VERSLAG MARKTCONSULTATIE
gesprekken op 22 + 23 mei 2014

Aanwezigen:
- Afgevaardigden gemeenten Goirle, Hilvarenbeek en Dongen
- Enkele toehoorders
- Genodigde zorginstellingen

Data: 22 + 23 mei 2014
Locatie: CC Jan van Besouw, Goirle

	Actie

01. Achtergrondinforrmatie
Met ingang van 1 januari 2015 gaan enkele zaken omtrent invoering Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de bijbehorende decentralisaties naar gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en zorgverzekeraars (Zvw) wijzigen. Gemeenten zijn nog in afwachting van de politieke besluitvorming hieromtrent. De voorbereidingen voor het tot stand komen van het inkoopbeleid 2015 zijn wel gestart, onder verantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland.
Via TenderNed konden instellingen, die actief zijn binnen de zorgaanbieding, meedoen aan dit onderzoek. Hiervoor zijn inmiddels enkele vragen schriftelijk beantwoord.
Daar de gemeenten meer inzicht hierin willen verkrijgen en tot verdieping willen komen, zijn zorginstellingen uitgenodigd voor een 1,5 uur durend gesprek waarin vijf thema's (sturing, verantwoording, integrale benadering, bekostiging en overgangs-recht) nader worden besproken.

02. Sturing
Gemeenten willen afzien van sturing op bandbreedte van uren en zich gaan richten op sturing op het bereikte resultaat. Vraag is hoe dit concreet in de praktijk ingericht kan worden en op welke wijze dit gemeten kan worden.

De zorginstellingen leggen uit dat er eerst een gesprek met de cliënt plaats moet vinden over het te volgen traject naar zelfredzaamheid en participatie. In overleg wordt dan bepaald hoeveel tijd nodig is om de gewenste doelen te behalen (met eventuele inzet van professionele hulp). De cliënt behoudt overigens zelf de regie hierin.
Daar de financiële middelen schaarser zijn/worden, moet gezocht worden naar efficiëntere manieren om de maatschappelijke ondersteuning te organiseren. Dit is mogelijk door o.a. herverdeling van taken en verantwoordelijkheden en door meer inzet van een speciaal netwerk van vrijwilligers en door mantelzorgers.

Sturing op het bereikte resultaat is meetbaar middels outcome volgens de RBA-methode (= results based accountabilitity). Maatschappelijke effecten zoals zelfred-zaamheid en participatie staan hierin centraal. Hierbij wordt ook de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) gehanteerd. Daarnaast wordt door enkele zorginstellingen ook gebruik gemaakt van de cliënttevredenheidsonderzoeken. Tussentijdse evaluatiemomenten met de cliënt zelf worden als zeer zinvol ervaren.
Enkele zorginstellingen maken gebruik van speciaal ontwikkelde lijsten gericht op hun stukje zorg; vaak zijn deze een afgeleide van de reeds genoemde rapportagesystemen.

Een andere meetfactor zou ook nog 'afname van professionele zorg' kunnen zijn; dit heeft te maken met de mate van samenwerking met zorgverleners en andere instanties.

Middels deze meetinstrumenten moet het mogelijk zijn om de kosten, bereikte doelen en de resultaten te tonen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de in te zetten meetinstrumenten ook sterk afhankelijk van de geboden zorg zijn: voor bepaalde doelgroepen zal de ZRM wel toepasbaar zijn, maar bijv. voor dementerenden niet.

03. Verantwoording
Vraag is wat de criteria zijn om aan te tonen dat men het wel/niet goed doet? No cure no (more) pay? Waar kunnen de zorginstellingen op afgerekend worden?

De afrekening kan inzichtelijk gemaakt worden middels de meetinstrumenten of de clënttevredenheidsonderzoeken. Toch worden bij dit laatste ook enkele vraagtekens gezet, daar men bij het invullen van dergelijke tevredenheidsonderzoeken sterk afhankelijk is van wie het invult.
De zorginstellingen kunnen afgerekend worden op het aantal cliënten dat uit de zorg is gegaan; er worden minder cliënten bediend waardoor een groei is ontstaan bij de zelfredzaamheid, participatie en tevredenheid van de cliënt.

Discussie blijft wel of men afgerekend moet worden per individu, groep of traject. Enkele zorginstellingen hebben sterk de voorkeur om vanuit één grote club te gaan (samen)werken, waarbij wel de vrijheid moet zijn voor regelruimte voor professional en cliënt. De huidige indicaties veroorzaken in de praktijk wel eens de nodige problemen in geval een cliënt, door wijziging in bijv. de thuissituatie, extra klachten krijgt maar die niet behandeld kunnen/mogen worden daar hiervoor geen indicatie is afgegeven.

Op lokaal niveau zullen verantwoordelijkheden overgeheveld moeten worden; op individueel niveau dienen resultaten afgesproken te worden.
Verder dient een apart budget voor innovatie in het leven geroepen te worden.

Natuurlijk is het ook mogelijk om andere prestatieve indicatoren of transitiedoel-stellingen zichtbaar te maken.

04. Integrale benadering
Multi-probleemgezinnen zijn gebaat bij een integrale aanpak op basis van 'één gezin, één plan + één regisseur', waarin betrokken zorginstellingen/hulpverleningsinstanties nauw samenwerken. Dit betekent in de praktijk dat elkaars werk wordt overgenomen. Vraag wordt gesteld hoe men dit precies ziet en welk financieel plaatje hierbij past?

