

Stappenplan realiseren structurele financiering innovatieve ouderenzorg



Marc Soeters
Gerrold Verhoeks



Stappenplan realiseren structurele financiering innovatieve ouderenzorg

Inhoud

Samenvatting	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Inhoud, afbakening en doelgroep stappenplan	9
1.3 Aanpak opstellen stappenplan	10
Hoofdstuk 2 Voorbereiding	11
2.1 Stap 1: Verdiep je in de wereld van de financiers	11
2.2 Stap 2: Presenteer de kosten en baten helder voor de financier	14
Hoofdstuk 3 Uitvoering bij innovaties die in één domein vallen	16
3.1 Stap 3: Bepaal of de innovatie duidelijk in één domein thuishoort	16
3.2 Stap 4: Stel vast wat de meest passende wijze van bekostiging is	17
Hoofdstuk 4 Besluitvorming bij meerdere betrokken financiers	20
4.1 Stap 5: Bekijk het integrale plaatje en betrek zo nodig ook andere financiers	20
Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie	23

Samenvatting

Inleiding

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) heeft de start van tal van innovatieve projecten mogelijk gemaakt. Het betreft veelal projecten die een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en wonen proberen te realiseren voor kwetsbare ouderen. Veel van deze projecten laten inmiddels veelbelovende uitkomsten zien. Voor ouderen is het van belang dat deze kwaliteitsslag niet tijdelijk is, maar structureel geborgd wordt. Hiervoor is structurele bekostiging een noodzakelijke voorwaarde.

Het realiseren van structurele financiering na afloop van de projectfase is echter zelden eenvoudig. Naar aanleiding van een door vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ uitgevoerde inventarisatie van financieringskelpunten wil ZonMw de verschillende partijen die betrokken zijn bij de NPO-projecten ondersteunen bij het verkrijgen van structurele financiering. ZonMw heeft daartoe aan ZorgmarktAdvies gevraagd een stappenplan te ontwikkelen voor het verkrijgen van structurele financiering voor innovaties in de ouderenzorg.

Het stappenplan richt zich concreet op de volgende partijen:

- Projectleiders van innovatieve projecten in de ouderenzorg
- Financiers van innovatieve ouderenzorg: zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten

Het is mogelijk het stappenplan breder toe te passen dan alleen in de ouderenzorg. Ook is het stappenplan beschikbaar voor doorontwikkeling. Op basis van de ervaringen van partijen met het stappenplan kan het stappenplan verder worden ingevuld en aangescherpt.

Het stappenplan valt uiteen in vijf stappen:

Onderdeel	Stap	Actie	Verantwoordelijke
Vorbereiding	Stap 1	Verdiep je in de wereld van de financiers	<i>Projectleider</i>
	Stap 2	Presenteer de kosten en baten helder voor de financier	<i>Projectleider i.s.m. (vertegenwoordigers van) ouderen</i>
Uitvoering bij innovaties die in één domein vallen	Stap 3	Bepaal of de innovatie duidelijk in één domein thuis hoort	<i>Projectleider i.o.m. financiers</i>
	Stap 4	Stel vast wat de meest passende wijze van bekostiging is	<i>Projectleider i.o.m. financiers</i>
Besluitvorming bij meerdere betrokken financiers	Stap 5	Bekijk het integrale plaatje en betrek zo nodig ook andere financiers	<i>Financiers</i>

Vorbereiding

Stap 1: Verdiep je in de wereld van de financiers

- *Projectleider*

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn de financiers van zorg en welzijn en daarmee de belangrijkste partijen voor de bekostiging van zorg, ondersteuning en preventie. Om zo goed mogelijk te kunnen aansluiten bij de wensen en belangen van de financiers is het noodzakelijk de cultuur en werkwijze van de financiers te begrijpen. Het is minimaal van belang de hierna volgende zaken goed te realiseren:

- Tussen de verzekeringen Zvw en Wlz enerzijds en de Wmo 2015 anderzijds bestaan fundamentele verschillen
- Zorgverzekeraars en gemeenten lopen financieel risico
- Zorgkantoren lopen geen financieel risico, maar zijn gebonden aan strikte regels
- Financiers kijken primair naar hun wettelijke verplichtingen en de kosten en baten binnen hun eigen stelsel
- Financiers stellen hoge eisen aan het toekennen van structurele financiering
- Het te doorlopen proces voor het verkrijgen van structurele financiering is onduidelijk
- Het besluitvormingsproces van de financier kent zijn eigen dynamiek

Stap 2: Presenteer de kosten en baten helder voor de financier

- *Projectleider i.s.m. (vertegenwoordigers van) ouderen*

Om voor structurele bekostiging in aanmerking te komen is het van belang om gemeenten en zorgverzekeraars van de juiste informatie te voorzien voor de financiële besluitvorming. Wetenschappelijke publicaties zijn in de regel niet geschikt om financiers te informeren. Deze documenten zijn voor een ander doel en een ander publiek geschreven. Het is van groot belang de beleidsadviseurs bij de financiers op een toegankelijke wijze te informeren over de meerwaarde van de innovatie. Stel daartoe een beknopte business case op waarin alle relevante informatie voor de financier in begrijpelijk Nederlands op een rij staat. Het document dient in elk geval in te gaan op de volgende drie zaken:

1. Hoe en in welke mate de innovatie de kwaliteit van leven van de doelgroep verbetert
2. Wat de financiële kosten en baten van de innovatie zijn en bij welke partij(en) ze neerslaan
3. Onder welke voorwaarden en bij welke doelgroep de innovatie het meeste effect heeft

Uitvoering bij innovaties die in één domein vallen

Stap 3: Bepaal of de innovatie duidelijk in één domein thuishoort

- *Projectleider i.o.m. financiers*

Bij stap 3 dienen de volgende vragen te worden beantwoord:

- Is er sprake van een taak in het kader van de Wmo?
- Is er sprake van een aanspraak in het kader van de Zvw?
- Is er sprake van een aanspraak in het kader van de Wlz?

Een innovatie kan duidelijk betrekking hebben op één domein. Het is in dat geval meestal helder wie de relevante financiers zijn. In dat geval kunnen de relevante financiers zelf de meerwaarde van de innovatie bepalen ten opzichte van de kosten en ten opzichte van uitgaven aan andere vormen van zorg, ondersteuning en preventie.

Stap 4: Stel vast wat de meest passende wijze van bekostiging is

- *Projectleider i.o.m. financiers*

In het geval bij stap 3 is vastgesteld dat de innovatie duidelijk betrekking heeft op één domein, dan is de volgende stap de meest passende wijze van bekostiging te bepalen. Gemeenten hebben wettelijk heel veel ruimte om zelf de bekostiging te bepalen voor hulp, ondersteuning en zorg. Voor de Zvw en de Wlz is echter in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgelegd dat het verboden is om zorgprestaties in rekening te brengen die niet door de NZa zijn vastgesteld. Indien een innovatieve zorgvorm niet onder een bestaande zorgprestatie, zoals een DBC valt, moet bij de NZa een route worden doorlopen voor een aanvraag van een nieuwe zorgprestatie. Deze procedure vergt echter wel de nodige tijd. Onderstaande tabel geeft een beknopt overzicht van de huidige alternatieve mogelijkheden voor bekostiging van innovaties vanuit de Zvw en de Wlz.

Huidige alternatieve mogelijkheden voor bekostiging van innovaties in Zvw en Wlz	
Zvw	<ul style="list-style-type: none">• NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties• Segmenten in de bekostiging die nu al meer ruimte bieden voor innovatieve zorgprestaties, zoals segment 3 in de huisartsenbekostiging• Mogelijkheid facultatieve prestatie voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, eerstelijns psychologische zorg en farmacie
Wlz	<ul style="list-style-type: none">• NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties• Experimenteerartikel: via een algemene maatregel van bestuur kan bij wijze van experiment worden afgeweken van de teksten in de Wlz. Afwijkingen ten aanzien van de kring van verzekerden en de aanspraken zijn echter uitgesloten• Onder artikel 10.1.2 van de Wlz is het via een experiment ook mogelijk om verzekerden één volledig integraal pakket aan diensten aan te bieden over de verschillende domeinen heen (Wlz, Zvw, Jeugdwet en Wmo).• Landelijke programma's die kwaliteit en innovatie willen bevorderen, zoals het programma Waardigheid en Trots voor de verpleeghuissector• Het dialoogmodel in de zorginkoop biedt aanbieders mogelijkheden om financiering van zorginnovaties te realiseren via een prijsopslag.

