

Aanbevelingen voor Nota

Sturingsvisie inkoop Jeugdhulp en WMO Begeleiding Dommelvallei+

Adviesraad Sociaal Domein Nuenen c.a.

29 januari 2017

De uitgangspunten zijn in de nota “Sturingsvisie inkoop Jeugdhulp en WMO Begeleiding Dommelvallei+” duidelijk beschreven. De argumentatie om te komen tot een nieuw PDC zijn goed aangegeven, evenals waarom een budgetplafond in de praktijk lastig is. De ASD heeft in haar vergadering van 12 januari deze nota goed kunnen bespreken met de betrokken beleidsmedewerker Mw. M. van Onzenoort. Toch, bijgaand enkele aanbevelingen om het inkoopproces (nog) beter te laten verlopen. Daarbij is rekening gehouden met de volgende observatie:

De Rijksoverheid heeft in de zorg niet zelf kunnen en/of durven bezuinigen. Mede om die reden, en om redenen van bestuurbaarheid en beheersbaarheid, heeft het de verantwoordelijkheid voor een belangrijk deel van de zorg overgedragen aan de Gemeenten. Gekoppeld aan deze overdracht is aanmerkelijk bezuinigd. Deze nieuwe taken en bezuinigingen moeten de Gemeenten nu realiseren, want zij hebben vrijwel geen andere structurele financieringsbron.

Aanbevelingen:

1- Verbeteren verwachtingen van zorgvragers, zorgaanbieders en doorverwijzers:

- *Zorgvragers:* Het uitgangspunt in de nieuwe wetgeving is dat eerst de noodzaak van zorg moet worden aangetoond. Vervolgens wordt gekeken wat de cliënt zelf kan en wat zijn/haar omgeving vermag. Pas daarna is de Gemeente aan zet om zorg te verlenen. De volgorde: aangetoonde noodzaak, zelf doen en omgeving inschakelen bij zorg zijn fundamentele van de nieuwe WMO naast de plicht van een Gemeente om, na aangetoonde noodzaak, zorg te verlenen. In de nota wordt vaak gezegd dat de best passende zorg, met de meeste flexibiliteit en goede kwaliteit beschikbaar is, en dat alles om de inwoners zich maximaal te laten ontwikkelen. Zo’n formulering geeft de zorgvragers ten onrechte de indruk dat alles kan. De zorgvraag is dan, in principe, oneindig. Zo’n belofte kan de Gemeente niet gestand doen. Dus woorden als beste en maximaal minder of niet gebruiken. Beter is te spreken over bijvoorbeeld adequate zorg, zoals in de wet voorzien. Dit voorkomt teleurstelling bij de zorgvragers.
Duidelijke uitleg. Over het algemeen hebben wij weinig klachten en verzoeken om second opinions. Dit betekent dat wij kunnen voldoen aan de verwachtingen van inwoners zonder dat we het duurste langste zorgtraject inzetten.
- Als de Gemeente van de zorgaanbieders, doorverwijzers, etc. een gewenst gedrag verwacht, moet dat gewenste gedrag voor deze partijen, vanuit hun standpunt, aantrekkelijker zijn dan een ander gedrag.
 - *Zorgaanbieders:* Als de Gemeente de zorgaanbieders verzoekt om bijvoorbeeld 2% van hun “omzet” te realiseren door een andere, vernieuwende aanpak met een betere prijs/prestatie index, en zij doen dat niet, dan moet hun “omzet” met die 2% worden gekort. Doen zij het wel, dan zou een “beloning” voor hen op zijn plaats zijn.
Dit is zeker waar. Het is wel lastig te realiseren met de kennis die wij nu hebben.
 - *Doorverwijzers:* Als huisartsen nu zonder overleg met het CMD doorverwijzen is dat blijkbaar voor hen gemakkelijker dan eerst in overleg te treden met het CMD. Als het CMD de huisartsen kan laten zien dat het CMD hen werk uit handen neemt en bovendien voor de cliënten tot een mogelijk “beter” advies kan komen door kennis van externe factoren van deze cliënt, dan zijn huisartsen waarschijnlijk, zonder dwang, eerder bereid door te verwijzen naar het CMD. Het is een uitdaging voor het CMD haar

meerwaarde als centraal regiepunt voor zowel de cliënt als de huisarts meer zichtbaar te maken.

Aan dit advies wordt momenteel gewerkt. Wat is nodig voor huisartsen om niet meer rechtstreeks te verwijzen maar dit via het CMD te doen. Op dit moment lijkt de oplossing een centrale POH jeugd voor alle huisartsen te zijn.

