

Tussenevaluatie pilot Zorg in de wijk

rapportnr. 1561
juni 2017

[Subject]



Tussenevaluatie pilot Zorg in de wijk

[Subject]

Selma van der Haar
Philip de Jong

Onderzoek in opdracht van Zilveren Kruis

Den Haag, juni 2017

 rapport nr. 1561

© APE Public Economics

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

1	Tussenevaluatie pilot Zorg in de wijk	1
1.1	De pilot Zorg in de wijk	1
1.2	Opzet van de evaluatie	1
1.3	Structuur van dit rapport	3
2	Ervaringen en knelpunten	4
2.1	Interventie	4
2.1.1	Populatiebekostiging	5
2.1.2	Selectieve contractering	6
2.1.3	Samenvatting	9
2.2	Doelen	9
2.2.1	Regie	9
2.2.2	Samenwerking	10
2.2.3	Innovatie	14
2.2.4	Samenvatting	15
2.3	Einddoelen	16
2.3.1	Kwaliteit van de zorg	16
2.3.2	Doelmatigheid	19
2.3.3	Samenvatting	21
3	Conclusies en aanbevelingen	22
3.1	Conclusies	22
3.2	Aanbevelingen	23
3.2.1	Investeer in vertrouwen	23
3.2.2	Adresseer de knelpunten in de pilot	23

1 Tussenevaluatie pilot Zorg in de wijk

1.1 De pilot Zorg in de wijk

Begin 2016¹ is Zilveren Kruis van start gegaan met een pilot van een nieuw inkoop- en bekostigingsmodel: de pilot 'Zorg in de wijk'. In de gemeenten Utrecht, Zwolle en Ommen-Hardenberg heeft Zilveren Kruis, in plaats van het merendeel van de aanbieders van wijkverpleging in een gemeente, één voorkeursaanbieder per wijk gecontracteerd. De voorkeursaanbieders zijn verantwoordelijk voor alle wijkverpleging en -verzorging in 'hun' wijk. Om die 'regierol' uit te voeren krijgen ze een wijkbudget voor 3 jaar.

Inmiddels is de pilot ruim een jaar op gang en heeft Zilveren Kruis onderzoeksbureau APE Public Economics gevraagd om een onafhankelijk onderzoek te doen dat als tussenevaluatie van de pilot dient. APE heeft 29 interviews gevoerd met verschillende partijen in Utrecht, Zwolle en Ommen-Hardenberg: voorkeursaanbieder (10), huisartsen (2), ziekenhuizen (5), gemeentes (3) en belangenorganisaties (9). In dit rapport presenteren we een overzicht van de ervaringen met de pilot 'Zorg in de wijk' die uit de interviews naar voren zijn gekomen².

1.2 Opzet van de evaluatie

In Figuur 1 staat een simpele weergave van de beleidstheorie die aan de interventie ten grondslag ligt. De beleidstheorie laat zien hoe de pilot geacht wordt bij te dragen aan de einddoelen van hogere kwaliteit en grotere doelmatigheid van de zorg.

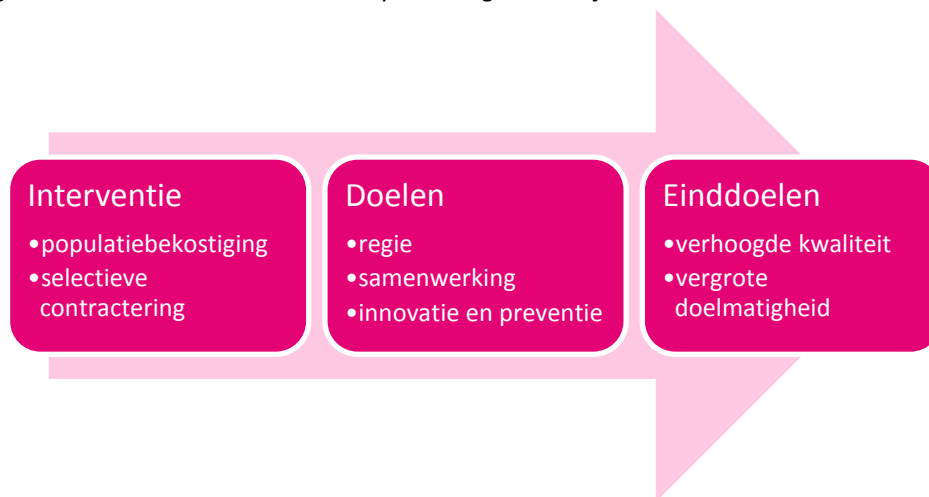
De pilot is te zien als een interventie die twee grote veranderingen introduceert: populatiebekostiging in de vorm van een wijkbudget en consolidatie van de markt door slechts één aanbieder per wijk te contracteren. Het doel daarvan is: (1) het versterken van de regiefunctie van de wijkverpleegkundige die in een wijk, naast de huisartsen, als een spil in de zorg moet fungeren; (2) het versterken van de

¹ 1 januari in Zwolle en Ommen-Hardenberg en 1 april in Utrecht.

² De evaluatie betreft dus geen effectmeting, maar een overzicht van de huidige ervaringen met de pilot.

samenwerking tussen voorkeursaanbieders om zo versnippering tegen te gaan en (3) het bieden van ruimte binnen het wijkbudget voor innovatie en preventie. Op deze wijze hoopt Zilveren Kruis zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de wijkverpleging te vergroten.

Figuur 1 Beleidstheorie achter pilot Zorg in de wijk



Door de pilot is er per wijk nog maar één voorkeursaanbieder gecontracteerd. In de contacteringsprocedure hebben in totaal 27 zorgaanbieders zich ingeschreven voor één of meer wijken. 13 aanbieders³ zijn geselecteerd:

- 3 in Ommen-Hardenberg;
- 5 in Utrecht;
- en 5 in Zwolle.

In Utrecht zijn twee wijken gegund aan een consortium van twee zorgaanbieders, daarom zijn er in totaal 12 aanbieders in plaats van 13.

De voorkeursaanbieders zijn verantwoordelijk voor het beheer van het wijkbudget. Vanuit dit budget moet alle verpleegkundige zorg in de wijk betaald worden, onafhankelijk van wie het levert. De kosten van de zorg die andere zorgaanbieders leveren in de wijk worden verrekend met het wijkbudget. Het wijkbudget omvat alle soorten zorg: persoonlijke verzorging, verpleging en specialistische zorg. De voorkeursaanbieders hoeven die zorg niet zelf te leveren. Ze kunnen tot 50% van het aantal geïndiceerde zorguren uitbesteden aan andere zorgaanbieders.

De invoering van de pilot loopt parallel aan grote beleidsmatige en maatschappelijke veranderingen in de wijkverpleging. Zo is de wijkverpleging begin 2015 overgeheveld van de AWBZ naar Zvw en onder de verantwoordelijkheid van de zorg-

³ In totaal zijn het 10 verschillende thuiszorginstellingen: 2 organisaties zijn in 2 of 3 pilot-gemeentes geselecteerd.

verzekeraars gekomen. Daarnaast leiden onder meer veranderingen in de bekostiging van de zorg tot extramuralisering. Daardoor blijven mensen langer thuis wonen en is de wijkverplegingszorg complexer geworden. De ervaringen met de pilot moeten in dit licht worden gezien.

1.3 Structuur van dit rapport

Bovenstaande beleidstheorie gebruiken we om deze tussenevaluatie te structureren. In hoofdstuk 2 presenteren we voor elk punt van de beleidstheorie (interventie, doelen en einddoelen) de ervaren veranderingen en knelpunten. De conclusies en aanbeveling voor de huidige pilot en toekomstige initiatieven presenteren we in hoofdstuk 3.

2 Ervaringen en knelpunten

2.1 Succesfactoren als toets

Aan alle geïnterviewde partijen is de vraag voorgelegd wanneer de pilot voor hen geslaagd zou zijn. Om de door de verschillende partijen genoemde knelpunten in perspectief te plaatsen geven we in Box 1 een overzicht van de belangrijkste door hen genoemde factoren die de pilot een succes zouden maken. De ervaringen van de betrokken partijen kunnen we afzetten tegen de door hen genoemde succesfactoren om te toetsen in hoeverre het verloop van de pilot tot nu toe in een succesvolle richting gaat.