De minister van VWS heeft onlangs een wetsvoorstel ingediend om de Wmg te wijzigen. In de nieuwe Wmg wordt geregeld dat prestatiebeschrijvingen vrij zijn, tenzij uit de ministeriële regeling blijkt dat een zorgvorm gereguleerd is. Dit biedt op termijn veel mogelijkheden voor bekostiging van innovaties.

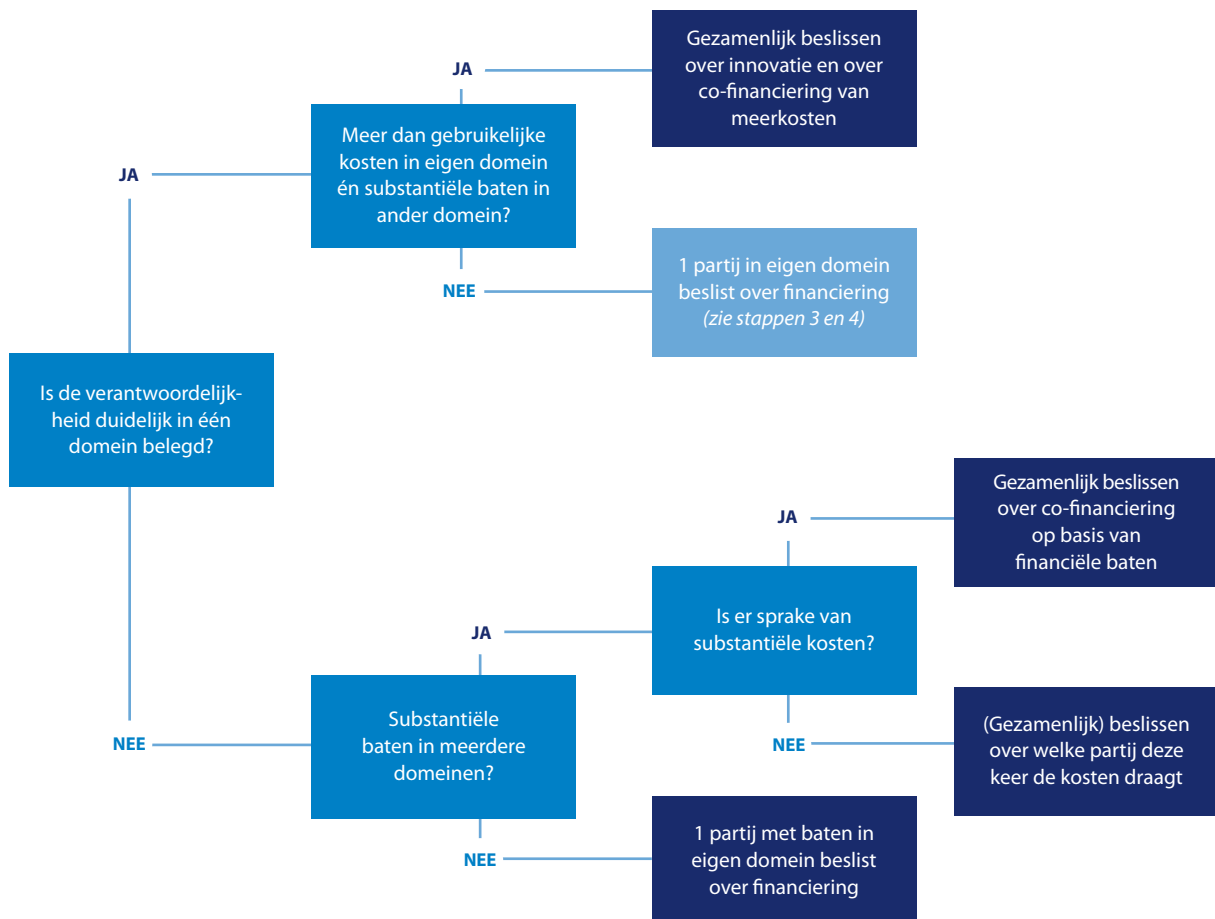
Besluitvorming bij meerdere betrokken financiers

Stap 5: Bekijk het integrale plaatje en betrek zo nodig ook andere financiers - Financiers

Bij de stappen 3 en 4 is het te doorlopen proces besproken indien een innovatie duidelijk in één domein thuishoort en de volledige kosten ten laste van dat domein komen. Stap 5 richt zich op de besluitvorming over de (structurele) financiering van innovaties in de volgende gevallen:

- Innovaties waarbij de verantwoordelijkheid duidelijk in één domein is belegd, maar met meerkosten en substantiële baten in andere domeinen
- Innovaties waarbij de verantwoordelijkheid niet duidelijk in één domein is belegd

Het onderstaande schema geeft een handreiking voor de besluitvorming over de (structurele) financiering van innovaties bij meerdere betrokken financiers:



Inleiding

1.1 Aanleiding

Het Nationaal Programma Ouderenzorg

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) verbetert de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Voor ouderen leidt deze kwaliteitsslag tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder beroep op zorg en minder kans op zorg en behandelingen die onnodig belastend zijn.

De acht Universitaire Medische Centra (UMC's) hebben het voortouw genomen om samenwerkingsverbanden in de regio op te zetten. Ruim 650 organisaties die een rol spelen in de zorg voor kwetsbare ouderen maken hier deel van uit. De organisaties werken in circa 75 projecten en experimenten samen. Het gaat daarbij om zorg over de volle breedte: medische zorg, langdurige zorg, welzijn, mantelzorg en preventie. Ouderen participeren zelf actief in het NPO. ZonMw voert de regio en de Programmacommissie is verantwoordelijk voor de uitvoering.

Structureel borgen kwaliteitsslag

Het NPO heeft de start van tal van innovatieve projecten mogelijk gemaakt. Het betreft veelal projecten die een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en wonen proberen te realiseren voor kwetsbare ouderen. Veel van deze projecten laten inmiddels veelbelovende uitkomsten zien. Voor ouderen is het van belang dat deze kwaliteitsslag niet tijdelijk is, maar structureel geborgd wordt. Hiervoor is structurele bekostiging een noodzakelijke voorwaarde.

Het realiseren van structurele financiering na afloop van de projectfase is echter zelden eenvoudig. Vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ hebben een inventarisatie gemaakt van financieringsknelpunten bij het structureel doorvoeren van vernieuwingen in de ouderenzorg. Op basis van een inventarisatie in vier ouderenzorgnetwerken (Amsterdam, Leiden, Rotterdam en Utrecht; het netwerk in Limburg herkent de geschetste knelpunten) en vanuit de leergemeenschap Transmurale zorg is een overzicht gemaakt van de financieringsknelpunten die ervaren worden bij de implementatie van NPO-innovaties.

Voor veel NPO-projecten geldt dat om vier redenen het realiseren van structurele financiering extra lastig is:

- Er zijn vaak meerdere mogelijke financiers betrokken
- Door het innovatieve karakter passen de projecten niet altijd even goed in de reguliere bekostiging
- Er is sprake van onvoldoende aansluiting op de cultuur en wijze van opereren van de financiers
- De baten van het project slaan (deels) bij één of meer andere partijen neer dan de kosten

ZonMw vindt het belangrijk dat de in de verschillende NPO-projecten gerealiseerde kwaliteitswinst voor de ouderen structureel beschikbaar blijft. Naar aanleiding van de door vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ uitgevoerde inventarisatie van financieringsknelpunten wil ZonMw de verschillende partijen die betrokken zijn bij de NPO-projecten ondersteunen bij het verkrijgen van structurele financiering. ZonMw heeft daartoe aan ZorgmarktAdvies gevraagd een stappenplan te ontwikkelen voor het verkrijgen van structurele financiering voor innovaties in de ouderenzorg. Het stappenplan is echter ook bruikbaar voor financiering van innovaties in andere delen van de zorg.

