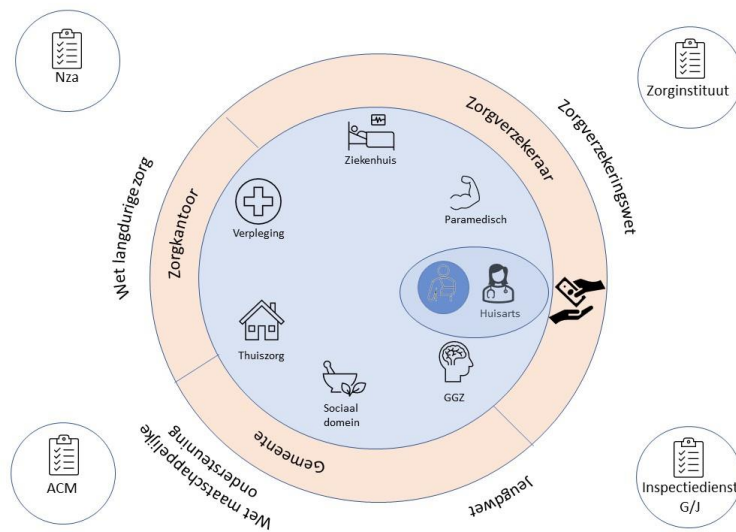
- = is lastig bij deze methode

? = onduidelijk voor deze methode / sterk afhankelijk van invulling

Probleem: mismatch tussen bekostigingsmodel en aard van de geleverde zorg

Uit het overzicht blijkt dat vooral capitation- en budget-gebaseerde modellen in de basis geschikt zijn voor domeinoverstijgende samenwerking. Deze modellen kunnen daarmee in principe ingezet worden om domeinoverstijgende samenwerking te vergemakkelijken. Alleen: uit de interviews blijkt dat de problemen waar samenwerkingsverbanden nu tegenaan lopen vooral te maken hebben met een mismatch tussen het huidige bekostigingsmodel en het soort zorg dat men wil leveren. Het declareren van domeinoverstijgende deel van de zorg blijkt vaak een uitdaging zijn. Waar ligt dat aan? De kern van het probleem is dat de huidige manier van bekostiging niet goed aansluit bij domeinoverstijgende zorg (zie bijvoorbeeld Nza [2023](#)). Zoals gezegd is de huidige bekostiging vooral gebaseerd op FFS. Daarin wordt zorg gezien als een levering van een duidelijk afgekaderde dienst van één zorgverlener voor één patiënt (zie Figuur 2).

Figuur 2 Zorg vanuit een prestatie verleend door één zorgverlener (hier een huisarts) aan één patiënt binnen één domein (Zvw)

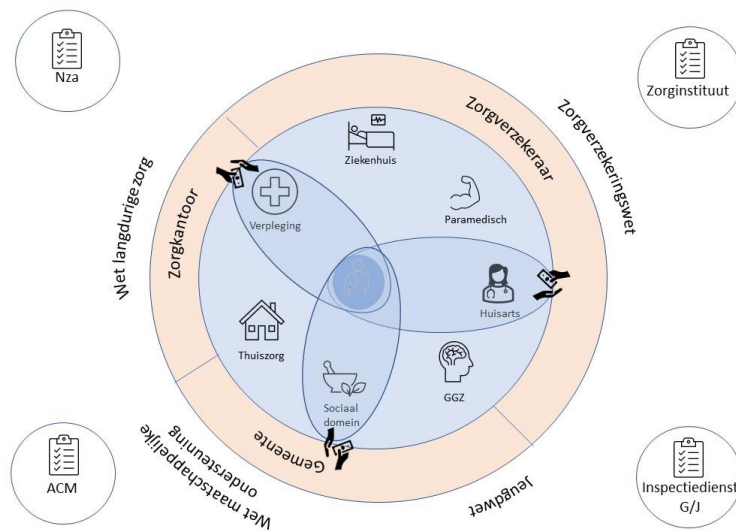


Bovendien wordt de bekostiging van zorg door een financier als een markttransactie gezien, waarbij er een informatie-asymmetrie bestaat tussen de inkoper (de financier) en de zorgverlener. De zorgverlener weet namelijk beter hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft dan de financier. Voor een financier is dat lastig te controleren: was in een bepaald geval minder (dure) zorg ook voldoende geweest? De tekortschietende controlemogelijkheden door het verschil in informatie kunnen volgens de standaard economische theorie opgelost worden door de juiste financiële prikkels in te bouwen. Dat zien we ook terug in de literatuur over bekostigingsmodellen: door middel van het inbouwen van financiële prikkels moet je ervoor zorgen dat er niet te veel (onnodige) zorg verleend wordt.

