

OMWENTELING BINNEN HET HUIDIGE ZORGSTELSEL

Oktober 2020

Huidige situatie

We constateren dat de huidige wet en regelgeving (2020) op het gebied van zorg en welzijn in Nederland, afstemming en samenwerking niet faciliteert maar eerder concurrentie bevordert.

Verder is deze wet en regelgeving kolomsgewijs ingericht en is de financiering daarop ook afgestemd.

We constateren verder dat zowel de Wmo als de Jeugdwet als de Zorgverzekeringswet als de WLZ beperkt ruimte geven voor ontschotte samenwerking en innovatie in netwerkverband en in ketens.

We constateren ook dat in het **Sociaal Domein (Wmo en Jeugdwet)** door de wijze van aanbesteding (bestuurlijke aanbesteding / open house) gekoppeld aan een op inspanning gebaseerde bekostiging (pxq) zonder financiële limiet/plafond, een vrijwel onbeheersbare situatie is ontstaan die leidt tot grote aantallen met elkaar concurrerende partijen, tot een kwantitatief zeer groot aanbod dat een onevenredige vraag schept, tot een groot inkoop- en uitvoeringsapparaat en een verantwoordingscyclus die zeer veel geld opslokt van de noodzakelijke zorg en veel overhead genereert en tot dermate grote keuzemogelijkheden leidt, dat zowel bij de klanten als bij de gemeentelijke functionarissen alleen maar keuzestress ontstaat i.p.v. keuzevrijheid.

Wij verwachten dan ook dat in de komende jaren veel gemeentes financieel in de problemen komen en onder curatele worden geplaatst en vervolgens op de kosten gaan ingrijpen en dat dientengevolge de zorgkwaliteit naar beneden gaat en verder faillissementen van kleine, middelgrote maar ook systeemaanbieders van zorg in de komende jaren aan de orde van de dag zullen zijn.

Wij zien bij de **Zorgverzekeringswet** eveneens een groot aantal aanbieders met een op inspanning gerelateerde bekostiging zonder limiet, binnen een minder op samenwerking maar meer op concurrentie gericht systeem met eveneens een groot inkoop en verantwoordingsapparaat dat zeer veel geld opslokt van de noodzakelijke zorg en (te) veel keuzemogelijkheden biedt.

We zien bij de **WLZ** relatieve rust omdat daar met overzichtelijke redelijk stabiele doelgroepen, virtuele lumpsum, een beperkt aantal aanbieders alsmede een klein inkoop apparaat wordt gewerkt. Verantwoordingsdruk neemt toe door het toenemend aantal beperkt op elkaar afgestemde kwaliteitskaders.

Verder ontbreken er in de huidige constellatie een aantal randvoorwaarden die samenwerking goed mogelijk maken:

- **Geïntegreerde data verzameling** op wijk, gemeente en regionaal niveau (gekoppelde databestanden van zorg/welzijn aanbieders, gemeentes, zorgverzekeraars en woningcorporaties) waarop beleid en uitvoering gericht op de wijk, gemeente en regio gebaseerd kunnen worden en monitoring van interventies kan plaatsvinden (Regio in Beeld) combi positieve gezondheid en leefbaarheid;
- **Keten ict systemen** die netwerkvorming en delen van data binnen netwerken mogelijk maken (RSO's).

Ambitie

We weten inmiddels uit de praktijk (groot aantal kleinschalige en grootschalige vernieuwingen) wat wel en wat niet werkt en streven vanuit die achtergrond als maatschappelijke partners naar **een inclusieve samenleving** die nabij (op wijk/buurniveau) wordt vormgegeven met als **kernelementen** dat we

- de (positieve) gezondheid van de wijk/buurtbewoners verbeteren;
- de ervaren kwaliteit van zorg van onze cliënten verbeteren;
- de kosten die daarmee verbandhouden, beheersbaar houden en daar waar mogelijk verlagen en meer inzetten in directe zorg en begeleiding;
- ruimte en vertrouwen aan onze medewerkers geven;

Bovenstaande quadruple aim aanpak zorgt voor gezonde bewoners in leefbare wijken (goed en veilig klimaat om in te leven, wonen en werken).

We vertrekken vanuit een gezamenlijke inhoudelijke rode lijn (zorg op maat / juiste zorg op de juiste plek, white label, intersectoraal, integraal).

We geven onze samenwerking vorm en inhoud in duurzame, meerjarige samenwerkingsverbanden (informeel in de vorm van krachtenbundeling of formeel in de vorm van coöperaties of allianties) met relevante partners (informele zorg, woningcorporaties, participatiebedrijven, gemeentes, zorgverzekeraars en zorgkantoor en overige financiers) op basis van lef, vertrouwen en partnerschap.