Box 1 Succesfactoren

Volgens geïnterviewde partijen zou de pilot een succes zijn als die leidt tot:

- goede zorg voor cliënten;
- voldoende keuzevrijheid voor cliënten;
- consolidatie van de markt;
- grip op het wijkbudget;
- budgettaire ruimte voor innovatie en regie;
- betere samenwerking in de wijk met een duidelijke overlegstructuur;
- samenwerking over domeinen heen om sociale problematiek sneller op te pakken.

Slechts enkelen vinden de pilot nu al een succes. De meeste partijen zien grote knelpunten die succes in de weg staan en voor een deel van de respondenten zijn die knelpunten zo structureel, dat ze er geen vertrouwen in hebben dat de pilot nog een succes kan worden.

In dit hoofdstuk presenteren we de belangrijkste ervaringen en knelpunten in de pilot voor elk onderdeel van de beleidstheorie.

2.2 Interventie

De kern van de interventie bestaat uit populatiebesteding en selectieve contractering. Succes van de pilot is afhankelijk van de uitvoering en uitwerking van deze aspecten in de praktijk.

2.2.1 Populatiebekostiging

Het idee achter de populatiebekostiging is dat het productieprikkels (uurtje factuurtje) vermindert en ruimte biedt voor preventie en doelmatigere inzet van zorg.

Bijna alle geïnterviewde partijen zien voordelen in enige vorm van populatiebekostiging...

In principe zijn bijna alle geïnterviewde partijen voor enige vorm van populatiebekostiging. Door financiering los te koppelen van het aantal zorghandelingen kan, in theorie, de zorg beter af gestemd worden op de behoeften van de individuele cliënt en van de wijk als geheel. Populatiebekostiging geeft financiële ruimte voor investeringen in preventieve inspanningen en kan zo de doelmatigheid van de zorg bevorderen.⁴

Voor een deel van de voorkeursaanbieders was de interesse in populatiebekostiging een van de redenen om mee te doen aan de pilot. Daarnaast wordt de meerjarigheid van de bekostiging gewaardeerd, omdat hierdoor investeringen in preventie en kwaliteitsverbetering meer opleveren.

... ze stellen echter dat de pilot in zijn huidige opzet niet de randvoorwaarden creëert om de voordelen van populatiebekostiging tot uiting te laten komen.

Geïnterviewde partijen stellen dat de pilot te zeer is bedacht van achter het bureau op basis van de economische theorie en te weinig aansluit bij de praktijk. Eén jaar na de invoering van de pilot zien ze dat marktpartijen zich niet gedragen zoals verwacht op basis van de beleidstheorie. Ze identificeren verschillende knelpunten en structurele weeffouten die het succes van de pilot ondermijnen. De knelpunten worden in dit hoofdstuk verder toegelicht.

Verschillende voorkeursaanbieders komen in de knel met hun wijkbudget

Een aantal voorkeursaanbieders geeft aan dat ze in de praktijk financieel niet uitkomen met het overeengekomen wijkbudget. De hoogte van de wijkbudgetten is gebaseerd op de offerte die zorgaanbieders in de contracteringsprocedure in concurrentie hebben ingediend. Op basis van ramingen van Zilveren Kruis over de ontwikkeling van de zorgvraag in de wijk hebben zorgaanbieders een bieding gedaan voor het leveren van de zorg. Ramingen zijn geen realisaties. Zorgaanbieders zien de zorgvraag sneller stijgen dan ze verwachtten toen ze offereerden⁵. Boven-

⁴ Marc Pomp, *Populatiebekostiging: Panacee, hype of verkapt kartel? Een verkenning in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit*. NZa Research Paper, 2013 – 1.

⁵ Op basis van de interviews lijkt de onvoorziene stijging in de zorgvraag zich vooral voor te doen in Zwolle en in Utrecht, maar we hebben geen zicht op de omvang van het verschil tussen raming en realisatie.

dien stijgt de complexiteit van de zorgvraag. Dit is het gevolg van landelijke trends van extramuralisering en korter ziekenhuisverblijf. Voor zover ze dat konden, hebben de voorkeursaanbieders onvoldoende rekening gehouden met de toename van de complexiteit. Dit is een eerste reden voor snellere uitputting van het budget dan voorzien.

Een tweede reden is dat zorg die door andere aanbieders wordt geleverd ook in mindering wordt gebracht van het wijkbudget van de voorkeursaanbieders. Een onverwacht effect van de pilot lijkt te zijn geweest dat ongecontracteerde partijen meer uren zijn gaan declareren om te compenseren voor de afname in het tarief. Dit bespreken we in sectie 2.1.2.

2.2.2 Selectieve contractering

Zilveren Kruis heeft per wijk 1 zorgaanbieder geselecteerd als voorkeursaanbieder en hoeder van het wijkbudget. De zorgaanbieders die niet zijn gecontracteerd als voorkeursaanbieder in een bepaalde wijk krijgen een lagere vergoeding voor de zorg die ze in die wijk leveren.⁶ Het idee achter die lagere tarieven is dat het zorgaanbieders ontmoedigt om zorg te blijven leveren in wijken waar ze niet gecontracteerd zijn. Daarmee wil Zilveren Kruis de versnippering van het zorgaanbod tegengaan, consolidatie bewerkstelligen en de samenwerking in de wijk bevorderen.

Een meerderheid van de geïnterviewde partijen ziet voordelen in consolidatie van de markt...

De meeste geïnterviewde partijen zien het belang van consolidatie van de markt. Vooral in Utrecht was de markt voor wijkverpleging bij aanvang van de pilot in 2015 sterk versnipperd: bijna 90 zorgaanbieders leverden wijkverpleging aan Zilveren Kruis cliënten. Ziekenhuizen, huisartsen en sociale wijkteams geven aan dat die versnippering het lastig maakte om effectief samen te werken.

Verschillende partijen hadden behoefte aan het terugdringen van het aantal zorgaanbieders. De in de pilot beoogde mechanismen door contractering van 1 voorkeursaanbieder per wijk en door differentiatie in tarief blijken in de praktijk echter anders uit te pakken dan bedoeld.

⁶ Voor voorkeursaanbieders die zorg leveren in een wijk waar ze niet gecontracteerd zijn als voorkeursaanbieder is dat 75% van het NZa-tarief. Voor ongecontracteerde aanbieders is dat 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Voorkeursaanbieders blijven zorg leveren in wijken waar ze niet gecontracteerd zijn

Voorkeursaanbieders zijn zorg blijven leveren in de wijken waar ze geen voorkeursaanbieder zijn. Er worden verschillende redenen genoemd om elders zorg te blijven leveren. Ten eerste zijn zorgaanbieders loyaal aan hun cliënten. Ze willen hun cliënten niet zomaar “laten zitten” en de zorg overdragen aan andere zorgaanbieders. Daarnaast willen ze niet de hele markt overhoop halen voor een pilot van drie jaar die “opgelegd is door een zorgverzekeraar”. Ze willen hun positie in de pilotgemeente behouden, ook in de wijken die ze niet gegund hebben gekregen. Bovendien stellen voorkeursaanbieders dat ze niet alleen te maken hebben met Zilveren Kruis verzekerden. Bij de meeste voorkeursaanbieders is een aanzienlijk aandeel van de cliënten verzekerd bij andere verzekeraars. In de wijken waar zorgaanbieders geen voorkeursaanbieder zijn voor Zilveren Kruis moeten ze voor cliënten van andere verzekeraars toch de wijkteams en zorgroutes in stand houden.