Deze gedachte is gebaseerd op de principal-agent theorie. Daarin wordt het probleem behandeld wanneer de doelen van een principaal ('opdrachtgever') en een agent ('opdrachtnemer') niet overeenkomen. In de zorg kan dit model bijvoorbeeld worden toegepast op de relatie tussen een zorgverzekeraar en een zorgverlener (zie bijvoorbeeld [CPB 2023](#)). De zorgverzekeraar betaalt een zorgverlener voor de verleende zorg. Terwijl de zorgverzekeraar als doel heeft de kosten te minimaliseren door alleen noodzakelijke zorg te vergoeden, heeft de zorgverlener volgens deze theorie een prikkel om juist meer zorg dan noodzakelijk te verlenen: zo kan immers meer inkomen gegenereerd worden. Uitgaande van een situatie waarin beide partijen verschillende informatie hebben over de geleverde zorg (de zorgverlener weet wanneer zorg overbodig is, maar de zorgverzekeraar kan dit veel lastiger beoordelen), ontstaat er een situatie waarin de doelen van de zorgverlener door het inbouwen van 'financiële prikkels' in overeenstemming moeten worden gebracht met de doelen van de zorgverzekeraar.

Een probleem met deze benadering is dat ze vooral gebaseerd is op het controleren van de zorgverlener door diens 'productie' in de gaten te houden. Bij domeinoverstijgende samenwerking gaat het echter vooral over vertrouwen: niet alleen tussen zorgverleners, maar vooral ook tussen financier en zorgverleners. Dat zagen we ook terug in de interviews. Als er vertrouwen is tussen financier en zorgverleners is er veel mogelijk. Maar het structureel ontschotten van zorg is lastig wanneer een methode gebruikt wordt die uitgaat van zorg als een product dat in schotten geleverd wordt (zie Figuur 3).

Figuur 3 Wanneer patiënten zorg krijgen van meerdere zorgverleners uit meerdere domeinen is er ook sprake van verschillende typen bekostiging



Ontschotten van de zorg betekent samenvoegen van deze producten. Daarmee verliest de betalende instantie een stuk controle op de zorg die verleend wordt, maar is er meer coördinatie van de zorg mogelijk omdat vanuit de cliënt gedacht wordt. Niet langer het product, maar het (zorg)traject van de cliënt komt centraal te staan. Er is echter een belangrijk nadeel: dit vergt een ingrijpende aanpassing van het huidige systeem.

Evaluatie van de voorgestelde methodes uit de literatuur

- Methodes die gebaseerd zijn op financiering vanuit een bepaalde diagnose of individuele zorghandeling zijn minder geschikt omdat in de domeinoverstijgende projecten vaak sprake is van multi-morbiditeit en er ook minder gebruikelijke partners mee kunnen doen (zoals een woningbouwvereniging of schuldhulpverlening). Ook zijn deze methodes minder geschikt voor preventieve projecten.
- Een methode gericht op uitkomst en toerekening van de zorg aan individuen kan met name voor preventieve projecten problematisch zijn doordat deze trajecten vaak een langere tijdshorizon hebben.
- Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen beter geschikt zijn om domeinoverstijgende samenwerking te bevorderen, maar dat vereist een goede aansluiting van de elementen van zo'n model bij de context. Dat vereist (waarschijnlijk langdurige) onderhandelingen tussen partijen in het zorgveld. Daarnaast kan het introduceren van nieuwe modellen weer nieuwe bevorderende en belemmerende factoren met zich meebrengen, waarvan de uitwerking niet altijd van tevoren te voorspellen is. Nieuwe modellen brengen ook andere administratieve processen met zich mee wat, zeker in het begin, extra kosten kan betekenen. De vraag is dan of men beter de onvolkomenheden van het bestaande systeem kan proberen te verzachten of dat een nieuw systeem de oplossing is.
- De meeste bijdragen in de literatuur zijn gericht op het evalueren van bekostigingsmodellen op basis van de effecten ervan in een bepaalde context. Er is veel minder oog voor de mogelijke (mis)match tussen bekostiging en de zorg die verleend wordt.
- De werking van bekostigingsmodellen wordt vaak beoordeeld op de financiële prikkel die er van een bepaalde manier van bekostigen uitgaat. Het zoeken is dan naar de juiste prikkel die tot de best mogelijke zorgverlening leidt. De vraag is of dit het juiste uitgangspunt is bij domein overstijgende samenwerking. Dit zal in geval van meerdere partners in een domeinoverstijgend

project ingewikkeld worden, omdat iedere partner vaak al een eigen methode van bekostiging heeft. Het toevoegen van weer een nieuwe methode kan dan juist de administratieve last verhogen in plaats van verlagen.

5 Hoe nu verder?

Na het ophalen van praktijkervaringen en het bestuderen van de literatuur hebben we de belangrijkste bevindingen voorgelegd aan een aantal experts. Zij hebben vanuit hun ervaring op onze bevindingen gereflecteerd, en opmerkingen en aanvullingen gegeven. Deze hebben we in dit hoofdstuk verwerkt. We halen we het model van Figuur 1 er weer bij om te bekijken wie wat kan betekenen bij de bekostiging van domeinoverstijgende initiatieven.

Welke rollen zijn er voor welke actor?

