

Kleinschalige zorg met aandacht voor regionale voorzieningen

1. Wat is de positie, functie, rol en toegevoegde waarde van kleinschalige zorgaanbieders in het zorgveld? Wat is hun na te streven doel?

Een belangrijke voorwaarde voor cliënten om regie te behouden wanneer zij zorg nodig hebben, is keuzevrijheid bij het invullen van hun zorgbehoeften. Daarom moet voorkomen worden dat er per regio slechts één zorgaanbieder als monopolist beschikbaar is. Het leveren van een zo divers mogelijk zorgaanbod door kleine en grote zorgaanbieders zorgt voor keuzemogelijkheden voor cliënten en doorverwijzers, waaronder artsen. De cliënt kiest doorgaans niet voor een organisatie, maar voor de zorgprofessional. Daarbij is het advies van de verwijzer (huisarts, medisch specialist, etc.) voor de meeste cliënten doorslaggevend. In het zorglandschap wordt gewerkt volgens het principe: generalistische zorg waar het kan en specialistische zorg waar het moet. Het beantwoorden van de vraag of specialistische zorg nodig is, vereist het advies van een doorverwijzer. Een groot zorgaanbod bemoeilijkt de keuze juist weer. Daarom is de cliënt gebaat bij een overzichtelijk aanbod.

Keuzevrijheid is niet vanzelfsprekend. In de pilot 'Zorg in de wijk' van Zilveren Kruis in Utrecht, Zwolle en Hardenberg, streeft de zorgverzekeraar naar één aanbieder, de zogeheten wijkregisseur, van wijkverpleging per wijk. Contractueel worden de aanbieders door middel van lagere tarieven aangemoedigd om in niet gegunde wijken hun cliënten over te dragen aan de gecontracteerde aanbieder. Daarmee komt de keuzevrijheid in het geding. In het belang van een overzichtelijk aanbod kan regulering op basis van prijs en kwaliteit voor zorg nodig zijn, maar wij bepleiten – samen met o.a. de landelijke organisatie van cliëntenraden – daarbij bepaalde voorwaarden, zoals behoud van de keuzevrijheid van de cliënten én de borging van het oordeel van de huisarts/verwijzer over de inzet van specialistische zorg in voorkomende casuïstiek.

Vooroordelen kleinschalige zorg

Kleinschalige zorg wordt geboden door kleine en grote zorgaanbieders. Er zijn voordelen die vaak ten onrechte alleen aan kleine zorgorganisaties worden gekoppeld: zoals aansluiting bij lokale behoeften of innovatiekracht. Beide aspecten worden ook binnen een grote organisatie binnen kleine units gerealiseerd. Een ander vooroordeel gaat over de kwaliteit van zorg. Kleine aanbieders zouden betere kwaliteit bieden dan grote organisaties. In werkelijkheid kunnen zowel kleine als grote aanbieders goed of slecht scoren ten aanzien van de kwaliteit. Grote instellingen behalen goede en slechte kwaliteitsscores naast elkaar, binnen of tussen vestigingen. Zelfs bij de beste zorgaanbieders komen verwijtbare incidenten voor: het is bovenal zaak van ieder incident te blijven leren.

Beperkingen kleinschalige zorg

Een nadeel van een kleine zorginstelling kan de kwetsbaarheid zijn, omdat er geen risicospreiding mogelijk is om tegenvallers op te vangen. Ook het niet kunnen voldoen aan de toenemende complexe eisen van de zorg en de financiers is een risico.

Sommige delen van het zorgaanbod zijn niet op kleine schaal te organiseren en moeten op een bovenregionale schaal worden ingericht. Voorbeelden zijn onplanbare en crisiszorg, specialistische zorg en palliatieve zorg. Deze kunnen niet op wijkniveau worden georganiseerd. Deze vraagstukken zijn veelal bij de grotere zorgaanbieders terecht gekomen vanwege de noodzakelijke schaal en de vereiste ketenzorg netwerken om ook 24 uur zorg te kunnen leveren.