Vooraf in Zwolle is veel verschoven in de verdeling van de markt voor wijkzorg. Van de vijf gecontracteerde voorkeursaanbieders kwamen twee uit de intramurale zorg. Van de overige drie hadden twee een relatief groot deel van de markt in handen. Deze bleven ook in de wijken waar zij geen voorkeusaanbieder waren zorg leveren. Voorkeursaanbieders stellen dat “iedereen hetzelfde is blijven doen, maar dan voor een lager tarief”. In Ommen-Hardenberg lijkt dit deels te komen doordat de zorgaanbieders die zijn geselecteerd als voorkeursaanbieders in de wijken voor de pilot ook al een heel groot deel van de markt in handen hadden. Bovendien zijn in beide pilotgemeentes de huisartsen en ziekenhuizen blijven doorverwijzen naar zorgaanbieders waar ze al een goede samenwerkingsrelatie mee hadden ongeacht of die aanbieders geselecteerd waren als voorkeursaanbieder in de wijk.

Consequentie van de keuze van voorkeursaanbieders om zorg te blijven leveren is wel dat ze voor een deel van de zorg die ze leveren een lager tarief krijgen. Voor de meeste voorkeursaanbieders is dat tarief verlieslatend. Aanvankelijk hebben ze die verliezen nog kunnen opvangen vanuit andere zorginkomsten (andere zorgverzekeraars en zorgdomeinen (Wlz/WMO)) en reserves, maar ze geven aan dat dit op de lange termijn niet houdbaar is.

Niet gecontracteerde aanbieders zijn gemiddeld meer uren gaan leveren

Bijna alle geconsulteerde partijen beklagen zich over de toename van het aantal geleverde uren per cliënt door overige zorgaanbieders. Ze stellen dat een deel van de niet gecontracteerde zorgaanbieders omzetverlies door lagere tarieven compenseert door meer uren te declareren. Het gemiddelde aantal uren zorg dat on-

gecontracteerde zorgverleners per cliënt leveren is hoger dan dat van voorkeursaanbieders. Hetzelfde geldt voor pgb-gefinancierde zorg. Zo stelt een zorgaanbieder in Utrecht: *“20% van de unieke cliënten maken meer dan de helft van het budget op, een deel daarvan betreft pgb’s.”* Die toename gaat ten koste van de bestedingsruimte van voorkeursaanbieders, omdat alle zorg die in de wijk geleverd wordt, gefinancierd moet worden uit het wijkbudget, onafhankelijk van wie het levert.

Voorkeursaanbieders betwijfelen de rechtmatigheid van het grote aantal uren zorg dat door niet-gecontracteerde partijen en via pgb’s geleverd wordt. Een deel van de geïnterviewde partijen ziet de problematiek als een indicatie dat het tarief voor niet-gecontracteerde zorg te hoog is in de pilot. Volgens anderen is dat een denkfout. Ze verwachten dat de prikkel tot overproductie alleen nog maar hoger zal zijn als de tarieven nog lager worden en daarmee de marges nog kleiner.

We hebben voor deze tussenevaluatie geen gesprekken gevoerd met overige zorgaanbieders. We hebben dus geen inzicht in de redenen voor de toename in het gemiddelde aantal uren per cliënt. Zilveren Kruis voert wel materiële controles uit op de declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders om de ontwikkeling van de uitgaven en de rechtmatigheid van de indicaties te onderzoeken.

De doorverwijspraktijk van ziekenhuizen en huisartsen is slechts minimaal veranderd

Huisartsen en ziekenhuizen hebben keuzevrijheid voor patiënten hoog in het vaandel staan. Dat schuurt soms met de opzet van pilot. De doorverwijspraktijk van huisartsen en ziekenhuizen lijkt in Utrecht sterker veranderd te zijn dan in Zwolle en Ommen-Hardenberg. In Ommen-Hardenberg is de keuze van de cliënt leidend voor de doorverwijzing vanuit het ziekenhuis en wordt er niet gestuurd richting voorkeursaanbieders in de wijk. Daarin is eigenlijk niets veranderd door de pilot, mede doordat dezelfde zorgaanbieders nog steeds actief zijn en er sterke samenwerkingsverbanden met het ziekenhuis zijn.

Huisartsen in Zwolle en Ommen-Hardenberg geven ook aan liever door te verwijzen naar partijen waarmee ze goede ervaring hebben. Dat maakt het voor nieuwkomers in de wijk lastig een plek te veroveren. *“Een jaar verder merk je dat het toch redelijk bij het oude is gebleven. De huisartsen geven aan dat zij niet voor de pilot hebben gekozen. Zij hebben geen belang bij die pilot en bij de veranderingen die deze met zich meebrengt. Dan kan je zelf vinden dat je even goede zorg levert, maar dan is het toch heel moeilijk om in die vaste routines verandering te brengen.”*

2.2.3 Samenvatting

Door onderschatting van de kosten, onder meer als gevolg van de toegenomen omvang en complexiteit van de zorgvraag en als gevolg van de toegenomen productie van andere zorgaanbieders, komt een deel van de voorkeursaanbieders niet uit met hun wijkbudget. De consolidatie van de markt werkt in de praktijk anders uit dan verwacht bij de invoering van de pilot. Voorkeursaanbieders blijven ondanks het lagere tarief zorg leveren in de wijken waar ze geen voorkeursaanbieder zijn. Bovendien zijn er indicaties dat ongecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorguren per cliënt declareren om te compenseren voor het lagere tarief.

2.3 Doelen

Volgens de beleidsheorie bieden populatiebesteding en consolidatie van de markt ruimte voor betere samenwerking in de wijk met de wijkverpleegkundige als ‘spil in de wijk’ en meer innovatie en preventie in de geleverde wijkzorg. Op elk van deze punten zijn er een aantal knelpunten gesignaleerd.

2.3.1 Regie

De voorkeursaanbieders moeten een regiefunctie vervullen in de wijk: ze zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van alle wijkverpleging in hun perceel en ze moeten het wijkbudget beheren.

Voorkeursaanbieders missen de instrumenten om regie te kunnen voeren over het wijkbudget

Voorkeursaanbieders geven aan dat ze in de huidige opzet van de pilot geen instrumenten hebben om als wijkregisseur regie te voeren over de productie van andere zorgverleners terwijl ze wel de financiële risico's dragen. Voorkeursaanbieders ontvangen geaggregeerde rapportages van de productie in de wijk, maar kunnen niet zien welke zorgaanbieders bovengemiddeld veel uren zorg leveren per cliënt. Ze missen de mogelijkheid om het zorgaanbod van anderen te sturen en zo de doelmatige inzet van het wijkbudget te bevorderen. Een deel van de voorkeursaanbieders stelt dat ze als wijkregisseur de rol van de zorgverzekeraar in de schoenen geschoven hebben gekregen. Ze moeten het budget beheren maar missen de benodigde instrumenten (materiële controles, etc.) om invloed uit te oefenen op andere zorgaanbieders.

De coördinatie van de zorg in de wijk gaat gepaard met veel extra werk voor wijkverpleegkundigen

Door de regietaak komen er extra coördinatie-taken bij de voorkeursaanbieders te liggen. Ze hoeven niet alle zorg zelf te leveren, maar zijn er wel verantwoordelijk voor dat er zorg geleverd wordt. In de wijkverpleging moet die zorg vaak op heel

korte termijn ingezet kunnen worden. Dat vraagt veel capaciteit en flexibiliteit van wijkverpleegkundige teams. De pilot biedt de ruimte om met onderaannemers te werken (tot 50% van de totale productie in de wijk).

Voorkeursaanbieders blijken in de praktijk echter niet graag andere partijen in onderaanneming in te zetten. Voorkeursaanbieders willen namelijk niet verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg die door andere zorgaanbieders wordt geleverd. Volgens één zorgaanbieder is het in de praktijk juridisch erg lastig om weer van een onderaannemer af te komen. Bovendien gaat contractering van onderaannemers gepaard met grote administratieve lasten voor de voorkeursaanbieder. De zorgvraag komt alsnog eerst binnen bij de voorkeursaanbieder. Deze moet de vraag doorzetten en de overdracht coördineren. Dat vraagt veel extra inspanning van wijkverpleegkundigen.