In Figuur 1 staat de **patiënt / cliënt** centraal. Dit is voor domeinoverstijgende zorg een gegeven. Er wordt bekeken welke zorg voor deze persoon nodig is, ongeacht wettelijke kaders. Zorg kan nodig zijn vanuit het zorgdomein of vanuit het sociaal domein. Voor domeinoverstijgende initiatieven heeft dit de volgende consequenties voor de andere actoren uit het model:

Zorgverleners

De diverse betrokken zorgverleners kunnen, in overleg met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeentes, vaststellen welke onderdelen van de te verlenen zorg binnen de huidige bestaande bekostigingsmodellen vallen. Hiervoor kunnen de zorgverleners een systeem opzetten om de betaling vanuit de diverse financiers administratief mogelijk te maken. Een mogelijk voorbeeld hiervan is het Kassier-systeem, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Uit de ervaring met zulke systemen blijkt dat het een groeiproces is om tot een goed werkende oplossing te komen.

Daarnaast blijft een deel van de kosten over dat niet toe te schrijven is aan een bepaalde client en een bepaalde zorgvorm. Zorgverleners uit ons onderzoek geven aan dat hier vooral een knelpunt zit. Dit wordt ook onderkend door het Zorginstituut (Zorginstituut 2003). Zorgverleners en betalers zullen hiervoor in onderling overleg moeten vaststellen welke betaler welk deel gaat vergoeden. Het kan helpen om aan te tonen welke besparingen er door het domeinoverstijgende deel gerealiseerd worden. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een business case, een gedetailleerde administratie van activiteiten of heldere voorbeelden van besparingen. De zorgverleners die we geïnterviewd hebben gaven aan dat een gedetailleerde administratie alleen in het begin nodig is.

Onderstaand kader geeft instanties en bronnen van informatie weer die behulpzaam kunnen zijn voor zorgverleners en andere betrokkenen die zoeken naar bekostigingsmogelijkheden van domeinoverstijgende samenwerking.

Huidige regelingen en praktische informatie voor domeinoverstijgende bekostiging

Er bestaan verschillende regelingen voor specifieke typen van domeinoverstijgende samenwerking en er is veel informatie beschikbaar die behulpzaam kan zijn bij het opzetten van domeinoverstijgende bekostiging. Ook zijn er instanties en organisaties die mee kunnen denken, adviseren en verbinden. Hieronder volgt een overzicht van belangrijke instanties en informatiebronnen.

De Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa heeft het mogelijk maken en faciliteren van zorg in regionale zorgnetwerken met sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking hoog op de agenda staan (ZIN en NZa, 2020; ZIN en NZa, 2023). Zij heeft voor verschillende typen domeinoverstijgende samenwerkingen regelingen opgesteld en kan meedenken over oplossingen voor nieuwe situaties.

Kijk [hier](#) voor algemene informatie over passende bekostiging van regionale samenwerking van de NZa.

Inspirerende voorbeelden over het organiseren van passende zorg en hoe de NZa deze ondersteund heeft door het creëren van nieuwe bekostigingsmogelijkheden zijn te vinden in [dit magazine](#).

Zorginstituut Nederland

Ook het Zorginstituut onderschrijft de noodzaak tot meer sector- en domeinoverstijgende samenwerking om de zorg kwalitatief goed en betaalbaar te houden (ZIN en NZa, 2020; ZIN en NZa, 2023). Het Zorginstituut is in eerste instantie gericht op de vaststelling van het basispakket. Voor sommige typen zorg en preventie kan het nuttig zijn om na te gaan of/in hoeverre deze binnen het basispakket vallen. Zo beschrijft [deze wegwijzer](#) de uitgangspunten van opname in het basispakket van leefstijlinterventies en is er informatie over de [voorwaarden voor vergoeding van gecombineerde leefstijlinterventies uit het basispakket](#).

Platform de Juiste Zorg op de Juiste Plek

Het JZOJP-platform biedt informatie over onder meer subsidieregelingen en een specifieke uitkering voor gemeenten voor domeinoverstijgend samenwerken: [Subsidies \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)

ZonMw

ZonMw heeft een subsidieprogramma gericht op ondersteuning van domeinoverstijgende samenwerking: [Ondersteuning regionale samenwerking | ZonMw](#)

Zorg voor innoveren

Zorg voor innoveren is het centrale aanspreekpunt vanuit de overheid voor innovaties in de zorg. Zij kan advies geven op maat en verbinding tot stand brengen met relevante partijen in haar netwerk. Ook is er [financiële wegwijzer](#) beschikbaar waarmee eenvoudig naar een geschikte subsidieverstrekker kan worden gezocht.

Nederland Zorgt voor Elkaar

- Nederland Zorgt Voor Elkaar (NZVE) is het landelijk netwerk van bewonersinitiatieven in welzijn, wonen en zorg en deelt kennis, ervaringen en onderzoek van en voor bewonersinitiatieven. Er is onder meer een [Wegwijzer Toekomstbestendige Financiering](#) waar bewonersinitiatieven meer inzicht kunnen krijgen in hun financiële situatie. Daarnaast is er informatie te vinden over mogelijke vormen van en strategieën voor het verkrijgen van bekostiging.

