



centrum voor  
consultatie en  
expertise

partner in  
complexe zorg  
cce.nl

## MEERZORG 2.0: Van legitimeren naar optimaliseren

Deze notitie bevat een voorstel voor een alternatieve aanpak van de toetsingspraktijk en de manier waarop we daar gefaseerd naar toe kunnen werken. Dit initiatief komt voort uit periodiek overleg met VWS, VGN, ZN en andere vertegenwoordigers van zorgkantoren. Naar verwachting zullen we in het septemberoverleg van dit gremium komen tot afspraken om een en ander verder te ontwikkelen en uit te voeren. Samengevat komt het voorstel neer op het inrichten van een aantal proeftuinen, gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van bestaan met – in het verlengde daarvan – meer doelmatige zorg. Deze notitie is bedoeld om u te informeren, waarbij wij graag ons voordeel doen met uw commentaar. Het plan is om op korte termijn met de voorbereidingen te beginnen om vanaf november 2014 daadwerkelijk te starten met de eerste proeftuinen. Een en ander wordt hierna meer uitvoerig toegelicht.

### De aard van het voorstel

Ons voorstel luidt als volgt. We verleggen in de toetsingspraktijk het focus van het objectiveren en legitimeren van de meerzorgaanvraag naar optimaliseren van de kwaliteit van zorg en bestaan.

Daartoe richten we een aantal proeftuinen in waarbinnen aanbieders en CCE in samenspraak met inkopers van zorg focussen op de ontwikkeling van betere (organisatie van)zorg.

Deze verbetering denken we te bereiken door – vanuit de gezamenlijke ambitie om betere en meer doelmatige zorg te leveren en met oog voor de verschillen in verantwoordelijkheden en inbreng – meer ruimte te maken voor een dialoog met de betrokken professionals over dit onderwerp en het met elkaar systematisch nagaan van mogelijkheden voor verbetering.

Anders dan in de huidige werkwijze brengen we in ons voorstel een helder onderscheid aan tussen het professionele gesprek en het afleggen van verantwoording over de inzet van middelen. In de proeftuin willen we in samenspraak met managers en inkopers van zorg op zoek naar de beste vorm daarvoor. Daarvoor zijn voldoende ideeën voorhanden, deels gebaseerd op praktijkervaringen. Ten slotte willen we monitoren welke aanpak in de proeftuinen de beste resultaten oplevert. Het is belangrijk om op korte termijn gezamenlijk evaluatiecriteria te benoemen.

### De aanleiding voor het voorstel

In 2014 doen circa 2800 cliënten een beroep op de meerzorgregeling, waarbij het totale budget ruim €420 miljoen bedraagt, dit op basis van de reguliere ZP-indicatie inclusief Meerzorg. Om er voor te zorgen dat de middelen bij de juiste cliënten terecht komen, dienen aanbieders jaarlijks circa 1400 aanvragen in waar het CCE over adviseert en het zorgkantoor een besluit in neemt. **Kunnen we voor deze kwetsbare doelgroep met deze middelen en inspanningen niet meer bereiken?** Het CCE denkt van wel. Hierna lichten we toe waarom we dat denken.

## Feiten en omstandigheden

- Het accent ligt nu op legitimeren en objectiveren, er is te weinig ruimte voor diepgang. Uit eigen onderzoek blijkt dat de regeling als bureaucratisch wordt ervaren en de nadruk ligt op de urenverantwoording. Daardoor krijgt de rol van het CCE soms meer dan gewenst het karakter van financieel controleur.
- Er kan (veel) meer winst behaald worden uit het systematisch leren van praktijkervaringen en good practices, door het inzetten van gericht kennis- en expertisemanagement.
- De langdurige zorg staat de komende jaren voor een forse opgave. Er komt een stelselwijziging in combinatie met bezuinigingen. Zorgorganisaties zullen in toenemende mate met minder middelen effectieve zorg moeten bieden voor meer mensen met een grotere zorgvraag. Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij sturen op kwaliteit en de zorg inkopen op basis van kwaliteit. De wensen van de cliënt zijn het uitgangspunt, maatwerk het middel. In het beleid ligt de focus op duurzaamheid, doelmatigheid en preventie.
- De ruimte om de zorg voor complexe cliënten te blijven ontwikkelen moet worden gevonden binnen bestaande marges. Samenwerken, vernieuwen en verbeteren is de norm; het belang van (ver)nieuwe(nde), goed toepasbare kennis en concepten neemt toe.