1.2 Inhoud, afbakening en doelgroep stappenplan

Inhoud en afbakening stappenplan

Het voorliggende stappenplan biedt inzicht in:

- De acties die ondernomen moeten worden om structurele financiering te verkrijgen voor innovatieve projecten in de ouderenzorg
- De verantwoordelijkheidsverdeling bij het uitvoeren van de acties
- Tips en valkuilen bij de verschillende te ondernemen acties, waardoor de betreffende actie zo succesvol mogelijk kan worden uitgevoerd

Het stappenplan kent de volgende inhoudelijke afbakening:

- Het stappenplan richt zich op het realiseren van structurele financiering voor innovatieve projecten in de ouderenzorg met aantoonbare meerwaarde. Het stappenplan richt zich dus niet op het bedenken, opzetten of gaan uitvoeren van innovatieve projecten.
- Het stappenplan richt zich op innovatieve projecten waarbij de kosten en baten (wetenschappelijk) zijn onderzocht. Indien er geen kwantitatief inzicht is in de kosten en baten van de innovatie dient hier eerst onderzoek naar te worden gedaan alvorens het realiseren van structurele financiering aan de orde kan zijn.

Het stappenplan is beschikbaar voor doorontwikkeling. Op basis van de ervaringen van partijen met het stappenplan kan het stappenplan verder worden ingevuld en aangescherpt.

Doelgroep stappenplan

Het stappenplan is enerzijds ontwikkeld naar aanleiding van de worsteling van veel NPO-projecten met het realiseren van structurele bekostiging. Het stappenplan ondersteunt daarmee de verschillende partijen die betrokken zijn bij de NPO-projecten bij het realiseren van structurele financiering. Het stappenplan is echter anderzijds zodanig geschreven dat het in principe alle innovatieve projecten kan helpen bij het realiseren van structurele financiering. Het stappenplan is dus ook bruikbaar voor nieuwe samenwerkingsverbanden in andere regio's.

Het stappenplan richt zich concreet op de volgende partijen:

- Projectleiders van innovatieve projecten in de ouderenzorg
- Financiers van innovatieve ouderenzorg: zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten

1.3 Aanpak opstellen stappenplan

Ingezette onderzoeksinstrumenten

ZorgmarktAdvies heeft het stappenplan opgesteld met behulp van:

1. Literatuurstudie

Voor het opstellen van het stappenplan heeft ZorgmarktAdvies relevant, bestaand onderzoek bestudeerd en benut.

2. Uitgevoerde analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten

Separaat van het opstellen van het stappenplan heeft ZorgmarktAdvies ook een analyse van vier NPO-projecten uitgevoerd. Bij deze analyse zijn ondermeer de belemmeringen voor het realiseren van structurele bekostiging in kaart gebracht. Bij het opstellen van het stappenplan heeft ZorgmarktAdvies de lessen uit de analyse van de belemmeringen voor de structurele bekostiging bij de vier NPO-projecten benut.

3. Eigen analyse

Bij het opstellen van het stappenplan heeft ZorgmarktAdvies geput uit eerdere ervaringen met het realiseren van structurele bekostiging en financiering voor projecten in zorg en welzijn.

Betrokkenheid ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars bij opstellen stappenplan

Het NPO heeft als doel een samenhangend zorgaanbod realiseren dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van kwetsbare ouderen. Vanuit die doelstelling was het van belang om (het perspectief van) ouderen ook te betrekken bij het ontwikkelen van het stappenplan. Daarnaast lag het voor de hand om de twee belangrijkste financiers, de zorgverzekeraars en de gemeenten, te betrekken. Concreet heeft ZorgmarktAdvies de ouderen, zorgverzekeraars en gemeenten op de volgende manieren betrokken bij het ontwikkelen van het stappenplan:

1. De uitwerking van het stappenplan heeft ZorgmarktAdvies laten begeleiden door een begeleidingscommissie. In de begeleidingscommissie zaten vertegenwoordigers van ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars. De deelnemers hebben elk vanuit hun eigen perspectief schriftelijk gereageerd op het conceptstappenplan. Bijlage 1 bevat de personele samenstelling van de begeleidingscommissie.
2. In het kader van het onderzoek 'Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten' heeft ZorgmarktAdvies per project indien mogelijk de belangrijkste betrokken gemeenten, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) ouderen geïnterviewd. De interviewgesprekken hebben ook input opgeleverd voor de totstandkoming van het stappenplan.
3. ZorgmarktAdvies heeft het concept stappenplan voor commentaar voorgelegd aan de onder punt 2 genoemde geïnterviewden. Vanuit geïnterviewde (vertegenwoordigers van) ouderen, zorgverzekeraars en gemeenten is feedback ontvangen bij het concept stappenplan. Met deze feedback heeft ZorgmarktAdvies het stappenplan concreter kunnen invullen en verder kunnen verbeteren.

Voorgaande geeft inzicht in de betrokkenheid van ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars bij de totstandkoming van het stappenplan. Daarnaast heeft ZorgmarktAdvies er ook voor gezorgd dat in het stappenplan zelf, waar aan de orde, het perspectief van de ouderen, alsmede het perspectief van de financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) aandacht heeft gekregen. In het stappenplan is aangegeven wanneer en hoe ouderen(organisaties), gemeenten en zorgverzekeraars betrokken dienen te worden.

Vorbereiding

2.1 Stap 1: Verdiep je in de wereld van de financiers - Projectleider

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn de financiers van zorg en welzijn en daarmee de belangrijkste partijen voor de bekostiging van zorg, ondersteuning en preventie. Om zo goed mogelijk te kunnen aansluiten bij de wensen en belangen van de financiers is het noodzakelijk de cultuur en werkwijze van de financiers te begrijpen. Het is minimaal van belang de hierna volgende zaken goed te realiseren.

Tussen de verzekeringen Zvw en Wlz enerzijds en de Wmo 2015 anderzijds bestaan fundamentele verschillen

De Wmo 2015 kent geen scherp afgebakende verplichtingen maar na te streven maatschappelijke doelen. De focus van de gemeenten als uitvoerders van de Wmo 2015 ligt op het binnen de beschikbare budgettaire ruimte benutten van de mogelijkheden om maatschappelijke doelen te realiseren. Gemeenten hebben binnen de kaders van de lokale democratie alle vrijheid om innovaties structureel te bekostigen. Er zijn hiervoor geen wettelijke belemmeringen in de Wmo 2015.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren richten zich primair op hetgeen waartoe ze wettelijk verplicht zijn. Hun focus is gericht op het voldoen aan de door de overheid geformuleerde aanspraken van het verzekerde pakket. Indien een innovatie geen door de overheid vastgestelde aanspraak is, zullen zorgverzekeraars en zorgkantoren terughoudend zijn om hieraan structureel geld uit te geven (zie ook hoofdstuk 3 voor de te nemen stappen indien zorg nog geen aanspraak is). In het geval van zorgkantoren is dit zelfs niet eens toegestaan. Zorgverzekeraars hebben wel de vrijheid om te investeren in innovaties buiten de aanspraken om, maar doen dit voor eigen rekening en risico en maken dus veelal een kosten-batenafweging.

Zorgverzekeraars en gemeenten lopen financieel risico

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn als financier op een belangrijk aspect grotendeels vergelijkbaar: beide partijen lopen risico over de uitgaven die ze doen. Ze krijgen vooraf vastgestelde bedragen mee vanuit respectievelijk de risico-verevening en het gemeentefonds¹. Als deze bedragen niet toereikend zijn, moeten ze bezuinigen of de inkomsten verhogen. De marges om de inkomsten te verhogen zijn echter smal. Bij zorgverzekeraars beperkt de onderlinge concurrentie de ruimte om de premies te verhogen. Gemeenten kunnen slechts een heel beperkt deel van hun inkomsten zelf verhogen.

Zorgkantoren lopen geen financieel risico, maar zijn gebonden aan strikte regels

Zorgkantoren lopen geen financieel risico over de zorguitgaven. Mede om die reden zijn er strikte regels waar zorgkantoren aan moeten voldoen. In hoofdlijnen komt het erop neer dat zorgkantoren alleen geïndiceerde zorg mogen vergoeden. In de praktijk bekostigt het zorgkantoor met name zorgzwaartepakketten (zzp's)². Zie ook hoofdstuk 3 over de bekostiging.