Betalers

De betalers van zorg zullen moeten bekijken welk deel van het domeinoverstijgende element van een initiatief zij kunnen bekostigen. Binnen de bestaande kaders heeft het sociale domein (gemeentes) meer vrijheidsgraden dan zorgverzekeraars en zorgkantoren. Uit de interviews blijkt echter dat ook zorgverzekeraars mogelijkheden hebben om deze zorg (deels) te financieren. Voor zorgverleners is het van belang dat een initiatief, bij gebleken succes, structureel gefinancierd wordt. Vaak wordt bekostiging gedaan via subsidies die vaak tijdelijk zijn, veel tijd vragen van zorgverleners om aan te vragen en geen zekerheid geven voor de toekomst. Betalers zullen daarom in onderling overleg en in overleg met zorgverleners moeten bekijken hoe een initiatief uiteindelijk structureel gefinancierd kan worden.

Wettelijke kaders

Voor de wettelijke kaders lijkt het erop dat betalers in een aantal gevallen mogelijkheden zien voor financiering van domeinoverstijgende initiatieven binnen de huidige kaders. Waar dit niet mogelijk blijkt, zullen alternatieven gezocht moeten worden. Het Zorginstituut en de NZa zijn volop bezig hiervoor mogelijkheden te creëren, maar dit blijft vooralsnog vooral binnen het domein van de Zvw, terwijl zorgverleners aangeven dat er ook mogelijkheden moeten komen voor zorg vanuit meerdere wettelijke kaders of dat er een goede overgang van het ene kader naar het andere zou moeten komen. Hiervoor zouden nieuwe bekostigingsmodellen opgezet kunnen worden, bijvoorbeeld gebaseerd op populatiebekostiging. Een voorbeeld hiervan kan zijn een regionaal budget, op basis van kenmerken van de bevolking, waarbij de relevante betalers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeentes) op basis van de regioplannen van het IZA kunnen vaststellen welke initiatieven op welke wijze bekostigd worden voor hun domeinoverstijgende deel van de zorg. Nadeel van zo'n systeem is dat er een nieuwe organisatie voor opgetuigd moet worden. Voor het sociaal domein lijkt de flexibiliteit binnen dat systeem (Wmo, jeugdzorg, participatiewet) bevorderend te zijn voor de mogelijkheden voor de financiering van domeinoverstijgende initiatieven. Een mogelijk knelpunt is echter dat sommige gemeentes budgettaire problemen ervaren, wat weer een risico kan zijn voor de continuïteit van deze initiatieven. Een expert wees erop dat in een samenwerkingsverband met meerdere gemeenten ook de positie van de grootste gemeente een rol speelt. Vooral als zij over meer financiële middelen beschikt dan de andere gemeenten kan ze een dominante positie innemen die samenwerking bemoeilijkt. Toekomstige bekostigingsmodellen zullen hiermee rekening moeten houden.

Wat is er mogelijk binnen bestaande wetgeving?

We zagen dat er in de praktijk voorbeelden zijn waarin ook binnen de huidige wetgeving oplossingen gevonden zijn. Er blijkt vaak meer mogelijk te zijn dan gedacht. Of daar gebruik van gemaakt wordt, is nu echter sterk afhankelijk van zaken zoals de vertrouwensrelatie met de financier, de bereidheid en mogelijkheid van de financier om mee te denken en over domeingrenzen heen te stappen of de beschikbaarheid van data en succesverhalen om een goede business case te maken. Samenwerken is daarmee vooral ook mensenwerk en gestoeld op goede relaties en onderling vertrouwen.

Voor een meer structurele oplossing zal echter meer gedacht moeten worden aan wijzigingen in de bekostigingssystematiek binnen de huidige wettelijke kaders. We zagen al dat er initiatieven zijn voor het creëren van nieuwe betaaltitels en het verruimen van mogelijkheden om zorg die moeilijk aan cliënten toe te rekenen is te vergoeden.

Wat kunnen financiers en beleidsinstanties doen?