We organiseren daar waar mogelijk in netwerken en daar waar aangewezen in keten.

We financieren output en niet input gericht en zo mogelijk op basis van (virtuele) lumpsum of populatiebeplooiing.

We beperken registratie en verantwoording tot het minimum en gericht op de voortgang m.b.t. bovengenoemde kernelementen.

We werken financieringsstromen door- en overstijgend.

We maken governance afspraken / gentleman's agreements.

Stelselwijziging

Het zou natuurlijk mooi zijn als er binnen afzienbare tijd een stelselwijziging gerealiseerd zou worden die recht doet aan de hiervoor geformuleerde ambitie. Dat is echter niet te verwachten. Een dergelijke stelselwijziging zou geruime tijd vergen.

Met een beperkt aantal ingrepen, die het huidige stelsel niet ten principale aantasten maar het wel werkbaar maken, is het echter mogelijk om nu reeds de nodige stappen te zetten om

te voorkomen dat de situatie financieel onbeheersbaar wordt met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Die stappen zijn :

- **1 Herinrichting aanbesteding en contractering**

Aanbesteding in sociaal domein en contractering in zorgverzekeringswet zodanig inrichten dat op wijk of gemeentelijk of regionaal niveau met een beperkt aantal aanbieders gewerkt wordt, die gezamenlijk minimaal 70% van zorg cf. de hierboven geformuleerde ambitie leveren. Specifieke zorgvragen kunnen ingevuld worden door niche aanbieders/leveranciers.

- **2 Ontschotting**

Daar waar mogelijk en daar waar gewenst ontschotten op buurt en wijkniveau (zie ook bijlage 1). Over de grenzen van de diverse wetten heen, zowel op inhoud als ook financieel. Redeneer vanuit de burger en wat hij/zij nodig heeft, in plaats vanuit het stelsel.

Volgen van de in ambitie geformuleerde inhoudelijke lijn met als cruciale instrumenten.

- **3 Optimaal filteren aan de voorkant**

Bundel de expertise op wijkniveau, en doe dit op een manier waarbij niet het continuïteitsbelang van organisaties voorop staat, maar het belang van de burger. Breng kennis en expertise bij elkaar, en zet in wat nodig is. Dit kan via 'White label' herstel bevorderende integrale en intersectorale intake en verwijzing vanuit de sociale teams t.b.v. zorg op maat/juiste zorg op de juiste plek door klant zelf, diens systeem, informele zorg, sociaal domein of cure op basis van positieve gezondheid benadering. Daar waar nodig in samenspraak met de huisarts. Cure zorg op basis van samenwerking tussen sociale teams (inclusief liaison met gemeentelijke producten en diensten) /huisarts/evt. ervaringsdesk en cure expertise (bijlage 2).

Structureel beschikbaar maken van inzet cure expertise in sociaal domein via oprekken consultatie huisartsenzorg t.b.v. het sociaal domein dan wel door inlassen vereveningsfonds of gezamenlijk preventiefonds (primaire, secundaire en tertiaire preventie) vanuit Sociaal domein/WLZ en Zvw.

- **4 Optimaal doorstromen aan de achterkant**

Zorg ook dat de achterkant goed geregeld is. Denk bijvoorbeeld aan een coördinatiepunt waarbij alle gecombineerde woon-zorgvragen opgepakt worden en vanuit een breder waaier aan mogelijkheden (huisvesting incl. zorg/ondersteuning waar nodig) toegekend. Wordt. Dit kan via white label herstel bevorderende integrale en intersectorale coördinatiepunten wonen en zorg in samenwerking tussen gemeentes, woningcorporaties en zorg/welzijnsaanbieders ter bevordering van doorstroming naar de wijk (bijlage 3)

- **5 Organiseren op basis van vertrouwen en partnerschap**

Met verantwoording op quadruple aim en de kernelementen (high trust, high penalty: uitsluiting bij overtreding). Dit vergt lef van de betrokken (gemeente en zorg/welzijns)bestuurders, vertrouwen in elkaar en partnerschap.

- **6 Vorm en inhoud geven aan duurzame samenwerkingsverbanden**

(Periodes van meer dan 4 jaren) in netwerk of ketenvorm, wel of niet geformaliseerd met een goede data (Onze regio in beeld) en ict ondersteuning (RSO)

- **7 Outputgerichte bekostiging op basis van (virtuele) lumpsum**

Dat is in principe te allen tijde in alle systemen op vrijwillige basis mogelijk maar kan ook afgedwongen worden. Via consultatiegelden huisartsen, een gezamenlijk preventiefond (Sociaal Domein en Zvw) of een vereveningsfonds (Sociaal domein en Zvw).

Voorbeeld GGz in Zuid Limburg

We weten in hoofdzaak welke kernelementen in de praktijk in de huidige constellatie werken.