¹ De risicoverevening in de Zvw en het gemeentefonds voor de Wmo en Jeugdwet compenseren zorgverzekeraars respectievelijk gemeenten vooraf voor verwachte kostenverschillen die te maken hebben met populatiekenmerken. Zorgverzekeraars en gemeenten (Wmo) krijgen vanuit deze regelingen bijvoorbeeld meer geld naarmate hun populatie ouder is. Terwijl gemeenten met veel ouderen wellicht lagere bijdragen krijgen uit het gemeentefonds voor de Jeugdwet.

² Daarnaast bekostigt het zorgkantoor ook de leveringsvormen Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis. Ook kunnen cliënten onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een pgb.

Financiers kijken primair naar de verhouding van de kosten en baten binnen hun eigen stelsel

Bij de besluitvorming over structurele bekostiging kijken de zorgverzekeraars en de gemeenten primair naar de kosten en baten die gerealiseerd worden binnen hun eigen stelsel. Als bij een project de totale baten de totale kosten overtreffen, dan is er een positieve maatschappelijke businesscase. Toch is dit nog geen garantie voor het soepel tot stand komen van structurele bekostiging. De kosten en de baten kunnen namelijk bij verschillende partijen neerslaan. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat partij A verantwoordelijk is voor de bekostiging, terwijl de baten voornamelijk neerslaan bij financier B. Ook is het denkbaar dat er in de eerstelijns kosten moeten worden gemaakt, terwijl er in de tweedelijns besparingen worden gerealiseerd.

Financiers stellen hoge eisen aan het toekennen van structurele financiering

Voor tijdelijke projecten is er bij zorgverzekeraars en gemeenten vaak nog wel ergens financiële ruimte te vinden. Bijvoorbeeld door een tijdelijke meevaller op de begroting. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn doorgaans echter veel terughoudender met het aangaan van nieuwe structurele financiële verplichtingen. De beschikbare financiële middelen worden grotendeels aangewend voor de bekostiging van de reguliere activiteiten bij de bestaande aanbieders. Om iets nieuws structureel te kunnen financieren, moet er vaak ruimte worden gevonden door te bezuinigen op bestaande structurele uitgaven. In het geval er wel structurele financiële ruimte beschikbaar is voor nieuwe uitgaven moeten de financiers vaak kiezen uit tal van wensen voor nieuw beleid. De eisen die aan de bekostiging van structurele uitgaven worden gesteld zijn dus bijna altijd strenger dan de eisen die gesteld worden bij de bekostiging van tijdelijke projecten.

Het te doorlopen proces voor het verkrijgen van structurele financiering is onduidelijk

Waar voor projectsubsidies vaak nog beschreven procedures bestaan met vaste formats voor het verkrijgen van subsidie, ontbreekt een dergelijke procedure voor het verkrijgen van structurele bekostiging. Om toch succesvol te zijn in het verkrijgen van structurele bekostiging is het noodzakelijk om de innovatie goed te presenteren en aan te sluiten bij het perspectief van de financier.

Het is belangrijk om hierbij ook eventuele substitutie-effecten binnen de Zvw inzichtelijk te maken. Geef in dat geval ook aan op welke wijze het effect wordt gemeten en gerealiseerd. Vaak is een investering nodig in de eerste lijn (extra structurele kosten) en dienen de baten in de tweedelijns te worden gerealiseerd. De focus ligt vaak wel op de structurele financiering en implementatie in de eerste lijn. De wijze waarop de kostenreductie in de tweede lijn wordt gerealiseerd krijgt echter vaak minder aandacht. Het meenemen van beide delen van het substitutie-effect maakt het voor de financiers gemakkelijker om mee te gaan in een structurele bekostiging.

Het besluitvormingsproces van de financier kent zijn eigen dynamiek

Het besluitvormingsproces van de financiers kent een eigen dynamiek. Met name bij zorgverzekeraars en zorgkantoren verloopt het zorginkoopproces volgens een vaste kalender. De zorginkoopkalender is erg bepalend voor de doorlooptijd en de mogelijkheden (zie tabel 2.1 voor de zorginkoopkalender Zvw en tabel 2.2 voor de zorginkoopkalender Wlz). De opname van een innovatie in een regulier contract met een zorgverzekeraar kan zomaar een jaar duren.

Tabel 2.1 – Zorginkoopkalender Zvw

Data	Activiteit
1 april	Bekendmaking zorginkoopbeleid per sector
mei / juni	Start zorginkoop
juni	Contractteksten beschikbaar
31 oktober	Onderhandelingen afgerond
19 november	Informatie beschikbaar voor verzekerden over gecontracteerde zorg
1 januari	Ingangsdatum nieuwe contracten

Tabel 2.2 – Zorginkoopkalender Wlz

Data	Activiteit
begin april	Zorgkantoor / ZN maakt contouren inkoopkader Wlz bekend
1 juni	Zorgkantoor / ZN maakt zorginkoopkader Wlz bekend
21 juni	Zorgaanbieder kan vragen indienen t.b.v. nota van inlichtingen
uiterlijk 1 juli	Zorgkantoor stelt nota van inlichtingen beschikbaar
uiterlijk 1 augustus	Zorgaanbieder schrijft in (incl. zelfanalyse en ontwikkelplan)
augustus / september	Dialogoorgaanbieder – zorgkantoor
uiterlijk 10 oktober	Voorlopige contractering
1 november	Definitieve contractering en indienen budgetformulier bij NZa

De bekostiging van een innovatie maakt meer kans als deze aansluit bij de prioriteiten die zorgverzekeraars stellen in hun zorginkoopbeleid. Zorgverzekeraars werken namelijk vaak met prioritaire thema's. Als een project aansluit bij een prioritair thema is de kans op bekostiging groter. Een goede business case kan echter andersom ook de keuze van een zorgverzekeraar voor een prioritair thema beïnvloeden. Zorgverzekeraars zullen eerder voor een thema kiezen als er goede business cases beschikbaar zijn.

Voor het beïnvloeden van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars dient tijdig gestart te worden. Bij voorkeur wordt gestart vanaf half november, als de zorginkoop grotendeels is afgerond en het nieuwe inkoopjaar in beeld komt. Nota bene: een eventueel contract gaat dan dus pas 13 maanden later in.

2.2 **Stap 2: Presenteer de kosten en baten helder voor de financier** - *Projectleider i.s.m. (vertegenwoordigers van) ouderen*

Om voor structurele bekostiging in aanmerking te komen is het van belang om gemeenten en zorgverzekeraars van de juiste informatie te voorzien voor de financiële besluitvorming, bij voorkeur in de vorm van een business case. De meerwaarde van de innovatie moet beknopt, helder en zakelijk duidelijk worden gemaakt. Meerwaarde moet hier vrij letterlijk worden genomen. De uitgaven aan de innovatie worden in de besluitvorming immers letterlijk afgewogen tegen andere mogelijke nieuwe (en bestaande) uitgaven. Het in kaart brengen en helder presenteren van de kosten en baten is de verantwoordelijkheid van de projectleider. Het is wenselijk dat de projectleider daarbij nauw samenwerkt met (vertegenwoordigers van) ouderen. Zij hebben immers belang bij structurele implementatie van de innovatie.

Stel speciaal voor de financiers een business case op waaruit de meerwaarde van de innovatie blijkt

Wetenschappelijke publicaties zijn in de regel niet geschikt om financiers te informeren. Deze documenten zijn voor een ander doel en een ander publiek geschreven. Bij de financiers bereiden beleidsadviseurs de besluitvorming over het al dan niet verstrekken van structurele financiering voor. Zij hebben geen tijd om uitgebreide, Engelstalige wetenschappelijke artikelen en/of proefschriften te bestuderen. Daar komt bij dat de statistische genuanceerdheid in veel wetenschappelijke publicaties het voor de gemiddelde beleidsadviseur onmogelijk maakt om heldere conclusies te trekken ten aanzien van de kosten en baten van de innovatie. In dat geval zal de advisering aan de besluitvormers en de besluitvorming zelf al snel negatief uitpakken. Het is dus van groot belang de beleidsadviseurs op een toegankelijke wijze te informeren over de meerwaarde van de innovatie. Stel daartoe een beknopte business case op waarin alle relevante informatie voor de financier in begrijpelijk Nederlands op een rij staat. Het document dient in elk geval in te gaan op de volgende drie zaken:

1. Hoe en in welke mate de innovatie de kwaliteit van leven van de doelgroep verbetert
2. Wat de financiële kosten en baten van de innovatie zijn en bij welke partij(en) ze neerslaan
3. Onder welke voorwaarden en bij welke doelgroep de innovatie het meeste effect heeft

Hierna lichten we de drie aspecten kort toe.