- Zorg aan naasten / netwerk mogelijk maken. Naast cliëntvolgende financiering kan het mogelijk gemaakt worden om ook zorg te bekostigen die niet direct toe te schrijven is aan een individuele cliënt. Dat zou het bijvoorbeeld in bepaalde gevallen mogelijk maken dat ook naasten en mantelzorgers aanspraak kunnen maken op zorg, zoals bijvoorbeeld nazorg. Aangezien mantelzorg steeds belangrijker wordt voor een houdbaar zorgstelsel is dit een belangrijk aandachtspunt.
- Zorg voor bekostiging van overlegstructuren en andere relevante niet-clientgebonden activiteiten. Dit vergt wel een vorm van vertrouwen in de betreffende zorg- en hulpverleners dat het geld goed besteed wordt. Er wordt nu al gewerkt aan het creëren van nieuwe betaaltitels die het gemakkelijker maken om in bepaalde gevallen overleg direct te bekostigen, maar dit zou een meer structureel en algemeen karakter moeten krijgen. Een expert wees er bovendien op dat er ook oog moet zijn voor de administratieve druk. Soms gaat een groot deel van de middelen die toegekend zijn voor samenwerking naar de verantwoording van de besteding van diezelfde middelen. Dat raakt ook weer aan de belangrijke rol van het vertrouwen tussen partijen.
- Bekostiging op langere termijn uit de subsidiesfeer halen. Continuïteit van projecten is een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Door bij de subsidieverstrekking structurele bekostiging in te bouwen (door deze bijvoorbeeld afhankelijk te maken van de uitkomsten van een sociale rendementsberekening, zie hieronder) kan voorkomen worden dat deze tijd verloren gaat en er onzekerheid blijft bestaan over de continuïteit van een (succesvol) project. Financiers hebben soms mogelijkheden om budget ter beschikking te stellen vanuit innovatiepotjes of experimenten van zorgverleners te bekostigen. Er moet dan ook meteen oog zijn voor de langere termijn: bij bewezen succes van een domeinoverstijgend initiatief moet structurele financiering van meet af aan het doel zijn.
- Deels overlappende bekostiging bij overgang naar een ander wettelijk regime zou overgang voor cliënten en eventuele mantelzorgers soepeler maken. Zo kunnen zij bijvoorbeeld hun vertrouwde zorgverlener behouden. Dit draagt bij aan continuïteit van de zorg.
- Ruimte maken voor experimenteren. Bouw ook ruimte in om initiatieven de mogelijkheid te geven om op basis van een participatieve / netwerkgedreven, bottom-up aanpak met de betrokken stakeholders nieuwe oplossingen te vinden. Hierbij krijgen ook initiatieven waarbij de nieuwe, domeinoverstijgende aanpak niet van tevoren, maar al doende wordt vormgegeven, een kans. Bij een dergelijke aanpak is het lastig om van tevoren een business case te maken, en dat zou voor subsidiëring van initiatieven in de 'experimenteeruimte' dan ook niet nodig moeten zijn.
- Investeer in burgerinitiatieven. Burgerinitiatieven zijn kleinschaliger van aard, en bijvoorbeeld georganiseerd op wijk- of gemeenteniveau. Hieruit kunnen belangrijke lessen worden geleerd over wat werkt in welke context. Via lerende netwerken kan kennis worden opgebouwd en kunnen ervaringen worden uitgewisseld. Succesvolle initiatieven kunnen vervolgens worden opgeschaald naar andere, vergelijkbare wijken of gemeenten in de regio dan wel landelijk.

Wat kan een samenwerkingsnetwerk van zorgverleners zelf doen?

- Toon aan dat het domeinoverstijgende initiatief kostenbesparend werkt, eventueel aan de hand van concrete voorbeelden / casussen. Financiers zoals zorgverzekeraars moeten overtuigd worden van de meerwaarde van het project, of anders gezegd: een project dat kan aantonen dat uiteindelijk de geleverde zorg goedkoper wordt heeft meer kans op medewerking van een zorgverzekeraar. Dit aantonen kan een uitdaging zijn. Het uitvoeren van een (sociale) rendementsberekening (*social return on investment*) kan een goed hulpmiddel zijn, maar kan pas na de uitvoering van een project uitgevoerd worden. Het probleem van de initiële bekostiging van een project blijft daarmee bestaan.

- Een oplossing hiervoor kan zijn om klein te beginnen. Probeer financiers mee te krijgen om een klein project te bekostigen om te kijken of de aanpak werkt. Dat houdt het overzichtelijk en de risico's voor de financier zijn beperkt.
- Een kleiner begin heeft ook als voordeel dat ervaring opgedaan kan worden met declareren en toerekening binnen de verschillende wetten. Vanuit een beginbudget kan dan achteraf bepaald worden waar kosten verhaald kunnen worden.
- Initiële bekostiging van een project vereist derhalve een investering van zorgverleners en financiers, zowel financieel als sociaal. Vanuit deze samenwerking moet de bekostigingsnoodzaak en -behoeftes in een vroeg stadium gesignaleerd worden aan instanties zoals het Zorginstituut en de NZa, zodat zij mogelijkheden hiertoe kunnen creëren. Daarbij zou het helpen als er een duidelijk bekostigingstraject zou zijn waar initiatiefnemers mee aan de slag kunnen. Dat is vooral ook belangrijk omdat het nogal veranderlijk is wat mogelijk is. Het lijkt erop dat een goed overzicht van de mogelijkheden daarom nu wel eens ontbreekt.

Denken vanuit de patiënt

- De huidige bekostigingssystematiek is sterk gericht op individuele zorgdiensten, maar ook op gezondheidsproblemen van individuele mensen. Vanuit de Zvw en Wlz vindt bekostiging van zorg plaats nadat een verzekerde 'schade' heeft opgelopen. Er wordt nog te weinig vanuit de cliënt en diens welzijn gedacht, waardoor creatieve oplossingen voor bekostiging niet mogelijk zijn. Een voorbeeld is een gezin met een volwassen dochter die vrij zwaar verstandelijk beperkt is, maar prima functioneert. Eén van de ouders komt te overlijden en de andere ouder kan de huur niet meer betalen. Deze ouder wordt uit huis gezet en dochter komt in instelling terecht. Als er een oplossing voor de betaling van de huur was gekomen en deze ouder thuis had kunnen blijven en voor de dochter kunnen blijven zorgen, was dit veel goedkoper geweest.

