

## Reactie KPMG op wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking

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

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

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

Deze voorwaarden omvatten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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