Toch merken ziekenhuizen dat in het laatste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 zorgaanbieders in Utrecht door capaciteitsproblemen gedwongen worden om onderaannemers in te zetten. Ze menen dat een aantal voorkeursaanbieders eigenlijk een patiëntenstop hanteert. Voorkeursaanbieders in Utrecht geven wel aan dat ze met capaciteitsproblemen kampen omdat de markt in Utrecht bijzonder krap is. Ze zeggen de gevraagde zorg echter nog wel aan te kunnen.

2.3.2 Samenwerking

Eén van de doelen van de pilot is om de wijkverpleegkundige te positioneren als een spil in de wijk in de driehoek wijkverpleegkundige, huisarts en sociaal wijkteam van de gemeente. Het idee is om de regiefunctie van de wijkverpleegkundige te versterken door per wijk één zorgaanbieder verantwoordelijk te maken voor de wijkverpleging inclusief de niet-patiëntgebonden zorg. Voor huisartsen en sociale wijkteams moet het eenvoudiger worden om af te stemmen omdat ze nu nog maar met 1 zorgaanbieder te maken hebben in plaats van met 30. Het Zilveren Kruis wil wijkverpleegkundigen inzetten als: *“de verbindende schakel tussen mensen die zorg nodig hebben en mantelzorgers, zorgaanbieders in de wijk zoals de huisarts, het sociale wijkteam, de apotheek en het ziekenhuis.”*⁷

Door de pilot is de marktordening in de 3 pilotgemeentes veranderd. Dit heeft invloed gehad op de samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders en in de hele zorgketen.

⁷ Zilveren Kruis (2015) Factsheet Zorgmodule Wijkverpleging ‘Zorg in de wijk’.

Marktverschuivingen gaan gepaard met opstartproblemen in de samenwerking tussen voorkeursaanbieders

Het verschilt per gemeente in hoeverre de pilot de verhoudingen tussen de zorgaanbieders beïnvloedt. Volgens de geïnterviewde partijen is er in de gemeente Ommen-Hardenberg relatief weinig veranderd. Voor de pilot waren er vier grotere zorgaanbieders actief. Drie daarvan zijn door Zilveren Kruis gecontracteerd als voorkeursaanbieder. Die partijen werkten al samen; dat is door de pilot niet veranderd. Eén van de aanbieders stelt dat de samenwerking wel is geïntensiveerd, met name omdat de pilot eisen stelt aan doelmatigheid. De voorkeursaanbieders in Ommen-Hardenberg hebben een gezamenlijk programma opgezet om de doelmatigheid te vergroten.

In Zwolle zijn de marktverschuivingen een stuk groter. Daar heeft Zilveren Kruis drie zorgaanbieders gecontracteerd die nog geen of slechts beperkt wijkverpleging aanboden in Zwolle. Twee daarvan boden voorheen voornamelijk intramurale zorg. Deze organisaties kregen wijken toegewezen waar ze geen intramurale zorg leverden en nog geen infrastructuur hadden voor wijkverpleging. Eén van de grootste leveranciers van wijkverpleging in de gemeente Zwolle is niet geselecteerd als voorkeursaanbieder omdat deze zorgaanbieder tijdelijk onder verscherpt toezicht van de IGZ stond. Al die veranderingen zorgden voor veel onrust onder cliënten en werknemers. Voor de start van de pilot was het onduidelijk in hoeverre de pilots de zorgpraktijk zouden veranderen. Daarnaast was er door Zilveren Kruis aanvankelijk een brief over de pilots verstuurd waarin een fout stond, waardoor het voor hun onduidelijk was of zij na 1 januari nog wel hun vaste zorgverlener zouden houden. Vervolgens is een nieuwe brief met juiste informatie gestuurd.

Verschillende, niet-gecontracteerde zorgaanbieders zagen zich door de toegenomen concurrentie genoodzaakt om agressieve marketingtechnieken in te zetten.⁸ De gemeente zag de samenwerking tussen de zorgaanbieders in eerste instantie verslechteren door de pilot. Door de toegenomen concurrentie en spanningen waren wijkverpleegkundigen op de werkvloer *“minder toeschietelijk naar elkaar”*. Afspraken over nachtzorg liepen bijvoorbeeld moeizamer dan voorheen. Inmiddels, stellen meerdere partijen, is de rust wat meer teruggekeerd en zijn er meer contacten gelegd. Voor de invoering van de pilot was er al regelmatig overleg tus-

⁸ Zo werd er geflyerd in aanleunwoningen van andere zorgaanbieders en werden cliënten aangemoedigd om over te stappen op een andere zorgverzekeraar om zo de vaste hulp te kunnen behouden. Zilveren Kruis heeft gedreigd met juridische stappen in situaties waarin een zorgaanbieder onjuiste informatie verstrekke aan cliënten (bijvoorbeeld over de vergoedingen voor wijkverpleging) of waarin een aanbieder cliënten aanraade om (om die reden) over te stappen naar een andere verzekeraar.

sen de een deel van de zorgaanbieders en de gemeente. Dat overleg is voortgezet en de nieuwe voorkeursaanbieders hebben zich daar bij aan kunnen sluiten.

In Utrecht zijn de marktverhoudingen ook aanzienlijk verschoven door de pilot. Voorkeursaanbieders vertellen dat er voor de pilot al veel werd samengewerkt tussen zorgaanbieders omdat zij door specialisatie verschillende niches in de markt bedienden. Eén zorgaanbieder leverde het grootste gedeelte van de specialistische wijkverpleging. Andere zorgaanbieders stonden bekend om hun expertise op het gebied van bijvoorbeeld dementiezorg, geestelijke gezondheidszorg of revalidatie. Voorkeursaanbieders geven aan dat ze zich door de pilot gedwongen voelen om alle soorten zorg aan te bieden omdat ze nu verantwoordelijk zijn voor alle zorgverlening in de wijk. Hierdoor zien ze zich genoodzaakt om te concurreren met aanbieders waarmee ze voorheen samenwerkten. In eerste instantie heeft dit geleid tot wrijving tussen een aantal partijen.

In Utrecht heeft Zilveren Kruis overleg geïnitieerd met voorkeursaanbieders, huisartsen en ziekenhuizen om de samenwerking te begeleiden en te versterken. Een aantal partijen in Zwolle en Ommen-Hardenberg zou graag een soortgelijke begeleiding van Zilveren Kruis zien in hun gemeente. Ze stellen dat voorkeursaanbieders elkaar nu wel sneller vinden bij een gedeeld probleem, maar dat het overleg nog sterk gericht is op problemen in de pilot en er nog weinig ruimte is geweest voor innovatieve programma's.

De pilot doorkruist bestaande samenwerkingen in de keten en creëert nieuwe

In elk van de pilotgemeenten waren er al veel samenwerkingsverbanden tussen wijkverpleegkundigen, huisartsen, ziekenhuizen en sociale wijkteams. De pilot heeft een deel van die samenwerkingsverbanden doorkruist. Door de veranderingen in de verhoudingen in de markt kwamen lang bestaande vormen van samenwerking onder druk te staan. Tegelijkertijd zijn er nieuwe samenwerkingen ontstaan.

Voorals huisartsen en ziekenhuizen ervaren de pilot als verstorend. Zij geven aan jarenlang te hebben gebouwd aan samenwerkingsverbanden met wijkverpleegkundigen voor een goede overdracht van cliënten. Met de invoering van de pilot werden ziekenhuizen en huisartsen ineens geacht om hun patiënten door te verwijzen naar een andere aanbieder. De mate waaraan ze hieraan gevolg hebben gegeven verschilt per gemeente. Ziekenhuizen en huisartsen onderstrepen het belang van vertrouwen in de samenwerking met zorgaanbieders. In een deel van de huisartspraktijken was er bijvoorbeeld al een wijkverpleegkundige van één van de aanbieders gestationeerd. Huisartsen in Ommen-Hardenberg hebben aangegeven niet mee te doen aan de pilot, omdat ze niet achter de verstorende werking en financiële consequenties voor de zorgaanbieders staan. Huisartsen in de gemeente

Zwolle zeggen hun patiënten door te blijven verwijzen naar aanbieders waar ze al een sterke band mee hebben. Bovendien hebben huisartsen problemen met de indeling van de wijken. Zilveren Kruis heeft er voor gekozen om aan te sluiten bij de wijkindeling van de sociale wijkteams. Deze sluit echter niet aan bij de werkgebieden van huisartsen. Daardoor moeten huisartsen alsnog met meerdere zorgaanbieders overleggen.