Duidelijk is dat een intersectorale, integrale en whitelabel samenwerking op basis van een (virtueel) lumpsum budget tussen de maatschappelijke partners en de gemeente (gemeentelijke producten en diensten waaronder schuldhulpverlening) in het sociaal domein een goede basis vormt om Zorg op Maat (Juiste Zorg op de Juiste Plek) toe te passen (met fysieke of digitale middelen). Dat kan op geformaliseerde (bijv. coöperatie) als niet geformaliseerde (krachtenbundeling) manier binnen alle reguliere aanbestedingsvormen. Dit zorgt ervoor dat de client, zijn systeem maar ook informele zorg en sociaal domein /gemeente goed gepositioneerd kunnen worden zodat de inzet van de GGz beperkt kan worden tot waar dat nodig is. Dit wordt nog versterkt indien via een MDO of anderszins de verbinding tussen huisarts en sociaal team/gemeente wordt gelegd en nog verder versterkt indien instrumenten zoals een HOC (herstel ondersteunend consult door ervaringsdeskundige, cure medewerker en medewerker sociaal domein) worden ingezet.

Verdere versterking van de filter vindt plaats indien verwijzing in samenwerking tussen de reguliere GGz en de huisarts(enorganisatie) plaatsvindt. Dit zou voldoende moeten zijn om wachtlijsten en wachttijden tot een minimum te beperken en de kosten sterk te reduceren en beheersbaar te maken. Verdere optimalisering zou dan kunnen plaatsvinden door in complexe gevallen een regisseur met mandaat v.w.b. af en opschalen van ggz zorg in te zetten. En door de door bovenstaande maatregelen vrijvallende capaciteit bij de basis ggz en specialistische ggz aan de voorkant (preventie en filtering) in te zetten ontstaat een zichzelf versterkend systeem. Resteert nog de terugkeer van de cliënt in de maatschappij die door een geïntegreerd loket zorg en wonen (gemeente, woningcorporatie en zorgaanbieders) ingeregeld kan worden. Resteert dan nog de vraag hoe de reguliere GGz kolom efficiënter en effectiever gestroomlijnd kan worden.

Bijlage 1: diverse scenario's Maastricht Next Step

Scenario 1: Basistaken in de Wijk

1. Algemene voorziening voor informatie en advies, ontmoeting, inloop, cliëntondersteuning en maatschappelijk werk.
2. WMO individueel en Jeugdhulp individueel.

Tweede Schil.

3. WMO/Jeugd begeleiding groep.
4. Beschermd Thuis.
5. Schuldhulp.
6. JGGZ
7. POH
8. Onderwijs/Knooppunt
9. DNG (De Nieuwe GGZ)
10. Wijkverpleging
11. Hulp bij Huishouden
12. Participatie, Werk & Inkomen

Scenario 2: Sociaal Team Plus (Malberg/Oud Caberg/Bosscherveld/Boschpoort)

1. Algemene voorziening voor informatie en advies, ontmoeting, inloop, cliëntondersteuning en maatschappelijk werk.
2. WMO individueel en Jeugdhulp individueel
3. A. WMO Begeleiding groep (i.o.)

12. Beoordelen vragen Jeugd/WMO/Participatie die initieel nog niet binnen team opgepakt kunnen worden.*

Tweede Schil.

3. Jeugd begeleiding groep.
4. Beschermd Thuis.
5. Schuldhulp.
6. JGGZ
7. POH
8. Onderwijs/Knooppunt
9. DNG (De Nieuwe GGZ)
10. Wijkverpleging
11. Hulp bij Huishouden

* Vragen die nu niet opgepakt kunnen worden door STPlus, worden wel beoordeeld en op basis van indicatie bij organisatie STPlus op andere organisatie uit besteed.

Scenario 3: Sociaal Team Plus +

A. Voorliggend veld, informele zorg

1. Algemene voorziening voor informatie en advies, ontmoeting, inloop, cliëntondersteuning en maatschappelijk werk.
2. WMO individueel en Jeugdhulp individueel
3. WMO/Jeugd Begeleiding Groep

12. Participatie, Werk & Inkomen
5. Schuldhulp
10. Wijkverpleging *
11. Hulp bij Huishouden*

B. Samenwerking Wonen-Zorg*

Tweede Schil.

4. Beschermd Thuis
6. JGGZ
7. POH
8. Onderwijs/Knooppunt
9. DNG (De Nieuwe GGZ)

* Taken worden gebiedsgericht georganiseerd zo dichtbij mogelijk bij de burger. Uitvoerders nemen niet deel aan team.