Conclusie

In deze kennissynthese hebben we praktische en wetenschappelijke kennis over de problemen en oplossingen bij het bekostigen van domeinoverstijgende samenwerking in kaart gebracht. Samenwerkingsverbanden blijken inderdaad tegen problemen aan te lopen, maar vinden vaak ook oplossingen door goede onderlinge contacten en vertrouwen. Tegelijkertijd is het vinden van een goede manier om de samenwerking te bekostigen vaak een zaak van de lange adem. Bovendien zijn oplossingen niet altijd structureel en blijven daarmee een tijdelijk karakter houden.

Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen een oplossing bieden. De inzet daarvan binnen de huidige wettelijke kaders is echter vaak erg lastig. Dat betekent dat ook hier vaak geduld en volharding nodig zijn. Er wordt echter steeds meer mogelijk om samenhangende zorg te bekostigen. Het is belangrijk dat initiatieven zicht hebben én houden op de ontwikkelingen op dit gebied. Het zou zonde zijn als veelbelovende initiatieven om zorg breed te organiseren stuk lopen op gebrekkige informatie.

Vanwege het korte tijdsbestek hebben we in deze kennissynthese maar een gering aantal mensen kunnen interviewen en was de scan van de wetenschappelijke literatuur over bekostigingsmodellen beperkt. Daarbij is het wel opvallend dat er in de door ons bestudeerde artikelen nauwelijks oog is voor de praktische oplossingen die partijen bedenken om barrières voor domeinoverstijgende samenwerking te slechten. Het onderzoeken van het praktische repertoire dat partijen gebruiken om op creatieve manieren oplossingen te vinden kan hier heel vruchtbaar zijn.

Bij de oplossingen die nu ontwikkeld worden moet wel bedacht worden dat een structurele manier om bekostiging op regionaal niveau in te richten prioriteit moet blijven krijgen. Anders gezegd: het moet niet zo zijn dat het afhankelijk is van de regio waarin je woont of je goede zorg krijgt. Voor een

bekostiging van brede, domeinoverstijgende zorg op regionaal niveau, waarin regio's vrijheden hebben om de samenwerking op een passende manier te organiseren, is daarom ook een landelijk kader nodig.

Een stelselwijziging kan een oplossing zijn, maar zorgt ook weer voor nieuwe uitdagingen. Het lijkt erop dat er binnen de huidige wettelijke kaders mogelijkheden zijn om domeinoverstijgende initiatieven te financieren, zeker met de nieuwe mogelijkheden die nu onderzocht worden door het Zorginstituut en de NZa. Voor dat deel van de zorg dat niet op deze manier gefinancierd kan worden, doordat bijvoorbeeld woningbouwverenigingen of justitie betrokken zijn, zou een apart model opgetuigd kunnen worden. Hiervoor lijkt vanuit de literatuur een (populatie)budget-aanpak of per-capita bekostiging (*capitation*) de meest aangewezen bekostigingsvorm.

Literatuur

- Agarwal, R., Liao, J.M., Gupta, A., and Navathe, A.S. (2020). The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood)* 39 (1) p. 50-57
- Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2020). Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 77(6), 511-537
- Halder, G.E., Cardwell, J., Gao, H., Gardiner, H., Nutt, S., White, A., et al. (2020). Creating a bundled care payment model for treatment of pelvic floor disorders: introducing value into urogynecology. *Am J Obstet Gynecol* 223 (4) p. 538-542.e1
- Hayen, A. (2021). Een denkkader voor alternatieve bekostiging. Presentatie Uitkomstgericht organiseren en betalen. Programma Uitkomstgerichte Zorg, 8 juni 2021
- Hayen, A., van den Berg, M. J., Struijs, J. N., & Westert, G. P. (2021). Dutch shared savings program targeted at primary care: Reduced expenditures in its first year. *Health Policy*, 125(4), 489-494
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., Döpp, C. Zorgstandaard dementie 2020. Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. Utrecht: Dementiezorg voor elkaar, 2020. URL: <https://zorgstandaarddementie.nl/zorgstandaard/>. geraadpleegd 11 januari 2024
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., and Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 (1)
- Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek (2022). Kennisagenda Zorg en Ondersteuning op de Juiste Plek. Tweede Editie. URL: [Kennisagenda](#) geraadpleegd 12 oktober 2023
- Magid, B., Murphy, C., Lankiewicz, J., Lawandi, N., and Poulton, A. (2018). Pricing for safety and quality in healthcare: A discussion paper. *Infect Dis Health*. 23 (1) p. 49-53
- Miller, H. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs* 28, no.5 (2009):1418-1428
- Ministerie van VWS (2020). Kamerbrief Bekostiging Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg. 29 juni 2020
- Minister van VWS (2021). Kamerbrief over stand van zaken domein-overstijgende samenwerking. URL: [Kamerbrief over stand van zaken domein-overstijgende samenwerking | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#), geraadpleegd op 5 januari 2024
- Ministerie van VWS (2021). Wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking. URL: [Overheid.nl | Consultatie Domein-overstijgende samenwerking \(internetconsultatie.nl\)](#), geraadpleegd op 5 januari 2024
- Ministerie van VWS (2022). Besluit aanwijzing invoering prestatie algemene diensten of activiteiten zorg Parkinsonpatiënten. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047407/2022-11-01>, geraadpleegd op 5 januari 2024