Ziekenhuizen lopen tegen problemen aan bij de doorverwijzing van patiënten die specialistische wijkverpleging nodig hebben. Ze stellen dat daarmee te weinig rekening is gehouden bij de selectie van de voorkeursaanbieders. Ondanks dat in totaal in 85% van de percelen een voorkeursaanbieder is gekozen uit de top drie zorgaanbieders van huisartsen, ziekenhuizen en wijkteams, zijn een aantal vaste samenwerkingspartners van ziekenhuizen niet opgenomen in de pilot. Ziekenhuizen stellen dat het doorverwijzen een stuk ingewikkelder is geworden nu ze eerst moeten aankloppen bij de desbetreffende voorkeursaanbieder in de wijk, die de benodigde zorg niet altijd zelf in huis heeft. Dat brengt extra werk mee voor ziekenhuizen: *“Tijdens een van de overleggen in 2016 is met elkaar afgesproken dat de voorkeursaanbieders meehelpen met zoeken naar een passende oplossing, maar dat zie ik eigenlijk niet. Verpleegkundigen hier in het ziekenhuis gaan op zoek naar waar we de patiënten kunnen onderbrengen. Dan moet de nazorg soms wel 4/5 partijen bellen en komen we uit bij de partijen met wie het ziekenhuis al jaren een goede samenwerking heeft, maar die niet aangewezen zijn als voorkeursaanbieder.”* Een deel van de zorgaanbieders heeft geen centraal aanmeldpunt waardoor het voor ziekenhuizen lastig is om te weten welk buurtteam ze moeten benaderen. Een bijkomend probleem is dat de zorgaanbieders die de expertise wel in huis hebben, maar niet door Zilveren Kruis gecontracteerd zijn als voorkeursaanbieder in de wijk, steeds vaker stellen dat ze de gespecialiseerde zorg niet kunnen verlenen voor het lagere tarief.

De problemen lijken meer te spelen in Utrecht en Zwolle dan in Ommen-Hardenberg. Dat komt enerzijds doordat de marktverschuiving door de pilot in Ommen-Hardenberg relatief beperkt is. Anderzijds komt het doordat de doorverwijspraktijk van het ziekenhuis niet veranderd is, keuzevrijheid blijft leidend: *“Ik begrijp het idee achter de pilot. De andere kant is dat we in de politiek hebben gezegd dat we de keuzevrijheid van de cliënt hoog in het vaandel hebben. Als we de pilot helemaal in zouden voeren dan zou dat ten koste gaan van de keuzevrijheid.”*

Daar staat tegenover dat het door de wijkindeling voor sociale wijkteams gemakkelijk is om de samenwerking te organiseren. De gemeente Utrecht heeft een enquête gehouden onder sociale wijkteams. Daaruit kwam naar voor dat ruim 80% van de wijkteams in Utrecht sinds de start van de pilot intensiever samen is gaan

werken. In Zwolle is volgens de gemeente de samenwerking ook toegenomen omdat de percelen van de pilot aansluiten bij de indeling van de sociale wijkteams. In Ommen-Hardenberg stelt de gemeente dat de samenwerking tussen sociale wijkteams en zorgaanbieders niet veranderd is door de pilot en dat er ook geen verschil is tussen voorkeursaanbieders en overige zorgaanbieders. Tot nog toe blijft de samenwerking beperkt tot afstemming op case-niveau: *“Het zijn goede, laagdrempelige samenwerkingspartner(s) net zoals daarvoor, maar niet vernieuwend, niet op het sociale gebied en de transformatie van zorgen voor - naar zorgen dat.”*. De ruimte voor innovatieve samenwerking is nog beperkt gebleven.

2.3.3 Innovatie

Een wijkbudget geeft in theorie extra ruimte voor innovatieve en preventieve programma's die de gezondheid en zelfredzaamheid van cliënten kunnen vergroten en er op de lange termijn voor kunnen zorgen dat cliënten minder zorg nodig hebben. Het idee is dat een wijkbudget het aantrekkelijker maakt voor zorgaanbieders om te investeren in dergelijke interventies, omdat ze de besparingen zelf mogen houden.

De meeste voorkeursaanbieders hebben de inzet van innovatieve middelen en programma's nog niet uitgebreid

Het eerste jaar van de pilot hebben de meeste voorkeursaanbieders nog weinig ruimte gezien om de inzet van innovatieve middelen en programma's uit te breiden. Een deel van de zorgaanbieders geeft aan dat ze zoveel tijd kwijt zijn geweest met het opbouwen van de infrastructuur (wijkteams, netwerk) om de zorg in de wijk te kunnen leveren dat ze nog nauwelijks zijn toegekomen aan het opzetten van innovatieve programma's. Vooral nieuwkomers op de markt hebben veel tijd moeten investeren in het opbouwen van het lokale netwerk. Bovendien is het voor veel organisaties nog onduidelijk of het wijkbudget voldoende financiële ruimte biedt voor investeringen in innovatie. Een aantal organisaties geeft aan dat ze niet uitkomen met het wijkbudget. *“De krappe budgetten maken het onmogelijk om te investeren in innovatie. Dat gebeurt niet vanzelf door een marktmechanisme.”* Anderen weten niet of het wijkbudget voldoende zal zijn. Die onzekerheid heeft een remmende werking op innovatie. Slechts een enkele (vnl. kleinere) organisatie zegt binnen het wijkbudget ruimte te hebben voor innovatie.

Er lopen wel projecten voor bijvoorbeeld mantelzorgondersteuning of opsporing van kwetsbare ouderen, maar veel van deze projecten bestonden al voor de start van de pilot. Een deel van de respondenten laat weten dat als er al een effect van de pilot op innovatie is, dit in deze fase negatief is, omdat bestaande samenwerkingsverbanden en initiatieven door de pilot zijn doorbroken. Niettemin werken in Ommen-Hardenberg de voorkeursaanbieders samen rondom medicijn dispensers, steunkousen en ondersteuning van mantelzorgers.

Aanbieders ervaren belemmeringen om te investeren in innovatie en preventie

Verschillende voorkeursaanbieders stellen dat het een illusie is te denken dat investeringen in domotica en andere preventieve innovaties een significant effect hebben op de doelmatigheid van de zorg. De inzet van hulpmiddelen kan kostenbesparend zijn bij relatief lichte zorgvragen met enkelvoudige problematiek. Die zorgvragen worden in het kader van de zelfredzaamheid in de huidige medische praktijk steeds meer overgelaten aan het netwerk van de patiënt. De wijkverpleegkundigen spelen vooral een rol in de complexere zorg, waar sprake is van multiproblematiek. De complexiteit van de zorg neemt door de extramuralisering en de vergrijzing sterk toe. Bij mensen met multiproblematiek moet de wijkverpleegkundige toch langs voor bijvoorbeeld wondzorg. Het gebruik van een medicijndispenser, vergroot de zelfredzaamheid van de cliënt, maar levert weinig doelmatigheidswinst op voor de zorgaanbieder.

De ingezette zorg verandert wel, maar niet perse door de pilot. Zorgvragen worden complexer en de inzet van wijkverpleging verandert van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Dat hoeft niet per se gepaard te gaan met de inzet van innovatieve middelen en al helemaal niet met kostenbesparingen.

Geïnterviewde partijen zien vooral ruimte voor preventie en innovatie op het snijvlak tussen zorgdomeinen

Gemeentes zien op het moment nog geen innovatieve zorgprogramma's ontstaan binnen de pilot, maar ze zien wel de potentie van samenwerking op het preventieve vlak. De potentiële winst van preventie zit volgens verschillende partijen (ziekenhuizen, sociale wijkteams, zorgaanbieders) vooral op het snijvlak tussen wijkverpleging en het sociale domein. Daar kan voorkomen worden dat problemen gemedicaliseerd worden. Een voorbeeld dat is genoemd is de dagbesteding; een wijkverpleegkundige kan een indicatie uitgeven voor officiële dagbesteding of ze kan een cliënt verwijzen naar de lokale buurtsoos. Door schotten in financiering komt dergelijke samenwerking nog weinig op gang. Verschillende partijen zien een rol voor Zilveren Kruis in het stimuleren van preventie op het snijvlak tussen domeinen door de juridische en financiële mogelijkheden daarvoor inzichtelijk te maken.