In de praktijk werken al veel zorginstellingen samen. In geval er sprake is van meerdere problemen wordt de grondslag van het probleem onderzocht: deze moet dominerend zijn. In een dergelijke constructie is het van belang om goed samen te werken en expertise in te huren in geval men er zelf niet over beschikt; alles wel onder één regisseur (bijv. de gemeente).

Als één grote club gaat samenwerken dan moet een 'casemanager' aangewezen worden die (met de nodige mandaat en expertise) kan bekijken wat nodig is, of alles

conform plan verloopt, of er op- of afgeschaald kan worden, etc.

Enkele zorginstellingen noemen dit in de praktijk de 'hoofdaannemer' die de zorg-aanvraag gaat invullen met de 'onderaannemers'. Als deze aanvraag te maken heeft met meerdere leefgebieden en zwaartes, zal bekeken moeten worden waar de dominante grondslag ligt. De regie moet in handen van één persoon liggen en blijven. Deze onderaannemers moeten overigens wel de kans krijgen ingezet te kunnen worden (wellicht met een bepaald percentage werken?). Hier dient de gemeente goede afspraken aan de voorkant over te maken en de financiering hierop in te stellen.

Enkele zorginstellingen geven de voorkeur aan één bedrag per cliënt per maand met verschil in lichte, middel en zware gevallen (zeker ten behoeve van de doelgroepen die psychische/psychiatrische hulp krijgen). Het budget moet ingezet worden op het hoofdprobleem.

05. Bekostiging
Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder(s) een bedrag krijgt(krijgen) per inwoner of verzekerde in zijn (hun) populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt of niet. Deze regeling stimuleert het doelmatig (lump sum of P x Q?) werken. Vraag is of deze vorm past of dat er aan een andere vorm van financiering gedacht moet worden. Aan welke prikkels moet gedacht worden om het zinvol te houden maar wel dat de kwaliteit gewaarborgd blijft?

De zorginstellingen kunnen zich wel vinden in een populatiefinanciering, doch aparte afspraken blijven in de praktijk noodzakelijk in geval van bijv. specialistische zorg. Dit houdt in dat voor bepaalde groepen aparte afspraken gemaakt zullen worden. Het beleid moet hier echter niet op gericht worden.

Enkele zorginstellingen vinden de vraag over de prikkel overbodig: er wordt sowieso gedacht in termen als 'kantelen' en 'afschalen'; men moet vertrouwen in de professionaliteit hebben. Anderen zijn van mening dat een prikkel gericht moet zijn op de cliënt; als deze verder kan zonder zorg/begeleiding. Ook wordt het idee geopperd om de verplichting in te stellen dat er geen wachtlijst meer mag zijn.
Op de vraag of een prikkel gekoppeld zou moeten worden aan het afschalen, zijn diverse zorginstellingen van mening dat de cliënt niet ingezet moet worden om geld te kunnen genereren.

Verder wordt gemeld dat de zorg zoveel mogelijk naar de eerste lijn gebracht moet worden (= bevorderen van de zelfredzaamheid). Dit is een doelstelling en daarvoor is geen prikkel benodigd.

06. Overgangsrecht
De wijzigingen zullen per 1 januari 2015 doorgevoerd gaan worden. We hebben allemaal te maken met een taakstelling (circa 25% bezuiniging). Hoe is het mogelijk om minder middelen te koppelen aan dezelfde taakstelling? Hoe is de kwaliteit dan te waarborgen?

Alle zorginstellingen hebben al successievelijk acties genomen die gericht zijn op de bezuinigingen. Zo worden flexibele uurcontracten afgesloten, aflopende contracten

worden niet meer verlengd, er wordt meer met vrijwilligers en mantelzorgers gewerkt, etc. Kortom: extra slagen worden gemaakt in kader van bezetting en het minimaliseren van de overhead.

In de praktijk houdt dit in dat minder (duur) HBO-personeel ingezet kan worden.
Op deze wijze wordt het wel steeds moeilijker om specialistisch maatwerk te kunnen blijven leveren. Daarom trachten de zorginstellingen een grens hieraan te koppelen zodat men wel professionele kwaliteit kan blijven bieden. De rek is er echter uit en verder bezuinigen op personeel zal ten koste van de kwaliteit gaan.

Overigens behouden de cliënten hun indicatie; ook al dateert deze uit 2014. Als idee wordt geopperd om wellicht een individueel gesprek met de cliënt aan te gaan en voor te leggen dat, ondanks de vastgestelde indicatie, de zorg met wat minder kan.
Ook is het mogelijk om dit net andersom te leggen: welke zorg heeft een cliënt en kan daar een bepaald percentage van worden ingehouden?
Vraag hierbij is dus of er naar 'bepaalde producten; of op 'cliëntniveau' gekeken moet worden.

Verder denkt men nog winst te kunnen halen op groepsgerichte zaken: groepen met betaalde ervaringsdeskundigen.

07. Vervolg — Gemeenten

Gemeenten moeten hun aanbesteding voor 1 juli 2014 geregeld hebben.
Ook moet nog een besluit genomen worden omtrent de inkoop. Daarnaast moet(en) nog een bestek(ken) geschreven worden. Op 1 oktober 2014 dient alles gereed te zijn.
Getracht wordt om alles op regionaal niveau te organiseren. Men ontkomt er echter niet aan om maatwerk te leveren.