Ad 1. Beschrijf hoe en in welke mate de innovatie de kwaliteit van leven van de doelgroep verbetert

Beschrijf zo beknopt en zakelijk mogelijk hoe de innovatie leidt tot een betere kwaliteit van leven voor de doelgroep. Denk hierbij aan zaken als gezondheidswinst, tegengaan van functieverlies, langer zelfstandig thuis wonen en andere verbeteringen die primair gerealiseerd worden bij de doelgroep van de innovatie. Het is belangrijk dat de verbetering heel concreet wordt weergegeven. In een paar zinnen moet helder zijn waar het over gaat.

Pas op met het gebruik van QALY's en verbeteringen op de KATZ-schaal. Deze uitkomstmaten zijn wetenschappelijk gebruikelijk en maken het mogelijk interventies op een objectieve wijze met elkaar te vergelijken. De genoemde waarden zijn echter ook erg abstract. Een verbetering van 0,1 op de KATZ-schaal zal de gemiddelde beleidsadviseur weinig zeggen. Gebruik dergelijke cijfers vooral om te illustreren dat de eerder genoemde verbeteringen van de kwaliteit van leven ook daadwerkelijk wetenschappelijk zijn aangetoond.

Bij het onderzoeken en beschrijven van de wijze waarop de innovatie de kwaliteit van leven van de doelgroep verbetert, dient de doelgroep zelf uiteraard nauw betrokken te worden. De ouderen zelf kunnen immers het beste aangeven in hoeverre zij gezondheidswinst, vermindering van functieverlies, een betere kwaliteit van leven en andere effecten ervaren. Vanuit dat perspectief is het van belang dat (vertegenwoordigers van) ouderen reeds bij het uitdenken van de opzet van het onderzoek betrokken worden.

Ad 2. Beschrijf wat de financiële kosten en baten van de innovatie zijn en bij welke partij(en) ze neerslaan

Het is belangrijk om naast de verbeteringen in de kwaliteit van leven ook de financiële kosten en baten goed te beschrijven. Financiële baten kunnen immers bijdragen aan een positieve beslissing van de financier. Het gaat hier vooral om financiële baten in termen van lagere zorgkosten en/of een verlaging van de uitgaven van andere gemeentelijke voorzieningen. Tabel 2.3 geeft aan hoe de kosten en baten idealiter gepresenteerd worden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de kosten van de innovatie niet altijd zijn uit te splitsen naar Zvw, Wmo en Wlz.

Tabel 2.3 – Kosten en baten innovatie per domein				
Kosten	Baten Zvw	Baten Wlz	Baten gemeentelijk domein (o.a. Wmo)	Totaal baten

Als de baten van een innovatie deels in andere domeinen worden gerealiseerd dan het domein van de belangrijkste financier dan kan dat een drempel opwerpen voor structurele bekostiging. Dit is met name het geval wanneer de kosten van een innovatieve zorgvorm relatief hoog zijn en een groot deel van de baten gerealiseerd wordt in een ander stelsel dan dat van de belangrijkste financier. Het is daarom van belang om een onderscheid te maken tussen de financiële baten bij gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Een goed overzicht van de financiële baten per domein kan de belangrijke financiers ondersteunen bij de besluitvorming over de structurele bekostiging van innovaties. Zie ook stap 4 in hoofdstuk 3.

Naast verschillende kosten en baten tussen domeinen kan er ook sprake zijn van verschillende kosten en baten tussen belanghebbenden binnen een domein. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een verschuiving van kosten van de tweede lijn naar de eerste lijn. Ook komt het voor dat binnen een zorgketen of binnen een ziekenhuis sprake is van een verschuiving van omzet tussen (vrijgevestigde) zorgprofessionals onderling of tussen (vrijgevestigde) zorgprofessionals en andere zorgaanbieders. Indien een 'gedupeerde' partij noodzakelijk is voor het realiseren van de innovatie, dan is het denkbaar om deze partij te compenseren. Vormen van compensatie leiden echter wel tot een slechtere verhouding tussen kosten en baten. Ook kunnen dergelijke verschuivingen van omzet leiden tot belangenconflicten met een groot effect op de doorlooptijd of de realisatie van een project. De business case zou hier ook rekening mee moeten houden.

Ad 3. Beschrijf onder welke voorwaarden en bij welke doelgroep de innovatie het meeste effect heeft

Naast de vraag of een financier bereid is om een innovatie structureel te bekostigen is ook de vraag relevant in welke mate de financier de innovatie wil bekostigen. Vaak is er bijvoorbeeld onvoldoende geld beschikbaar om de innovatie voor de gehele potentiële doelgroep in te voeren. In dat geval zal de financier geïnteresseerd zijn in handvatten om de innovatie gericht in te zetten.

Vanwege voorgaande is het bijvoorbeeld van belang informatie te verschaffen over de doelgroep waarbij de innovatie het meest effect heeft. De financier kan dan het budgettaire beslag beperken door de doelgroep scherper af te bakenen. Denk bijvoorbeeld aan het beperken van een interventie tot de doelgroep 80+ in plaats van tot de doelgroep 75+. Als de innovatie is ingevoerd en zich bewijst, kan op termijn altijd nog een uitbreiding van de doelgroep plaatsvinden.

Idealiter wordt ook aangegeven hoe de innovatie goedkoper kan worden ingezet en wat dit betekent voor de kosten-effectiviteit. Denk bijvoorbeeld aan het geven van informatie over de effecten van het beperken van het aantal sessies binnen een interventie (bijvoorbeeld 5 sessies in plaats van 6 sessies).

Uitvoering bij innovaties die in één domein vallen

3.1 **Stap 3:** Bepaal of de innovatie duidelijk in één domein thuishoort - *Projectleider i.o.m. financiers*

Een innovatie kan duidelijk betrekking hebben op één domein. Het is in dat geval meestal helder wie de relevante financiers zijn³. In dat geval kunnen de relevante financiers zelf de meerwaarde van de innovatie bepalen ten opzichte van de kosten en ten opzichte van uitgaven aan andere vormen van zorg, ondersteuning en preventie. Dit hoofdstuk doorloopt het te volgen proces indien helder is dat de innovatie in één domein thuis hoort en de volledige kosten ten laste komen van dat domein.

Om te bepalen of een innovatie thuishoort in alleen de Zvw of de Wlz dient te worden vastgesteld of de betreffende innovatie een aanspraak is in de Zvw of de Wlz. Als een innovatie een verzekerde aanspraak is dan is helder welke financier verantwoordelijk is voor het nemen van een beslissing over de structurele bekostiging van de innovatie. De kans op structurele bekostiging vanuit de Zvw of de Wlz is groter indien helder is dat een innovatie een aanspraak is. Als vast staat dat een innovatie een aanspraak is, dan betekent dit echter niet dat automatisch structurele bekostiging volgt. De zorgbehoefte van een verzekerde kan immers meestal op verschillende wijzen worden ingevuld. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben geen contracteerplicht en zullen elke innovatie op zijn merites beoordelen voordat contractering plaatsvindt.

Is er sprake van een taak in het kader van de Wmo?

In het gemeentelijke domein (Wpg, Jeugdwet en Wmo 2015) kennen we geen aanspraken. Het wettelijk kader is breed. Daardoor is het lastiger om vast te stellen of een innovatie alleen in het gemeentelijke domein thuishoort. Wel is het zo dat vormen van algemene en selectieve preventie altijd thuishoren in het gemeentelijke domein. Daarnaast wordt door jurisprudentie ook steeds scherper welke vormen van hulp, ondersteuning en zorg tot de gemeentelijke taken behoren in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Tot slot kan het Zorginstituut in de loop van de tijd het verzekerde pakket van de Zvw en de Wlz scherper afbakenen waardoor indirect ook vaak wordt vastgesteld welke taken onder de gemeente vallen.

Is er sprake van een aanspraak in het kader van de Zvw?