2.3.4 Samenvatting

Op het niveau van de doelen van de pilot doen er zich een aantal knelpunten voor. Voorkeursaanbieders missen de instrumenten om effectief regie te kunnen voeren over het wijkbudget. Mede hierdoor laat het budget weinig ruimte over voor investeringen in innovatieve programma's. Dat komt ook doordat partijen het eerste jaar van de pilot veel tijd kwijt waren met het (opnieuw) opbouwen van samenwerkingsverbanden. Door de pilot zijn bestaande samenwerkingsverban-

den doorbroken en nieuwe ontstaan. De veranderingen verschillen per gemeente, naar gelang de verandering in de marktordening. In Ommen-Hardenberg is relatief het minst veranderd. Vooral ziekenhuizen en huisartsen ervaren de pilot als verstorend voor hun doorverwijspraktijken. Voor sociale wijkteams is samenwerking eenvoudiger geworden doordat ze nu met minder partijen om tafel zitten. Die samenwerking is nog op casus-niveau. Verschillende partijen zien nog mogelijkheden voor innovatieve programma's op het snijvlak tussen zorgdomeinen.

2.4 Einddoelen

Uiteindelijk moet de pilot leiden tot betere kwaliteit van zorg en hogere doelmatigheid.

2.4.1 Kwaliteit van de zorg

Voor de start van de pilot maakten veel partijen zich zorgen over het effect van de pilot op de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid voor patiënten. Ze betwijfelden of voorkeursaanbieders de kwaliteit van alle wijkverpleging, inclusief specialistische zorg, konden garanderen.

Het werkelijke effect van de pilot op de kwaliteit van zorg is moeilijk te isoleren. Dat komt enerzijds doordat de zorg afspeelt achter de voordeur van de cliënt. Ziekenhuizen, huisartsen, gemeentes en belangenorganisaties kunnen moeilijk inschatten in hoeverre de geleverde zorg is veranderd door de pilot. Sommige partijen verwijzen naar klachten van patiënten en mantelzorgers of naar complicaties als bewijs van gebrek aan kwaliteit. Het is echter niet duidelijk in hoeverre dergelijke losse cases zijn toe te schrijven aan de pilot. Anderzijds is de kwaliteit van zorg voor cliënten ook moeilijk te beoordelen. In hun ervaring spelen soms lastig te objectiveren factoren een rol. We bespreken hier een aantal factoren die de kwaliteit in de ogen van verschillende geïnterviewde partijen kunnen beïnvloeden.

Continuïteit en keuzevrijheid zijn van belang voor de kwaliteit van zorg die cliënten ervaren

De vertrouwensrelatie tussen cliënten en wijkverpleegkundigen is volgens belangenbehartigers één van de belangrijkste aspecten van de kwaliteit van de zorg die cliënten ervaren. Voor dat vertrouwen zijn de keuze voor een zorgaanbieder en de continuïteit van de geleverde zorg van belang. De redenen om voor een bepaalde organisatie te kiezen zijn subjectief en lastig uit te leggen, maar ze spelen wel een belangrijke rol in de ervaren kwaliteit van zorg. Verschillende cliëntbelangenorganisaties geven aan het niet erg te vinden als cliënten uit 3 à 4 organisaties kunnen kiezen in plaats van 30. De verandering in de pilot naar 1 voorkeursaanbieder per wijk vinden ze echter wel een hele grote beperking van de keuzevrij-

heid. In theorie hebben cliënten binnen de pilot de vrijheid om bij elke zorgaanbieder wijkverpleging af te nemen. In de praktijk krijgen ziekenhuizen en belangenorganisaties echter steeds vaker signalen dat sommige niet-gecontracteerde zorgaanbieders, wegens het lagere tarief geen zorg meer willen leveren aan Zilveren Kruis cliënten. Overigens laten de periodieke klanttevredenheidsonderzoeken van Zilveren Kruis zien dat het rapportcijfer dat klanten aan de wijkzorg gaven eind 2016 gelijk was aan dat van voor het begin van de pilots.

Continuïteit van zorg is ook van belang om de vertrouwensrelatie tussen cliënt en wijkverpleegkundige te borgen. Dit geldt extra sterk voor kwetsbare groepen zoals mensen met dementie. De meeste voorkeursaanbieders die we hebben gesproken hebben, kiezen ervoor om ook in de wijken waar ze geen voorkeursaanbieder zijn bestaande cliënten aan te houden. Er is echter wel een aantal zorgaanbieders gestopt in de pilotgemeentes. Deze organisaties hebben hun cliënten (en soms ook medewerkers) over moeten dragen aan andere zorgaanbieders. Daarbij is het niet altijd mogelijk geweest om de cliënt-medewerker relatie te behouden.

Andere aspecten van kwaliteit zijn volgens verschillende partijen lastig te beoordelen voor cliënten. Belangenorganisaties stellen dat cliënten vaak veranderingen ondergaan, omdat ze in een afhankelijk positie zitten en niet goed kunnen beoordelen wat ze mogen verwachten. Als een cliënt voor het eerst zorg ontvangt kan deze het ook niet vergelijken: *“Die patiënt die merkt daar in zijn of haar ervaring eigenlijk weinig van want die heeft geen vergelijk. Het overkomt hen allemaal. Ze zien alleen: ‘die wijkverpleegkundige was een hele lieve vrouw en die deed heel erg haar best’.”* Belangenorganisaties zien een belangrijke taak voor Zilveren Kruis weggelegd in de borging van de kwaliteit in de pilot.

Ziekenhuizen en huisartsen betwijfelen of er in de pilot voldoende capaciteit en ervaring is voorzien om de kwaliteit van de specialistische zorg te borgen

Bij de start van de pilot gingen er twijfels op of alle partijen wel voldoende gekwalificeerd waren om specialistische zorg te leveren. In Utrecht verzorgde één grote zorgaanbieder een aanzienlijk deel van de specialistische zorg. Toen deze voorkeursaanbieder slechts de helft van de wijken kreeg toegewezen vreesden velen dat dit ten koste zou gaan van de specialistische zorg in de andere wijken.

De meningen verschillen over de vraag of er inmiddels voldoende capaciteit is om in specialistische zorg te voorzien. In Utrecht is een aantal aanbieders van specialistische zorg waar de ziekenhuizen nauw mee samenwerkten niet geselecteerd als voorkeursaanbieder. Ziekenhuizen betwijfelen daarom of er bij de voorkeursaanbieders voldoende kennis en kunde aanwezig is om alle specialistische zorg in de pilotgemeente te kunnen leveren. Ze hebben het gevoel dat: *“aanbieders in de wijken zeggen dat ze de zorg kunnen leveren onafhankelijk van of ze de capaciteit*

en kunde echt in huis hebben.” Ziekenhuizen lopen aan tegen gevallen waar de aangevraagde zorg niet (adequaat) geleverd is door de zorgaanbieders. De zorgen over capaciteit betreffen voornamelijk een paar specifieke terreinen binnen de specialistische zorg, zoals dementiezorg, technologiezorg en wondzorg. Zo zijn er in Utrecht bijvoorbeeld wachttijden ontstaan voor case-management bij dementiezorg en voor specialistische oncologische zorg. En er zijn klachten over de kwaliteit van de wondzorg: *“De geleverde kwaliteit van de eerste voorkeursaanbieders sluit niet aan bij de eisen die nodig zijn, om patiënten langer thuis te kunnen verzorgen. Specifieke expertise in de wondzorg ontbreekt, terwijl er wel organisaties zijn die deze zorg kunnen leveren.”* Ook zien ze soms dat het aantal zorgmomenten dat het ziekenhuis heeft voorgeschreven bij de doorverwijzing is teruggebracht. Verder wordt een deel van de zorg in onderaannemerschap geleverd. Ziekenhuizen hebben dan weinig zicht op welke organisatie de zorg uiteindelijk levert.