## Analyse

- De bestaande aanpak heeft nadelen, maar tegelijkertijd ook zijn meerwaarde bewezen. Wij zien dat het helpt om als deskundige buitenstaander consequent in gesprek te blijven met de collega-professionals binnen de instellingen over verschillende aspecten van kwaliteit. Zorgplannen zijn beter, aandacht voor perspectief(-ontwikkeling) groeit en er wordt kritischer gekeken naar de noodzaak en afbouw van meerzorg. Wij zien mogelijkheden voor verdere verbetering en vernieuwing door de kwaliteit en diepgang van dat (reeds bestaande) gesprek uit te bouwen. Zoals gezegd willen we dit professionele gesprek ontdoen van de prikkel om de inzet van extra middelen te verdedigen. Als we aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals verwachten we meer resultaat. Er ontstaat ruimte voor leren, afwegen en doorzoeken naar andere invalshoeken en perspectieven.
- De meerzorgmiddelen zijn geregionaliseerd. Dat biedt enerzijds mogelijkheden de verschillende verantwoordelijkheden van betrokken partijen opnieuw tegen het licht te houden en meer inhoud en reliëf te geven. Anderzijds bestaat het gevaar dat de meerzorgmiddelen een vanzelfsprekend onderdeel van het budget worden en de prikkel tot verdere ontwikkeling afneemt als de middelen en de taken (verschillende subdoelgroepen binnen de meerzorg) binnen of tussen de regio's onderling verdeeld worden. . We willen die eerste optie (verantwoordelijkheden verhelderen en meer reliëf geven) graag verder uitbouwen en de tweede – meerzorgmiddelen 'op de grote hoop' – voorkomen. De betrokkenheid van het CCE als onafhankelijke externe partij levert een bijdrage aan het levend houden van de ontwikkeldoelstelling.
- Bij inkopers van zorg zien we op het niveau van concessiehouders de invoelbare behoefte om grip te krijgen op de praktijkvariatie. We denken echter dat dat onbegonnen werk is omdat dat het vergelijkbaar maken van onvergelijkbare problematiek inhoudt. Probleemgedrag is nu eenmaal niet te herleiden tot meer of minder eenduidige of classificeerbare cliëntkenmerken, maar veeleer tot een wisselwerking tussen (kwetsbaarheden van) de cliënt en diens omgeving. In deze wisselwerking komen oneindig veel variaties voor, reden waarom

vergelijken en benchmarken niet zal gaan werken. Aangezien het terugdringen van praktijkvariatie (ook) tot doel heeft om meer kwaliteit en doelmatigheid te genereren kunnen we daar maar beter gelijk mee aan de slag gaan. Neemt niet weg dat ook wij behoefte hebben het resultaat van een nieuwe aanpak zorgvuldig te evalueren en objectiveren. Vandaar het plan om vanaf het begin stil te staan bij evaluatiecriteria en de manier waarop de evaluatie kan worden vorm gegeven. Als landelijke partij kan het CCE een bijdrage leveren in de coördinatie van dat onderzoek en het formuleren van met name de inhoudelijk criteria.

### Waarom deze aanpak

Overwogen is om als CCE met een uitgewerkt voorstel te komen voor een alternatieve manier van toetsen. Zo is bijvoorbeeld gedacht aan – waar relevant – toetsen op groepsniveau. Dat biedt meer ruimte voor de gevraagde diepgang. Dat lost echter niet het vraagstuk op van de verschillende verantwoordelijkheden. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor kwaliteit en doelmatigheid van de inkoop, terwijl het CCE – met in achtneming van ook het doelmatigheidsbelang – in de eerste plaats moet kunnen focussen op het bijdragen aan een nieuw perspectief voor de cliënt. De aanbieder moet goede zorg leveren binnen het beschikbare budget. Voorkomen moet worden dat de prikkel meer of minder eenzijdig blijft liggen op het verwerven van middelen. Professionals moeten worden uitgenodigd en uitgedaagd om met betere en uiteindelijk goedkopere oplossingen te komen en daarvoor ook de ruimte krijgen. Juist om te kijken hoe we dat goed kunnen organiseren is er een meer gezamenlijk en bestuurlijk commitment nodig en komen we met het voorstel van proeftuinen.