De aanspraken in de Zvw zijn over het algemeen vrij globaal beschreven⁴. Soms worden naast de vrij globale beschrijving van de aanspraak expliciet behandelingen uitgesloten. Hieronder volgen voorbeelden van de beschrijving van de aanspraak voor enkele vormen van zorg in de Zvw (zie www.zorginstituut.nl):

- Geneeskundige GGZ binnen de Zvw voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis.
- De kosten voor medisch-specialistische zorg of geneeskundige zorg worden vergoed als een verzekerde daar recht op heeft. Hiervoor gelden twee basisvoorwaarden:
 - De behandeling is volgens de huidige wetenschap en praktijk effectief ('de stand van de wetenschap en praktijk').
 - De verzekerde is, door omstandigheden, redelijkerwijs daarop aangewezen. Dit is in eerste instantie ter beoordeling aan de huisarts of specialist.

³ In het geval van de Zvw en de Wlz dient er in dat geval ook een duidelijke aanspraak te zijn.

⁴ Dit geldt echter niet voor extramurale geneesmiddelen. Hiervoor geldt een limitatieve lijst.

Zoals het Zorginstituut zelf vaststelt, is een voordeel van deze open omschrijving dat nieuwe, effectieve behandelmethodes automatisch in het basispakket komen en dat verouderde behandelmethodes automatisch het basispakket verlaten. De keerzijde van de open omschrijving is dat zij ruimte laat voor interpretatie: soms is niet duidelijk of een bepaalde zorgvorm wel of niet in het basispakket zit.⁵ Indien onduidelijk is of een innovatie onderdeel is van het verzekerde pakket, kan het Zorginstituut hier met een zogenaamde 'duiding' duidelijkheid over verschaffen.

Voor nieuwe vormen van zorg die een aanspraak willen worden in de Zvw kan een voorwaardelijke toelating ook interessant zijn. Dit is met name relevant indien een innovatie veelbelovend is, maar er nog onvoldoende bewijs is dat de innovatie ook kosteneffectief is. In dat geval kan het Zorginstituut de minister adviseren de zorgvorm voorwaardelijk in het basispakket op te nemen. Dat is een tijdelijke vorm van toelating met als voorwaarde dat de gegevens over effectiviteit (en eventueel kosteneffectiviteit) in een periode van maximaal vier jaar worden verzameld. Aan het einde van die periode doet het Zorginstituut dan een definitieve uitspraak.⁶ De procedurebrief 'voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2017' van het Zorginstituut Nederland van 8 mei 2015 geeft hierover meer praktische informatie.

Is er sprake van een aanspraak in het kader van de Wlz?

Voor opname in het verzekerde pakket geldt binnen de Wlz, net als binnen de Zvw, het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Een verschil met de Zvw is dat in de Wlz de doelgroep en toegangscriteria expliciet zijn omschreven: het gaat uitsluitend om mensen die vanwege hun aandoening, beperking of handicap zeer kwetsbaar zijn en daarom een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. In de langdurige zorg wordt relatief weinig onderzoek gedaan naar effectiviteit. Zonder onderzoek is toetsing aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' lastig.⁷

3.2 Stap 4: Stel vast wat de meest passende wijze van bekostiging is *- Projectleider i.o.m. financiers*

Mogelijkheden voor bekostiging van innovaties in de Wmo 2015

Gemeenten hebben wettelijk heel veel ruimte om zelf de bekostiging te bepalen voor hulp, ondersteuning en zorg. Dit betekent niet dat er op dit vlak geen praktische problemen kunnen spelen voor de bekostiging van innovaties. Een gemeente moet algemene procedures en algemene inkoopvoorwaarden opstellen ten aanzien van de inkoop van hulp, ondersteuning en zorg. Het is denkbaar dat een innovatieve zorgvorm minder goed past in deze regels.

Mogelijkheden voor bekostiging van innovaties in de Zvw en de Wlz

Onder de huidige Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is het nog verboden om zorgprestaties in rekening te brengen die niet door de NZa zijn vastgesteld. Een belangrijk deel van de huidige prestaties zoals DBC's, is vrij nauw omschreven. Indien een innovatieve zorgvorm niet onder een bestaande zorgprestatie zoals een DBC valt, moet bij de NZa een route worden doorlopen voor de aanvraag van een nieuwe zorgprestatie. Deze procedure vergt echter wel de nodige tijd. Er zijn echter alternatieve mogelijkheden voor de bekostiging van innovaties vanuit de Zvw en de Wlz. Deze worden hierna weergegeven.

⁵ Zorginstituut Nederland, *Van goede zorg verzekerd, 2015*

⁶ Zorginstituut Nederland, *Van goede zorg verzekerd, 2015*

⁷ Zorginstituut Nederland, *Van goede zorg verzekerd, 2015*

Beleidsregel innovatie (Zvw, Wlz)

Om relatief snel te kunnen starten met een zorginnovatie bestaat er ook de NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. De beleidsregel Innovatie heeft als doel zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties met als doelstelling het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg. Een belangrijke voorwaarde voor goedkeuring is dat de aanvraag zowel door een aanbieder als een zorgverzekeraar of zorgkantoor wordt ingediend. Indien het experiment wordt toegekend wordt daarmee de bekostiging voor drie jaar mogelijk gemaakt. In deze periode van het experiment kan vervolgens de reguliere bekostiging worden uitgewerkt⁸.

Zvw

Er zijn echter ook segmenten in de bekostiging die nu al meer ruimte bieden voor innovatieve zorgprestaties. Segment 3 in de huisartsenbekostiging biedt bijvoorbeeld ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. Het is hiervoor noodzakelijk een contract te sluiten met de zorgverzekeraar. Er gelden vrije tarieven in dit segment.

Voor alle sectoren in de eerstelijns waarvoor vrije prijzen gelden is ook een zogenaamde facultatieve prestatie mogelijk. Een facultatieve prestatie is een nieuwe prestatie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspreken. Zij sturen deze prestatie voor een korte controle naar de NZa. Als aan de voorwaarden is voldaan, voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren. Deze facultatieve prestatie geldt alleen voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies, eerstelijns psychologische zorg en farmacie.

Wlz

In de Wlz bestaat het zogenaamde experimenteerartikel. Dit artikel 10.1.1 heeft tot doel om innovatie in de langdurige zorg te stimuleren. Via een algemene maatregel van bestuur kan bij wijze van experiment worden afgeweken van de teksten in de Wlz. Afwijkingen ten aanzien van de kring van verzekerden en de aanspraken zijn echter uitgesloten. Dit betekent de facto dat innovaties in de Wlz alleen betrekking hebben op verzekerden die al geïndiceerd zijn voor de Wlz. Op grond van het experimenteerartikel mogen zorgkantoren bijvoorbeeld geen geld besteden aan valpreventie om te voorkomen dat mensen in de Wlz terecht komen.

Onder artikel 10.1.2 van de Wlz is het via een experiment ook mogelijk om verzekerden één volledig integraal pakket aan diensten aan te bieden over de verschillende domeinen heen (Wlz, Zvw, Jeugdwet en Wmo). Een zorginnovatie zou dan ook onderdeel kunnen zijn van dit volledig integrale pakket van diensten. Voor sommige grootschalige innovaties gericht op integrale zorg kan dit een interessante mogelijkheid bieden.

Naast het experimenteerartikel zijn er geregeld ook landelijke programma's die kwaliteit en innovatie willen bevorderen. VWS heeft in 2015 en 2016 bijvoorbeeld het programma Waardigheid en Trots voor de verpleeghuissector opgesteld. In dit programma kregen 150 zorgaanbieders gelegenheid om een plan in te dienen om de kwaliteit van zorg en innovaties te bevorderen. Deze plannen moesten betrekking hebben op deskundigheidsbevordering of een zinvolle dagbesteding. Deze structurele middelen lopen op tot circa € 210 miljoen in 2020. In de praktijk worden deze middelen ingezet bij bestaande verpleeghuizen.

Het dialoogmodel in de zorginkoop biedt aanbieders in de Wlz tot slot ook ruimte voor de financiering van zorg-innovaties. Zorgaanbieders kunnen zogenaamde verbeterplannen indienen bij het zorgkantoor om in aanmerking te komen voor een prijsopslag. Deze prijsopslag verschilt per zorgkantoor maar ligt zo rond de drie procent van het tarief van een zzp. Anderzijds zullen aanbieders het deels een sigaar uit eigen doos vinden omdat standaard wordt uitgegaan van een gekort NZa-tarief. De prijsopslag maakt als het ware de korting weer goed.