Voorkeursaanbieders in Utrecht stellen echter dat er voldoende capaciteit aanwezig is bij alle voorkeursaanbieders samen om de specialistische zorg te kunnen leveren. Sommige zorgaanbieders hebben in het eerste jaar van de pilot sterk geïnvesteerd in de training van hun personeel. Huisartsen stippen echter aan dat niet alleen kennis van medische handelingen (aanleggen infuusnaalden, morfinepompen etc.) van belang is, maar ook de ervaring met het emotionele proces om cliënten en hun familie te begeleiden bij dementieproblematiek of palliatieve zorg.

Beperkte capaciteit en onduidelijkheid over samenwerking kunnen een belemmering gaan spelen in het borgen van de kwaliteit

Alle voorkeursaanbieders geven aan dat ze hun werknemersbestand hebben uitgebreid om tegemoet te kunnen komen aan de toename in het aantal cliënten. Vooral voor de hogere functieniveaus is dat een uitdaging gebleken. In Utrecht is de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen en -verzorgenden (niveau 3 IG tot en met 5) bijzonder krap. Volgens ziekenhuizen in Utrecht is de situatie in het laatste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verergerd. In die periode was het voor ziekenhuizen lastiger om vervolgzorg te regelen voor hun cliënten. Meerdere voorkeursaanbieders waren niet in staat nieuwe cliënten te accepteren vanwege personeelstekorten. Volgens ziekenhuizen en huisartsen maken voorkeursaanbieders nog onvoldoende gebruik gemaakt van de expertise van andere zorgaanbieders. De overeenkomst met Zilveren Kruis biedt voorkeursaanbieders in principe de mogelijkheid om een deel van de zorg uit te besteden aan onderaannemers. Toch heeft een groot deel van de zorgaanbieders ervoor gekozen om de specialistische zorg zelf te leveren. Dit kan vertraging in de levering van zorg en zelfs afwenteling veroorzaken. In Utrecht blijven cliënten soms langer opgenomen in het ziekenhuis omdat vervolgzorg op zich laat wachten. *“10/20% vertraagt omdat de zorgaanbieders de zorg niet kunnen leveren; dan moet het ziekenhuis naar*

andere zorgaanbieders op zoek.”. Ziekenhuizen zien zich daardoor ook soms genoodzaakt om door te verwijzen naar 2 zorgaanbieders: de voorkeursaanbieder in de wijk en een aanbieder van specialistische zorg. Dit zorgt voor versnippering van de zorg.

Door financiële druk zien zorgaanbieders zich gedwongen om verlieslatende diensten af te stoten en minder ‘extra’s aan te bieden’

Verschillende zorgaanbieders hebben in december 2016 de noodklok geluid bij Zilveren Kruis over de financiële gevolgen van de pilot zorg in de wijk. Ze stellen dat de wijkbudgetten verliesgevend zijn en dat ze in de toekomst mogelijk moeten inboeten op de kwaliteit van de zorg om de continuïteit te kunnen waarborgen. Gemeentes merken dat zorgaanbieders (zowel gecontracteerde als ongecontracteerde) door de pilot minder ruimte hebben om extra’s taken uit te voeren die ze voor de pilot wel op zich zouden nemen: *“De dienstverlening is kariger geworden. Je merkt ook bij de welvoorkeursaanbieders dat sommigen er wat strakker inzitten. Qua afbakening tussen WMO en Zvw zien we dat ze minder geneigd zijn zorg van elkaar over te nemen. Dat is jammer.”* Een aantal zorgaanbieders ziet zich gedwongen om extra services zoals acute zorg of 24-uurs zorg niet meer te leveren. De samenwerking wordt ook bemoeilijkt als zorgaanbieders minder financiële ruimte hebben om extra taken op te pakken die die ze voorheen wel deden. Naar aanleiding van deze knelpunten heeft Zilveren Kruis besloten om de niet te voorziene effecten voor 2016 te corrigeren en de wijkbudgetten aan te passen.

2.4.2 Doelmatigheid

In de pilotgedachte moeten populatiebesteding en consolidatie van de markt uurtjefactuur productie overbodig maken en ruimte bieden voor preventie, innovatieve zorg en samenwerking in de wijk. Betere regie moet ervoor zorgen dat de zorg doelmatiger ingezet kan worden. De geïnterviewde partijen zien een aantal belemmeringen voor die doelmatigheidswinst, maar ook kansen voor de toekomst.

Het gebrek aan consolidatie en regie beperkt de doelmatigheidswinst in de pilot

De meeste voorkeursaanbieders geven aan geen doelmatigheidswinst te zien in de pilot. Zoals hierboven uiteengezet ervaren voorkeursaanbieders een gebrek aan regie over het wijkbudget. Ongecontracteerde zorgaanbieders zijn gemiddeld meer uren per patiënt gaan leveren om te compenseren voor de afname in het tarief. Voorkeursaanbieders hebben geen instrumenten om de productie van andere partijen te sturen. Daarnaast ervaren ze weinig ruimte om te investeren in preventieve en innovatieve programma’s. Enerzijds missen ze de financiële ruimte omdat het wijkbudget niet toereikend is. Anderzijds hebben ze in het eerste jaar van de pilot nog weinig tijd gehad om te investeren in preventieve en innovatieve

programma's, omdat ze druk waren met het organiseren van de zorg en het leggen van contacten in de wijk.

De kortere lijnen tussen de voorkeursaanbieders hebben hier en daar al wel ruimte geboden voor samenwerking op dit vlak. In Ommen-Hardenberg, bijvoorbeeld, hebben de voorkeursaanbieders hun werkwijze op het gebied van medicatieveiligheid op elkaar afgestemd. Het is voor huisartsen en ziekenhuizen eenvoudiger doorverwijzen als alle voorkeursaanbieders dezelfde middelen gebruiken. Verder zijn er nog weinig structurele programma's op dit gebied geïnitieerd.

De invoering van de pilot is gepaard gegaan met veel extra inspanningen op het gebied van zorgcoördinatie en overleg

Het regieschap brengt extra coördinatietaken met zich mee voor de voorkeursaanbieders omdat die er voor moeten zorgen dat alle zorg in de wijk geleverd wordt. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat de werkdruk daardoor is toegenomen door de pilot. Daarnaast is de invoering van de pilot gepaard gegaan met veel extra werk voor zorgaanbieders in de vorm van overlegmomenten en administratieve lasten: *"Het contact met andere voorkeursaanbieders is sterk veranderd door de pilot. Omdat de hele boel in de soep loopt (in Utrecht) hebben we vorig jaar wel een keer of 20 met die mensen om tafel gezeten. Dat geeft aan hoeveel extra belasting het is."*

Verschillende partijen geven ook aan dat het inmiddels, ruim een jaar na invoering van de pilot, een stuk rustiger is en dat er goede samenwerkingsverbanden zijn ontstaan. De verwachting is dus dat de extra overleginspanningen wat minder zullen worden. Bovendien hebben verschillende partijen de pilot aangegrepen om tegelijkertijd veranderingen in de bedrijfsvoering (sneller) door te voeren. Voorbeelden daarvan zijn het uitbreiden van de dienstverlening naar een nieuwe (pilot) gemeente, verbreding van extramurale tak en wijkgericht werken. Die veranderingen in bedrijfsvoering hebben ook beslag gelegd op de tijd van wijkverpleegkundigen.

Tegelijkertijd zorgt het meerjarige karakter van het wijkbudget er voor dat er slechts één keer in de drie jaar een contracteringsprocedure doorlopen hoeft te worden. Een aantal voorkeursaanbieders noemt dit als een voordeel van de pilot.