### Gewenste effecten van het beleid

Het gewenste effect van dit beleid is:

- betere kwaliteit van zorg (en de organisatie daarvan)
- meer kwaliteit van bestaan voor de cliënten die het betreft
- met – in het verlengde daarvan – meer doelmatige zorg.
- En ten dienste van dit alles: een breed gedragen, verbeterde en landelijk uniforme toetsingspraktijk.

### Ontwerpcriteria en randvoorwaarden

- Niet het verwerven of verdelen van middelen staat centraal, maar het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid. Alle betrokken partijen zijn aan dat uitgangspunt gecommitteerd.
- Alle betrokken partijen worden in gelegenheid gesteld vanuit hun eigen bijzondere expertise en verantwoordelijkheid een inbreng te hebben en zijn daarvoor beschikbaar.
- De huidige beschikbaarheid van meerzorgmiddelen blijft bestaan. Doel is een betere ‘businesscase’ (meer resultaat voor hetzelfde geld) zonder dat wordt getornd aan het uitgangspunt dat de zorg zo gewoon mogelijk en zo dichtbij mogelijk kan worden geleverd. Waar nodig wordt extra expertise naar de cliënt gebracht en niet andersom. Onnodige overplaatsingen worden voorkomen. Uiteraard is er niets tegen een zekere mate van specialisatie, maar tegelijkertijd moeten cliënten binnen alle instellingen kunnen rekenen op een brede, professionele basis in de omgang met probleemgedrag dan wel het voorkomen daarvan. Immers, probleemgedrag is geen cliëntkenmerk maar de resultante van een wisselwerking tussen cliënt en diens omgeving.

- Er wordt gewerkt met een gefaseerde aanpak. Buiten de proeftuinen loopt de huidige toetsingspraktijk gewoon door. Proeftuinen worden te allen tijde degelijk geëvalueerd.
- Er wordt gebruik gemaakt van reeds opgedane ervaringen met andere manieren van toetsen.
- Er moet aandacht zijn voor knelpunten binnen het wet- en regelgevend kader. Zo is bijvoorbeeld meerzorg nu beperkt in zijn inzet tot directe begeleiding; om maximaal effectief en efficiënt te zijn moet meerzorg flexibeler en breder ingezet kunnen worden.
- Er moet een vorm worden gevonden voor het bewaken van cliëntperspectief via enigerlei vorm van vertegenwoordiging in de proeftuin.

### Draagvlak en voorgestelde fasering

Het CCE heeft in de ontwikkeling van dit voorstel gesproken met zorgaanbieders, concessiehouders en zorgkantoren, brancheorganisaties en beleidsmakers. De reacties zijn ronduit positief en enthousiast. Met inbreng van ieders ideeën is dit voorstel tot stand gekomen. Zoals gezegd: naar verwachting zullen we in het septemberoverleg met VWS, VGN en ZN en zorgkantoren komen tot afspraken om een en ander verder te ontwikkelen en uit te voeren. Daarbij denken we aan de volgende fasering:

Periode	Acties
September t/m oktober 2014	Ontwikkelen van 6 tot 8 proeftuinen inclusief evaluatiecriteria
November 2014 t/m januari 2015	Uitvoeren en monitoren van de proeftuinen
Februari 2015	Evaluatie en terugkoppeling
Maart / april 2015	Herschrijven protocol meerzorg ten behoeve van zorginkoopdocument 2016

### Tot slot

Nogmaals, wij doen graag ons voordeel met uw commentaar op deze plannen. Via de website en onze nieuwsbrieven houden wij u op de hoogte van de verdere ontwikkelingen en initiatieven.

*CCE, augustus 2014*