⁸ https://www.nza.nl/104107/662649/Factsheet_beleidsregel_Innovatie.pdf

Mogelijkheden voor bekostiging van innovaties in de nieuwe Wmg

De minister van VWS heeft onlangs een wetsvoorstel ingediend om de Wmg te wijzigen⁹. Een belangrijk onderdeel van deze wetswijziging is een overgang van een verbodsstelsel naar een gebodsstelsel. In de huidige situatie is het nog zo dat er niet mag worden gedeclareerd, tenzij de NZa een prestatie heeft vastgesteld. Dit beperkt zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf afspraken te maken over de inhoud van de behandeling en de wijze waarop die moet worden georganiseerd. Dit kan belemmerend werken voor innovaties.

In het wetsvoorstel wordt geregeld dat prestatiebeschrijvingen vrij zijn, tenzij uit de ministeriële regeling blijkt dat een zorgvorm gereguleerd is. De ministeriële regeling laat echter bij ingang van de wet voorlopig wel de huidige situatie in stand. De huidige werkelijkheid met een wettelijk verbod wordt voorlopig dus de facto gecontinueerd met een ministeriële regeling. Desgewenst kan de minister stapsgewijs per sector het verbod loslaten door aanpassing van de ministeriële regeling. Indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard, betekent het dus nog niet direct een verbetering in de praktijk.

⁹ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?id=2016Z07311&dossier=34445>

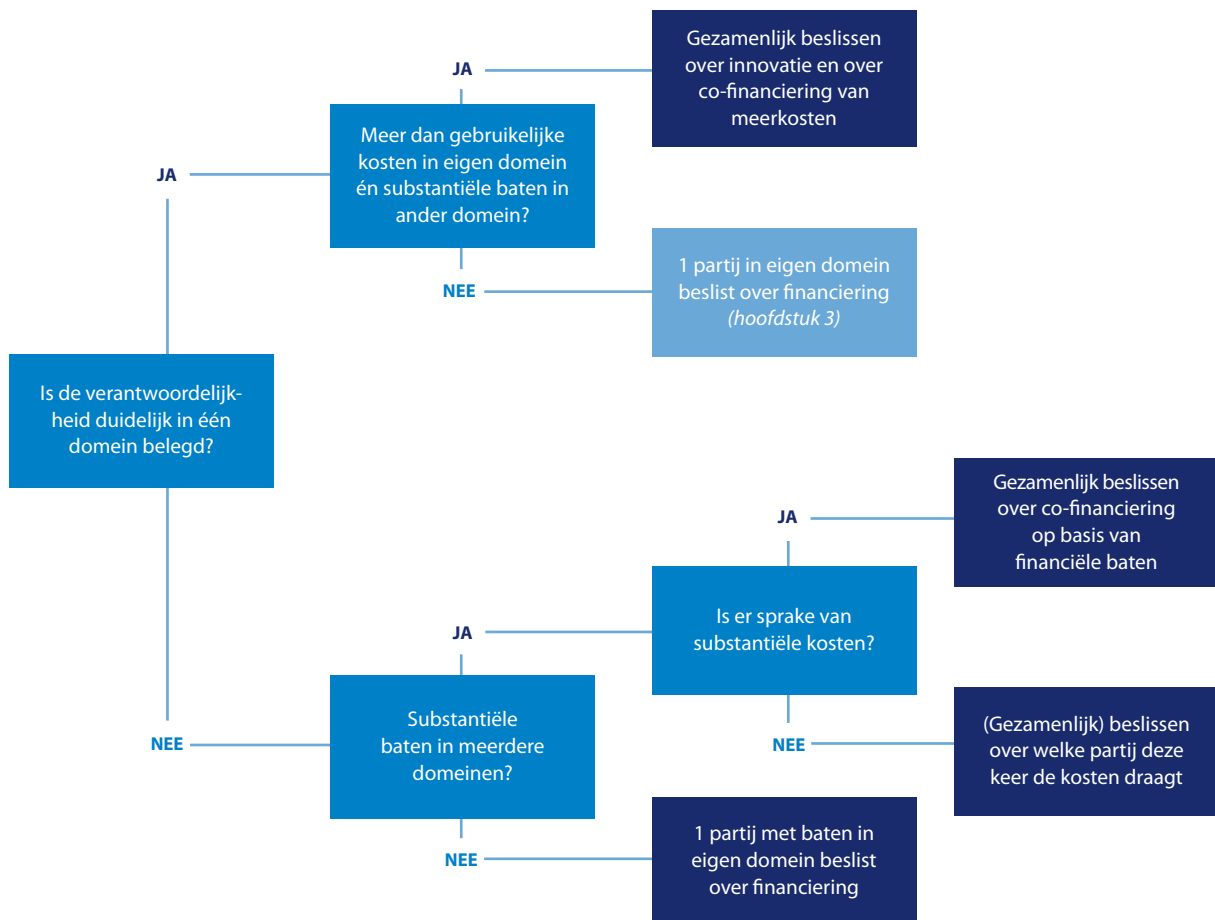
Besluitvorming bij meerdere betrokken financiers

4.1 Stap 5: Bekijk het integrale plaatje en betrek zo nodig ook andere financiers - *Financiers*

In hoofdstuk 3 is het te doorlopen proces besproken indien een innovatie duidelijk in één domein thuishoort en de volledige kosten ten laste van dat domein komen. Dit hoofdstuk geeft aan de hand van schema 4.1 een handreiking voor de besluitvorming over de (structurele) financiering van innovaties in de volgende gevallen:

- Innovaties waarbij de verantwoordelijkheid duidelijk in één domein is belegd, maar met meerkosten én substantiële baten in andere domeinen
- Innovaties waarbij de verantwoordelijkheid niet duidelijk in één domein is belegd

Schema 4.1 – Besluitvorming over (structurele) financiering van innovaties bij meerdere betrokken financiers



Co-financiering indien verantwoordelijkheid voor beslissing over innovatie duidelijk belegd in één domein

Co-financiering vanuit andere domeinen alleen indien er substantiële meerkosten zijn in eigen domein

Als een innovatie duidelijk binnen één domein valt, dan is aan de betreffende financier uit dat domein om te beslissen over de (structurele) bekostiging van de innovatie (zie hoofdstuk 3). Zelfs als de baten ook in een ander domein worden gerealiseerd, ligt het normaalgesproken niet in de rede om co-financiering vanuit andere domeinen te vragen. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten vervullen immers een maatschappelijke taak. Deze taken zijn beschreven in wet- en regelgeving. De financiers zijn verantwoordelijk voor deze taak onafhankelijk van de vraag of er sprake is van financiële of maatschappelijke baten in andere domeinen.

Zorgverzekeraars zijn normaalgesproken verplicht om aanspraken (in natura) te vergoeden. Het feit dat daarmee bijvoorbeeld gemeentelijke kosten worden bespaard is hiervoor niet relevant. Bij zorgverzekeraars en zorgkantoren is co-financiering vanuit een ander stelsel wel denkbaar indien de innovatie duurder is dan gangbare alternatieven én ook baten genereert in een ander stelsel. Door co-financiering kan de verzekeraar worden overgehaald om te kiezen voor de voor hem duurdere innovatie.

Dezelfde redenering geldt bij de Wmo, Wpg en de Jeugdwet voor co-financiering vanuit een ander domein. Het zal geregeld voorkomen dat een goede uitvoering van de Wmo leidt tot lagere kosten voor de Zvw of de Wlz. Co-financiering vanuit een ander stelsel is echter alleen denkbaar indien de innovatie duurder is dan gangbare alternatieven én ook baten genereert in een ander stelsel.

Gezamenlijk beslissen over co-financiering van meerkosten

Indien helder is onder welk domein een innovatie valt, dan is de uitvoerder primair verantwoordelijk voor zijn maatschappelijke taak. Co-financiering kan in dit geval in de rede liggen vanwege substantiële meerkosten binnen het eigen domein. Het ligt in dit geval voor de hand dat de uitvoerder die primair verantwoordelijk is de gebruikelijke kosten betaalt. De meer (dan gebruikelijke) kosten kunnen in dat geval door de financier van het andere domein worden gedragen. De financier uit een ander domein zal hier vanzelfsprekend alleen toe bereid zijn als er sprake is van substantiële financiële of maatschappelijke baten binnen zijn domein.