Scenario 4 : Sociaal Team Plus ++

A. Voorliggend veld, informele zorg

1. Algemene voorziening voor informatie en advies, ontmoeting, inloop, cliëntondersteuning en maatschappelijk werk.
2. WMO individueel en Jeugdhulp individueel
3. WMO/Jeugd Begeleiding Groep

12. Participatie, Werk & Inkomen
5. Schuldhulp
10. Wijkverpleging*
11. Hulp bij Huishouden*
4. Beschermd Thuis
9. DNG (De Nieuwe GGZ)

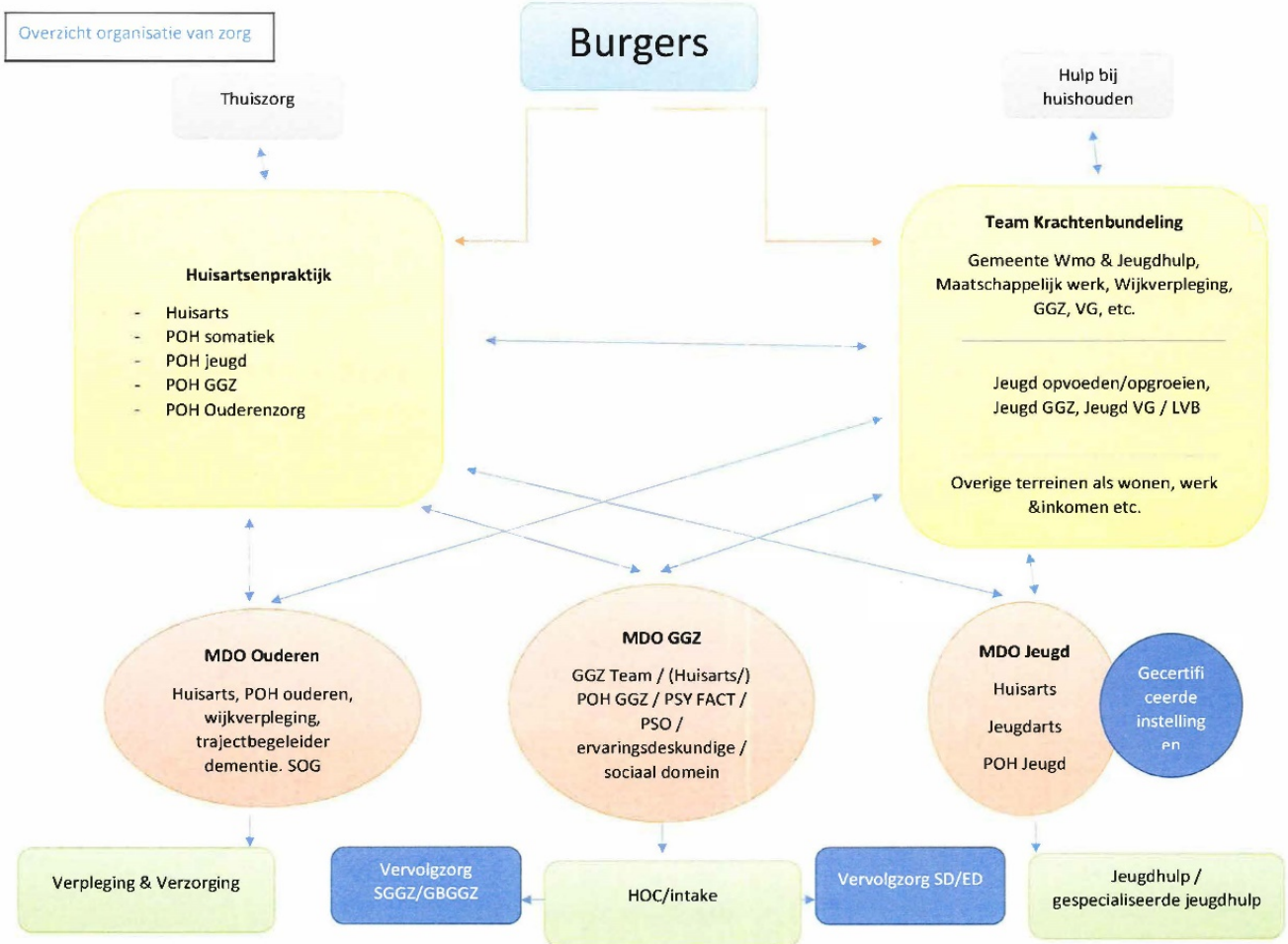
- B. Samenwerking Wonen-Zorg*
- C. Huisartsenzorg (incl. POH)
- D. Paramedische Zorg*

Tweede Schil.

6. JGGZ
8. Onderwijs/Knooppunt

* Taken worden gebiedsgericht georganiseerd zo dichtbij mogelijk bij de burger. Uitvoerders nemen niet deel aan team.

Bijlage 2 Huisarts/sociaal team Krachtenbundeling



Bijlage 3 Coördinatiepunt