Geïnterviewde partijen zien ruimte voor verbetering van doelmatigheid door betere afstemming tussen zorgdomeinen

Verschillende geïnterviewde partijen stellen dat de institutionele schotten in de zorg (Zvw, WMO, Wlz) de doelmatige inzet van de zorg belemmeren. Ze stellen dat er op het gebied van innovatie en preventie nog veel doelmatigheidswinst te halen is op de snijvlakken van die zorgdomeinen. Vooral de relatie tot het sociale

domein (WMO) biedt mogelijkheden voor zorgaanbieders om in samenwerking met sociale wijkteams preventieve programma's te initiëren: *“Ik ben er echt van overtuigd dat je het meer moet zoeken in investeringen van welzijn, de sociale component en participatie. Dat we daardoor veel minder mensen in de zorg krijgen en als er dan zorg nodig is, dan is het vaak beter te handelen.”*. Op het moment is hier nog weinig financiële ruimte voor. Geïnterviewde partijen zien een rol weggelegd voor Zilveren Kruis om dergelijke samenwerking te stimuleren en te faciliteren.

2.4.3 Samenvatting

De knelpunten in de werking van de interventie beperken het succes van de pilot in het behalen van de einddoelstellingen: versterking van de kwaliteit en van de doelmatigheid van de zorg. Op een aantal punten maken geïnterviewde partijen zich zorgen over de kwaliteit van de zorg. Dat betreft vooral specifieke gebieden van specialistische zorg en de mogelijkheid om extra diensten aan te blijven leveren. Capaciteitsproblemen en financiële druk zijn hierbij beperkende factoren. Partijen zien ruimte voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door betere samenwerking tussen zorgaanbieders en innovatieve programma's op de grens tussen zorgdomeinen.

3

Conclusies en aanbevelingen

3.1 Conclusies

Door verschillende knelpunten pakt de pilot in de praktijk anders uit dan van tevoren bedacht

Bijna alle geïnterviewde partijen zijn voorstander van enige vorm van populatiebeposting en consolidatie van de markt. Ze stellen echter dat de pilot weeffouten bevat die ervoor zorgen dat de pilot in de praktijk anders uitpakt dan bedoeld. De perceelsgewijze consolidatie van de markt komt in de praktijk nog maar beperkt op gang. Voorkeursaanbieders willen hun cliënten en marktpositie behouden in de wijken waar ze niet zijn geselecteerd als voorkeursaanbieder en een deel van de ongecontracteerde zorgaanbieders is meer zorguren per cliënt gaan leveren. Voorkeursaanbieders beschikken niet over instrumenten om effectief regie te voeren over het wijkbudget. Dit beperkt de doelmatigheid van de zorg in de wijk. Verschillende voorkeursaanbieders geven aan niet uit te komen met het huidige wijkbudget.

De pilot doorkruist bestaande samenwerkingsverbanden en creëert nieuwe. In Ommen-Hardenberg is er relatief weinig veranderd, omdat de pilot slechts een beperkt effect heeft gehad op de marktordening. In Zwolle en Utrecht ondervonden betrokken partijen in eerste instantie een verhoogde concurrentie tussen zorgaanbieders en een stagnatie in de samenwerking. Voor ziekenhuizen en huisartsen doorkruist de pilot vertrouwde samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders die over vele jaren zijn opgebouwd. Sociale wijkteams ervaren de pilot als een kans de samenwerking met voorkeursaanbieders in de wijk te versterken. In het eerste jaar hebben alle partijen veel tijd geïnvesteerd in het (opnieuw) opbouwen van samenwerkingsrelaties. De meest geïnterviewde partijen stellen dat de samenwerking inmiddels beter gaat.

Door de focus op financiële problemen en het bouwen aan een netwerk in de wijk hebben voorkeursaanbieders nog weinig tijd gehad om innovatieve programma's op te zetten in de wijk. Bovendien stellen de voorkeursaanbieders dat het huidige wijkbudget daar te weinig ruimte voor laat. Het is voor cliëntvertegenwoordigers lastig om in te schatten in hoeverre de pilot een effect heeft gehad op de kwaliteit van de zorg. Ze onderstrepen het belang van keuzevrijheid en continuïteit van de

vertrouwensband tussen cliënten en wijkverpleegkundige voor kwetsbare cliënten. Ziekenhuizen en huisartsen uiten zorgen over de borging van de kwaliteit van specialistische wijkverpleging. Ze stellen dat de geselecteerde voorkeursaanbieders samen over onvoldoende capaciteit en expertise beschikken om bepaalde specialistische zorg zoals wondzorg, palliatieve zorg, dementiezorg en technologiezorg adequaat te kunnen leveren. In het eerste jaar ervaren geïnterviewde partijen nog geen doelmatigheidswinst.

3.2 Aanbevelingen

3.2.1 Investeer in vertrouwen

De geïnterviewde partijen zien investeren in draagvlak en vertrouwen als een belangrijk voorwaarde voor het succes van een pilot. Voor de huidige pilot betekent dat dat Zilveren Kruis gehoor moet geven aan de klachten uit de pilotgemeentes en draagkracht moeten tonen in het gevolg geven daaraan. De pilot kan volgens hen alleen een succes worden als de huidige knelpunten adequaat en in goed overleg worden geadresseerd.

Voor toekomstige initiatieven betekent dit dat partijen al in een vroeg stadium betrokken moeten zodat een programma echt aan kan sluiten bij de zorgpraktijk en samenwerkingsverbanden in de gemeente. Daarnaast onderstrepen verschillende partijen het belang van adequate communicatie richting cliënten en zorgverleners om onrust te voorkomen.

3.2.2 Adresseer de knelpunten in de pilot

1. Meer financiële ruimte om aan de toegenomen vraag te voldoen

De voorkeursaanbieders hebben moeite om binnen het door hun geoffreerde budget de complete wijkzorg te realiseren. Op basis van de ervaringen tot nu toe zou verdere aanpassing van het budget op basis van niet-voorzien effecten overwogen moeten worden. Ook om meer ruimte te bieden aan innovatie.

2. Meer regie over het wijkbudget

De regie over het wijkbudget is één van de grootste knelpunten in de pilot. Voorkeursaanbieders kunnen de omvang en kwaliteit van de productie van andere zorgaanbieders niet sturen. Ze beschikken niet over het instrumentarium dat zorgverzekeraars wel hebben om regie te voeren over het wijkbudget (materiële controles, productieplafonds, doelmatigheidsafspraken). Mededingingsregels staan het zorgaanbieders niet toe om onderling afspraken te maken over de verdeling van de te leveren zorg. Een paar voorkeursaanbieders zouden graag de indicatiestelling voor alle cliënten in 'hun' wijk willen verzorgen om aan de voorkant wat sturing te kunnen uitoefenen op het aantal uren dat andere aanbieders mo-

gen declareren. De juridische mogelijkheden om de regie te vergroten moeten verder onderzocht worden.

3. Duidelijkheid over mogelijkheden en regels voor samenwerking

Voor voorkeursaanbieders is het onduidelijk welke regels gelden bij de keuze voor onderaannemerschap en andere vormen van samenwerking. Dat staat effectieve samenwerking in de pilot in de weg. Om effectieve en innovatieve samenwerking te stimuleren zouden zorgaanbieders en Zilveren Kruis meer kunnen overleggen over de juridische ruimte voor samenwerking.

4. Specialistische zorg regionaal georganiseerd en meer partijen hiervoor gecontracteerd

Bijna alle geïnterviewde partijen zijn het erover eens dat de specialistische zorg regionaal belegd zou moeten worden in plaats van wijkgebonden. Specialistische handelingen hoeven maar aan paar keer per jaar te worden uitgevoerd in de wijk. Om de expertise om deze handelingen uit te voeren te onderhouden moet de gespecialiseerd verpleegkundige in meerdere wijken werken.

5. Samenwerking en innovatie op grensdomein

Geïnterviewde partijen zien kansen voor het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door betere samenwerking op het grensvlak tussen zorgdomeinen. De schotten in de organisatie en financiering van de zorg (Zvw, Wmo, Wlz) vormen een belemmering voor innovatie en patiëntgerichtheid. Volgens verschillende partijen zou Zilveren Kruis gestructureerd overleg kunnen faciliteren met betrokken partijen uit verschillende domeinen over de verdeling van verantwoordelijkheden en mogelijkheden voor samenwerking.