2- In de uitgangspunten expliciet opnemen dat de **zorgkosten** voor de Gemeente de Rijksbijdrage structureel niet mogen en niet kunnen overstijgen. Noem deze financiële kaders, dat geeft helderheid naar de burger en tempert niet-reële verwachtingen.

Dit kunnen en mogen wij niet opnemen. Het is een open-eind financiering vanwege de zorgplicht van gemeenten. Het streven is zeker aanwezig bij gemeenten maar het is geen kader.

3- De **afhankelijkheid van monopolisten** beperkt de inkoopmacht van de Gemeente aanzienlijk. Deze kan alleen door gezamenlijk met andere Gemeenten op te treden worden doorbroken of door, mogelijk, alternatieven. Zorg voor inkoopmacht (zoals supermarkten doen). De combinatie met de Peelgemeenten geeft meer onderhandelingsruimte. Alternatieven voor specialistische zorg zijn mogelijk lastig te vinden, maar wel nodig. Mogelijk door de PDC creatiever te formuleren?

Dit is met de nieuwe PDC zeker gebeurd, op de schaal van 21 gemeenten. Vanaf volgend jaar komen er weer twee subregio's.

4- Als een grote zorgverlener zijn **extra overhead** niet kan waarmaken door zijn extra faciliteiten of hogere deskundigheid, dan rechtvaardigt dat de Gemeente minder voor deze overhead te betalen. Bij de vaststelling van de extra vergoeding van de overhead kan en moet de Gemeente rekening houden met de centraal beschikbaar gestelde extra middelen voor crisisopvang, deskundigheid, bereikbaarheid, .. aan deze zorgverlener.

In de huidige tarieven is rekening gehouden met de overhead van instellingen maar is deze ook gemaximeerd.

5- Er is begrip dat de financiering complex is. Wel kan van aanbieders worden geëist dat **doeltreffendheid en doelmatigheid van hun behandeling** meer expliciet zichtbaar worden gemaakt.

Dit moet op termijn uit de resultaten blijken. Er is een instelling die 10 weken dure zorg biedt maar aangeeft dat het geld teruggevraagd kan worden als daarna nog behandeling nodig is.

6- Doe nu al op grond van ervaringen van de afgelopen 2 jaar onderzoek naar **dure zorg** en trek daar conclusies uit.

7- Er wordt, terecht, nadruk gelegd op **monitoring van de uitvoering**. De nadruk wordt gelegd op monitoring van de cliënten. Dat is goed, maar ook lastig. Want hoe de bijdragen van de individuele zorgaanbieders te "meten" in complexe situaties met vele zorgaanbieders. En wat te doen als de cliënt niet tevreden is? Voordat het inkoopproces gaat lopen zou de Gemeente al duidelijk voor ogen moeten hebben hoe zij de uitvoering kwalitatief en kwantitatief gaat meten. Wie wordt verantwoordelijk om welke variabelen op welk tijdstip te meten. En wie trekt, op welke manier, aan de hand van de beschikbare gemeten variabelen een conclusie over de kwaliteit en kwantiteit van de daadwerkelijke uitvoering.

En wie gaat onder welke condities handelend optreden om een ongewenste situatie in de goede richting te veranderen. En wat zijn de mogelijkheden om te veranderen zodat de zorgaanbieders zich in de door de Gemeente gewenste richting gedragen en zich verder ontwikkelen.

Zeker wanneer het CMD zelf verwijst wordt zicht gehouden op de zorg. Uitgangspunt is zo min mogelijk zorgaanbieders. Het CMD en de zorgaanbieder moeten beiden zorgplannen maken. De resultaten moeten getoetst worden. Zeker bij de producten met maandtarieven is van belang dat helder is wat verwacht kan worden.

8- De suggestie dat de zorgaanbieders **open** moeten zijn over **hun werkwijze** stimuleert een snelle verspreiding van innovaties. Anderzijds reduceert het ook de stimulans om te innoveren. Zorgaanbieders zijn uiteindelijk ook onderlinge concurrenten. De Gemeente moet zich van dit dilemma bewust zijn.

Wij zijn ons hier van bewust. Ook van het financieel belang dat zorgaanbieders kunnen hebben om klanten langer te blijven behandelen.

9- De nota stelt voor de **sturingsvisie bij te sturen** als dat gewenst is. Voor de duidelijkheid is het beter preciezer te formuleren door wie en hoe de kwaliteit van de uitvoering in de Gemeente wordt gemeten en onder welke omstandigheden een bijsturing nodig is en wie dat gaat doen.

De ASD is graag bereid mee te denken/te adviseren bij de volgende stappen, zoals beschrijving van de PDC en zeker bij de evaluatie van de inkoop.

P.P.J. van den Bosch,
Voorzitter Adviesraad Sociaal Domein Nuenen c.a.