- Ministerie van VWS (2023) Ministerie van VWS (2023). Kamerbrief voortgang Integraal Zorgakkoord: bekostiging domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking. URL: [Kamerbrief voortgang Integraal Zorgakkoord: bekostiging domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#), geraadpleegd op 11 januari 2024
- Mühlbacher, A.C., Amelung, V.E., and Juhnke, C. (2018). Contract Design: Financial Options and Risk. *Int J Integr Care* 18 (1) p. 1-7
- Ndayishimiye, C., Tambor, M., and Dubas-Jakóbczyk, K. (2023). Barriers and Facilitators to Health-Care Provider Payment Reform - A Scoping Literature Review. *Risk Manag Healthc Policy* 16 p. 1755-1779
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2023). Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis. URL: [Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis | Rapport | Rijksoverheid.nl](#) geraadpleegd 5 januari 2024
- OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Series, June 29, 2016
- Ouayogodé, M.H., Frazee, T., Rich, E.C., and Colla, C.H. (2020). Practices' Participation in Alternative Payment Models. *JAMA Netw Open* 3 (4) Pages e202019
- Perelman, J., Chaves, P., Almeida J.C.M. de, and Matias, M.A. (2018). Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *Int J Ment Health Syst.* 12 p. 12-25
- Raad van State (2023). Advies wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht. in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg. URL: [Advies W13.23.00088/III](#), geraadpleegd 11 januari 2024
- Ryan, A.M., and Rodgers, P.E. (2018). Linking Quality and Spending to Measure Value for People with Serious Illness. *J Palliat Med.* 21 (S2) p. s74-s80
- Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X, Ket, J., and Heijden, E. van der (2020). Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. *Milbank Q* Vol. 98 Issue 1 p. 197-222
- Taskforce JZOJP/De juiste zorg op de juiste plek (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>, geraadpleegd op 10 oktober 2023
- Yee, C.A., Pizer, S.D., and Frakt, A. (2020). Medicare's Bundled Payment Initiatives for Hospital-Initiated Episodes: Evidence and Evolution. *Milbank Q* 98 (3) p. 908-974
- Zhao, M. Hamadi, H., Haley, D.R., Xu, J., White-Williams, C., and Park, S. (2020). Telehealth: Advances in Alternative Payment Models. *Telemed J E Health* 26 (12) p. 1492-1499
- Zorginstituut Nederland (2023). Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw. URL: [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#), geraadpleegd op 3 januari 2024
- Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. URL: [Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' | Rapport | Zorginstituut Nederland](#), geraadpleegd op 2 februari 2024

Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Brief aan informateur prof. dr. Ronald Plasterk De toekomst van de zorg in Nederland. URL: [Brief van Zorginstituut en Nederlandse Zorgautoriteit over de toekomst van de zorg | Brief | Zorginstituut Nederland, geraadpleegd op 2 februari 2024](#)

Bijlage A Methoden

A.1 Literatuurscan

Zoektermen gebruikt in PubMed en de Web Of Science. Er is op deze termen gezocht in titel en abstract.

(payment model AND ("health care "OR "healthcare") OR ("pay* for" AND ("health care" OR "healthcare"))) OR (reimburse* AND ("health care" OR "healthcare") AND (("episode* payment "OR "accountable care "OR "alternative payment "OR "global base*"OR "risk base*"OR "value base*"OR "pay for perform*" OR P4P OR "pay-for-performance" OR "bundle* payment") AND (care integration OR "cooperation "OR "comprehensive "OR "care coordination" OR "health* system" OR "partnership" OR "collaboration"))

A.2 Interviewprotocol

Interviewprotocol Bekostigingsproblemen JZOJP

- Voorstellen

We willen u ten eerste hartelijk bedanken voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit interview. We zullen voor we met het interview beginnen starten met een heel kort voorstelrondje, waarna we vervolgens kort iets zullen vertellen over het doel van het onderzoek en in het bijzonder dit interview.

[kort voorstelrondje]

- Doel onderzoek & interview

Dan zal ik nu kort wat vertellen over het onderzoek. Het maakt deel uit van een kennissynthese voor het ministerie van VWS. De kennissynthese die door het Nivel wordt uitgevoerd gaat over bekostigingsproblemen en -oplossingen bij domeinoverstijgende samenwerking in het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Daarbij gaat het met name over initiatieven die te maken hebben met bekostiging uit verschillende wetgeving, zoals de Zvw, WMO en Wlz, en met name om de periode na een eventuele subsidie om het project op te starten. In de kennissynthese wordt ook gekeken naar organisatorische problemen. Dat deel nemen het RIVM en Vilans voor hun rekening.