2. Wat is er nodig om kleine zorginstellingen een stabiele positie te geven in het zorgveld?

Succesvolle kleine zorgaanbieders die kleinschalige zorg aanbieden, kiezen voor een duidelijke niche. Voor een goed zorgveld zijn een basisvoorzieningenniveau aangevuld met bovenregionaal

specialistisch aanbod nodig. De positie van de kleine nichespelers die bijdragen aan een divers aanbod, moet inzichtelijk worden gemaakt om hun bestaansrecht en bestaansvoorwaarden te kunnen afwegen.

Het lijkt niet haalbaar om een complete zorgketen te garanderen met enkel niche-aanbieders. Dan blijven de bovenregionale vraagstukken liggen: de crisesdiensten, de onplanbare zorg, de specialistische zorg, en ook de bovenregionale functie van zorg voor specifieke doelgroepen, zoals Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)-jongeren, Korsakov en multiproblematiek. In de ouderenzorg zien we thans in toenemende mate de groep ouderen met stevige ggz-problematiek.

Door de actuele dynamiek veranderen de zorgvraag en de financieringsregelingen ongekend snel. De bestaande zorginstellingen zijn gebonden aan lopende investeringen die door de veranderende setting niet meer rendabel zijn. Een nieuwe niche-organisatie kan zonder ballast starten en daarmee soms makkelijker overleven dan een bestaande speler. Bij de afweging van bestaansrecht en bestaansvoorwaarden moet ook worden meegenomen, dat wanneer de organisaties die bovenregionale functies vervullen in hun bestaan worden bedreigd, hierdoor het zorgvoorzieningen aanbod in het geding komt. Het vergt evenwichtskunst van de wetgever tussen enerzijds het beschermen van de bestaande aanbieders die continuïteit leveren en de bovenregionale vraagstukken altijd hebben opgelost en anderzijds het geven van kansen aan nieuwe spelers die zonder ballast kunnen starten en snel innoveren. We bevinden ons in een transitietijd waar we op een verantwoorde wijze aan het afbouwen zijn, zoals het sluiten van het traditionele verzorgingshuis. De belangen van de huidige cliënten/bewoners vragen in deze transitietijd uw aandacht. Borg hun keuzevrijheid en zorg voor een acceptabele veranderagenda.

3. Welke problemen en uitdagingen spelen er volgens ons?

Om ervoor te zorgen dat de keuzevrijheid voor kleine zorgaanbieders behouden blijft zijn de volgende zaken van belang:

- 1) Natuurlijk zijn reële tarieven een basisvoorwaarde. Wanneer de huidige WLZ-tarieven met nog een 4% worden gekort, is er met de huidige zorgzwaarte geen goede zorg meer leverbaar, door kleine noch door grote zorgaanbieders.
- 2) Iemand moet regie voeren om te beoordelen én te garanderen dat er een divers aanbod van (kleinschalige) zorg beschikbaar blijft. Een functie als het zorgkantoor, leidend om lokaal tot passend aanbod te komen, is noodzakelijk.
- 3) De bovenregionale vraagstukken vragen uw nauwgezette aandacht. Vanuit de WLZ vervult het zorgkantoor deze regisseursrol. Voor de wijkverpleging verdient, overeenkomstig, de huisartsenzorg een representantenmodel, om de regionale vraagstukken te borgen. Voorkomen moet worden dat met een risicodragende uitvoering van de wijkverpleging per 1 januari 2017 het schadelast denken domineert; en dat in de regio's zonder dominante regionale zorgverzekeraar deze bovenregionale vraagstukken niet geregeld zijn/worden;
- 4) De financieringsstructuur en verantwoording moeten op een haalbare manier worden ingevuld. Dat cliënten en zorgaanbieders voor een passend zorgaanbod uit de financieringsstromen WLZ, ZVW, WMO, subsidies en eigen betalingen de opbrengsten bijeen moeten sprokkelen, is te ingewikkeld. Het bijhorende administratieve proces is zo complex geworden, dat door de hervorming van de langdurige zorg de administratieve lasten verdubbeld zijn. Vereenvoudiging op dit vlak zou een grote besparing en effectiviteitsverbetering opleveren. Het zal ook voor zorgvrager en verlener meer regie mogelijk maken.

Rob van Dam, voorzitter Raad van Bestuur van Careyn, 23 mei 2016

Voor meer informatie: communicatie Careyn, Wim Knol, 06 20640993, w.knol@careyn.nl