Onderstaande tabel geeft een fictief voorbeeld over mantelzorgondersteuning. Stel dat met een innovatieve vorm van mantelzorgondersteuning een forse besparing van de zorguitgaven in de Zvw kan worden gerealiseerd voor mensen met dementie. Deze innovatieve vorm van mantelzorgondersteuning kost echter gemiddeld € 1.800 per cliënt per jaar in plaats van de gebruikelijke € 400 per cliënt. De innovatieve vorm van mantelzorgondersteuning leidt (t.o.v. gebruikelijke mantelzorgondersteuning) tot een gemiddelde extra kostenbesparing op de Zvw van € 2.000. Het ligt dan in de rede dat zorgverzekeraars de meerkosten van de innovatieve vorm van mantelzorgondersteuning van € 1.400 per cliënt voor hun rekening nemen.

Tabel 4.2 – Fictief voorbeeld over mogelijke cofinanciering van gemeentelijke taken vanuit Zvw

	Kosten	Financiële besparing Zvw	Bijdrage gemeente	Mogelijke bijdrage Zvw
Gebruikelijke mantelzorgondersteuning	€ 400	€ 800	€ 400	€ 0
Innovatieve vorm van mantelzorgondersteuning	€ 1.800	€ 2.800	€ 400	€ 1400

Een vaak gehoord aandachtspunt is dat zorgverzekeraars dergelijke meerkosten (die geen onderdeel zijn van het verzekerde pakket) niet vergoed krijgen uit het zorgverzekeringsfonds. Tegenover de meerkosten voor de innovatie staan echter ook lagere zorguitgaven. Hiermee verdient de investering van de zorgverzekeraar zich in principe terug¹⁰.

Co-financiering indien verantwoordelijkheid voor beslissing over innovatie niet duidelijk belegd in 1 domein

Geen co-financiering bij innovaties zonder substantiële baten in meerdere domeinen

Indien er geen sprake is van substantiële baten in meerdere domeinen dan ligt co-financiering vanuit andere domeinen niet voor de hand.

Geen co-financiering bij innovaties met substantiële baten in meerdere domeinen met lage kosten

Indien niet helder is in welk domein een innovatie valt en als de kosten van de innovatie relatief laag zijn, dan is co-financiering wellicht geen geschikte oplossing. Afspraken op het gebied van co-financiering zijn namelijk vaak ingewikkeld en gaan gepaard met een aanzienlijke extra tijdsinzet voor besluitvorming, monitoring en verantwoording (bijvoorbeeld voor het toerekenen van kosten aan partijen). De extra kosten van afspraken rond co-financiering kunnen daarom al snel oplopen, zeker indien hiervoor ook externe ondersteuning nodig is. Alles bij elkaar bedragen deze kosten naar schatting al snel eenmalig € ¼ mln. Dergelijke complexe afspraken zijn niet doelmatig als de kosten van de hulp, ondersteuning of zorg lager zijn. Indien er sprake is van innovaties met relatief lage kosten kunnen er beter een ander soort afspraken worden gemaakt tussen financiers vanuit verschillende domeinen. Bijvoorbeeld dat de gemeente innovatie A financiert en de zorgverzekeraar afsprekt innovatie B te financieren.

Co-financiering bij innovaties met substantiële baten in meerdere domeinen en met substantiële kosten

Indien niet helder is onder welk domein een innovatie valt, dan is geen van de partijen primair verantwoordelijk voor een beslissing over de innovatie. Als er sprake is van substantiële baten in meerdere domeinen en er is ook sprake van substantiële kosten dan loont het de moeite om afspraken te maken over co-financiering. Het ligt in dit geval voor de hand om de verwachte verdeling van de financiële baten als uitgangspunt te nemen voor de verdeling van de kosten tussen de financiers. De verdeling van de verwachte baten dient dan dus met andere woorden als verdeelsleutel voor de verdeling van de (verwachte) kosten.

Onderstaande tabel geeft een voorbeeld. Stel dat er een innovatieve vorm van dementiezorg bestaat op het snijvlak van activeren en verzorgen aan huis. Deze innovatieve aanpak is geen aanspraak in de Zvw of de Wlz. Dit betekent dat verzekerden hiervoor niet verzekerd zijn en dat zorgverzekeraars en zorgkantoren niet verplicht zijn om de innovatieve aanpak te vergoeden. Ook gemeenten zijn niet verplicht om de innovatieve vorm van dementiezorg te vergoeden. De kosten van de innovatieve vorm van dementiezorg zijn fors, maar de besparingen in zowel de Wmo, de Zvw als de Wlz zijn ook groot. Het is in de Wlz niet mogelijk dat het zorgkantoor meebetaalt aan zorg die niet geïndiceerd is (zie ook hoofdstuk 3). Het zorgkantoor als co-financier valt hiermee af. De verdeling van de kosten is in dit geval gebaseerd op de baten bij de Wmo en de Zvw.

¹⁰ De volledige redenering is overigens iets gecompliceerder, maar de uitkomst blijft hetzelfde. Indien de innovatie daadwerkelijk succesvol is dan dalen ook de kosten van dementiezorg. Op termijn wordt de daling van de uitgaven aan dementiezorg doorvertaald in een lagere vergoeding uit de risicoverevening voor mensen met dementie. Het lijkt dan alsof de zorgverzekeraar alsnog wordt 'gestraft' voor zijn investering. Dit is echter niet het geval. De verlaging van de normbedragen voor de kosten van dementie geldt immers voor alle zorgverzekeraars. Dus ook voor de zorgverzekeraars die niet hebben geïnvesteerd in de innovatie. Alle zorgverzekeraars moeten vervolgens hun nominale premie iets verhogen om de lagere vergoeding uit de risicoverevening te compenseren. De zorgverzekeraar die heeft geïnvesteerd in de innovatie heeft echter ook de lagere kosten gerealiseerd. Deze verzekeraar hoeft zijn nominale premie minder dan concurrenten te verhogen.

Tabel 4.3 – Fictief voorbeeld over mogelijke cofinanciering van innovatieve dementiezorg

	Wmo	Zvw	Wlz	Totaal
Kosten innovatieve dementiezorg	----	----	----	€ 3.000,00
Besparingen	€ 600,00	€ 2.600,00	€ 1.800,00	€ 5.000,00
Mogelijke verdeling van kosten	€ 562,50	€ 2.437,50	€ 0,00	€ 3.000,00

Aandachtspunten bij co-financiering

Er zijn twee belangrijke aandachtspunten:

1. Regionale besluitvormingsstructuur

Om besluitvorming over co-financiering mogelijk te maken en kansrijke verbeteringen van de zorg die leiden tot maatschappelijke en financiële baten ook daadwerkelijk te realiseren kan een regionale besluitvormingsstructuur behulpzaam zijn. Hierbij zijn bij voorkeur de relevante gemeenten, het zorgkantoor en de grootste en de één na grootste zorgverzekeraar in de betreffende regio betrokken. In dit overleg beslissen partijen gezamenlijk over innovatieve projecten waar co-financiering in de rede ligt.

2. Beperkte mogelijkheden zorgkantoren voor cofinanciering

Een belangrijk aandachtspunt is dat zorgkantoren wettelijk zeer beperkte mogelijkheden hebben om bij te dragen aan innovatieve vormen van preventie, hulp en zorg die geen aanspraak zijn. Dit betekent dat sommige innovatieve vormen van preventie, hulp en zorg die kosten besparen in de Wlz niet van de grond komen. In paragraaf 3.2 zijn kort de mogelijkheden besproken die er wel zijn vanuit de Wlz.

Samenstelling begeleidingscommissie

Fieke Berings	Consultant Zorgvernieuwing bij Coöperatie VGZ
Jill Bindels	Zorginkoper Verpleging & Verzorging bij CZ
Wim van Minnen	Vertegenwoordiger van het ouderenperspectief
Stefanie Noorlandt-Austen	Beleidsmedewerker sociaal domein bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

ZORGMARKTADVIES

Colofon

Tekst: Marc Soeters
Gerold Verhoeks
Uitgave: ZorgmarktAdvies
www.zorgmarktadvies.nl
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam

Dit rapport is mogelijk gemaakt door ZonMw in het kader van het NPO.

23 juni 2016
© 2016 *ZorgmarktAdvies*