Onderdeel van het onderzoek is het houden van interviews met partijen die ervaring hebben met belemmeringen voor samenwerking die voortkomen uit problemen met de bekostiging. Het doel van dit interview is om meer inzicht te krijgen in de praktische zaken waar je dan tegenaan loopt, en wat de oplossingen hiervoor waren of zouden kunnen zijn. Voel u dan ook vrij om uw gedachten daarover te delen!

Naast de interviews wordt ook een quickscan van literatuur uitgevoerd. De resultaten van het gehele onderzoek worden samengevat in een openbare rapportage die in 2024 beschikbaar gemaakt wordt via de website van het Nivel.

- **Praktische zaken interview**

Dan nog wat praktische zaken rondom het interview. Dit interview zal ongeveer een half uur duren en u kunt op elk moment aangeven te willen stoppen met het interview. Wanneer u hier geen bezwaar tegen heeft zal dit interview worden opgenomen. Wij zullen de opname straks aanzetten, waarna we u zullen vragen toestemming te geven voor uw deelname en de opname van dit interview. De opname zullen we gebruiken om van dit interview een verslag maken. Ik wil benadrukken dat de resultaten van dit interview anoniem verwerkt zullen worden. Na het starten van de opname zal ik u vragen of u er akkoord mee bent dat we uw functie en de organisatie / netwerk waar u voor werkt in een lijst opnemen in het onderzoeksrapport? [antwoord]

Heeft u zelf verder voor we beginnen nog vragen over dit interview of het onderzoek? [antwoord]

- **Opname starten en toestemming**

Dan zullen wij nu de opname starten. Geeft u toestemming voor afname van dit interview en het opnemen daarvan en dat we uw naam en de organisatie waarvoor u werkt opnemen in een lijst in het onderzoeksrapport? [antwoord]

Dank. Dan zullen wij nu starten met het interview.

Topiclijst

Algemeen

1. We hebben het hier over het project of projecten / initiatieven [.....]. Kunt u daar kort iets over vertellen?
2. Wat was de functie van de geïnterviewde(n) in dat project / initiatief?
3. Welke partijen / zorgdomeinen waren vertegenwoordigd in het project?
[Alleen vragen als dat nog niet duidelijk is]

Bekostiging

4. Is het project gestart met een subsidie?
Zo ja: op welk moment is men gaan nadenken over structurele financiering? Hoe werd de bekostiging geregeld?
Zo niet: hoe werden zij betaald / Hoe werd de bekostiging van de prestaties van de verschillende partijen geregeld?
5. Hoe wordt het project op dit moment gefinancierd?
6. Waren er problemen / knelpunten in het project die te maken hadden met de bekostiging van de verschillende partijen?
7. Wat waren de belangrijkste problemen / knelpunten in het project als het gaat om de bekostiging van de verschillende partijen?
8. (Hoe) was dit van invloed op de domeinoverstijgende samenwerking?

Oorzaken en oplossingen

9. Wat was de oorzaak van deze problemen (b.v. verschillende wetgeving, verschillende financiers, andere (ICT) systemen), ontbrekende betaaltitels?
 - a. Binnen de organisatie
 - b. Tussen de organisaties
 - c. Op systeemniveau
10. Is er een oplossing gevonden?
Zo ja: welke?
Zo niet: Wat zou een oplossing kunnen zijn voor de geconstateerde problemen (ander bekostigingsmodel)?
11. Wat is er qua bekostiging nodig om te komen tot een domeinoverstijgende samenwerking?
[Denk bijvoorbeeld aan afspraken tussen partners voor bekostiging, of aan afspraken met externe financiers voor bekostiging (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeente, NZa,..)]

Afsluiting

12. Andere punten die nog niet ter sprake zijn gekomen?

Vragen of er interesse bestaat om de belangrijkste bevindingen van de synthese te bespreken.

A.3 Lijst van geïnterviewde personen en geraadpleegde experts

1. Elise Hol, oprichter en projectleider, de Twentse Koers
2. Anneke Meijer, projectmanager, de Friese Preventie Aanpak
3. Loes van de Voort, ketenregisseur, Hulp bij dementie Midden-Limburg
4. Antoinette van Rinsum, ketencoördinator, Dementienetwerk Breda en omgeving
5. Leontine Smeets, projectleider ad interim, Dubbelzorgvragers; een regionaal samenwerkingsproject in de ouderenzorg en GGZ in Zuid-Limburg: (white label namens de volgende organisaties: MeanderGroep Zuid-Limburg, Mondriaan, Cicero Zorggroep, Sevagram, Levanto Groep, Envida, Zuyderland Care en Bergweide)
6. Lisette Dickhoff, kassier, Hulp bij dementie Midden-Limburg
7. Hilbrand Jacobs, procesbegeleider en systeemverbinder
8. Karin van der Steen, Proscoop
9. Karlijn van Rijen, Coöperatie Slimmer Leven