

Opbrengst Themabijeenkomst ‘Resultaatbekostiging, wat zijn de alternatieven?’

Op 30 mei hebben wij voor onze gecontracteerde aanbieders een themabijeenkomst georganiseerd met als thema: Resultaatbekostiging, wat zijn de alternatieven?

Na een voorstel ‘tweet’ door alle aanwezigen, werd een korte inleiding gehouden over resultaatgericht werken (resultaatbekostiging) in het Sociaal domein. Deze inkoopwijze wordt naar alle waarschijnlijkheid binnenkort niet meer mogelijk voor gemeenten om toe te passen op hun producten. Welke alternatieven zijn dan mogelijk?

De zorgaanbieders hebben in vijf groepen een aantal vragen/kwesties met elkaar doorgesproken. Vervolgens zijn deze plenair besproken. Hieronder volgt wat uit de verschillende vragen is gekomen:

Op welke manier kan een nieuwe/andere bekostigingssystematiek meer flexibiliteit bieden voor op- en afschalen van ondersteuning?

Het antwoord is toegespitst op de scope Wmo begeleiding. Door de groep is geadviseerd om de cliënten onder te verdelen in twee categorieën:

- 1) Doorlopende begeleiding noodzakelijk: deze groep kan een basis indicatie o.b.v. criteria worden verleend (hier past een langlopende beschikking bij waarbij wel periodiek wordt gemonitord)
- 2) Begeleiding bij (tijdelijk) sterk gegroeide begeleidingsbehoefte: voor deze groep is een intensieve indicatie op basis van criteria nodig. Deze indicatie zal een kortere indicatietermijn hebben en diverse meetmomenten. Versterking van de gemeentelijke casusregie is hier nodig. Zodra mogelijk kan worden afgeschaald naar de basis-indicatie.

Oftewel: draag zorg voor begeleiding daar waar dat gewenst is, waar dat niet noodzakelijk (meer) is, kan een eenvoudigere werkwijze volstaan.

Welke voordelen van resultaatbekostiging wil je minimaal terugzien in een nieuwe/andere systematiek?

Wat zeker moet blijven is het spelen met (de flexibiliteit van) ureninzet. Een vast tarief per maand is ongewenst. Fijner werkt een bandbreedte met een minimum en maximum aantal uren. Daarbij kan gedacht worden aan een jaarbudget met een jaartotaal aan uren waarbij na drie maanden een evaluatie vanuit de gemeente plaatsvindt op de gemaakte uren. Details over een dergelijke evaluatie moeten verder worden uitgewerkt.

De administratieve lasten voor gemeente en zorgaanbieders blijven beperkt indien wordt gewerkt met een vast aantal uren voor de totale beschikking, of een jaarbudget. De medewerker kan de uren dan op dat budget declareren en is daarmee flexibel om te schuiven, bijvoorbeeld bij vakanties en ziekte. Er wordt een vergelijk gemaakt met de werkwijze op PGB. De gemeente kan steekproeven nemen als controle op de uren.

Het opstellen van doelen in het zorgplan zoals dat nu gebeurt moet blijven. Daarbij zou de gemeente wel kritischer moeten kijken naar de inzet van de uitvoering. De achtergrond van de medewerker op de uitvoering speelt een grote rol in het (juist) inschatten van de problematiek. De beschikking van

een klantmanager met GGZ achtergrond ziet er anders uit dan die met ergotherapie als achtergrond. De zorgaanbieders ervaren bij het JOT een betere samenwerking omdat daar casusregie wordt ingezet en vaste contactpersonen zijn. Dat is ook wenselijk bij de Wmo uitvoering.

Volgens de theorie zou resultaatgerichte bekostiging innovaties stimuleren. In de praktijk blijkt dat tegen te vallen. De zorgaanbieders geven ook aan dat innoveren bestraft wordt omdat het voeren van innovaties in het maandbedrag zit (en dus niet in cliëntgebonden tijd) dus de innovatie zorgt voor omzetsderving. Een voorbeeld is het ontwikkelen van een kook-app waarmee cliënten minder begeleiding nodig hebben omdat de app dit stukje waarborgt. Kosten voor de app kunnen niet gedeclareerd worden maar gaan wel ten koste van de omzet. Welke andere wijze van bekostiging is er mogelijk voor innoveren? Is innoveren onderdeel van de kostprijsberekening?

Welke effecten kan een bekostigingssystematiek hebben op het behalen van de doelstellingen van de cliënt?

De mate van flexibiliteit om op- en af te schalen, en te schuiven met personeelsmix draagt bij aan het behalen van de doelstellingen. Daarbij speelt ook de vraag: wie is eigenaar van de doelstellingen? De rol van de gemeente (uitvoering) sluit daarbij aan. Daarbij heeft de capaciteit van de uitvoering veel invloed op het succes van een bekostigingsmethodiek.

Contractvoorwaarden als het al dan niet declareren van no-show heeft ook effect op de doelstellingen. Als dit niet kan of mag lokt het defensief gedrag uit bij de zorgaanbieder.

P*Q met een flexibel component zorgt voor een grotere hoeveelheid administratie. Is die capaciteit beschikbaar? Daarbij werkt zuiver P*Q mogelijk ook de mate van zelfredzaamheid tegen omdat de zorgverlener de uren zal maken in de beschikking, ook daar waar het mogelijk de clientafhankelijkheid in de hand werkt richting zorgverlener door te veel aan uren. Aan de andere kant is duidelijkheid over het aantal uren juist weer helpend bij het behalen van doelstellingen.

Een oplossing is mogelijk een bandbreedte model, bijvoorbeeld 1 – 4 uur zorg waarin duidelijk is wat de cliënt minimaal krijgt en maximaal kan verwachten. Zonder dat daar een administratieve last aan vast hangt. Een alternatief kan zijn een vast aantal uren per week met extra een surplus aan uren (bijvoorbeeld 20 uur over de beschikkingsperiode) voor onvoorzien opschalen zonder verdere administratieve last.

Gezamenlijke gedragenheid is van belang, kan alleen door vaste klantmanager op cliënten.

Welke nadelen zie je in het gebruik van resultaatbekostiging en hoe voorkom je die in een nieuwe/andere systematiek?

Het werken met een vast maandbedrag belemmert het bieden van maatwerk. Je zit daarmee ook vast aan een vast aantal uur per week. Het arrangementenmodel (de pilot) is niet bij iedereen toepasbaar, bijvoorbeeld bij cliënten met chronische klachten waarbij het aantal uur in huidige bekostiging niet passend is en waar geen afschaling mogelijk is (arrangement).

Andere nadelen zijn het niet kunnen borgen van kwaliteit en dat er geen ruimte is voor preventie. Nu is het systeem leidend in plaats van de client waarbij deze niet altijd krijgt wat hij/zij nodig heeft.

De zorgaanbieders geven aan zich niet altijd gehoord te voelen en een zeer beperkte samenwerking te ervaren met de gemeente. Er zijn (op de Wmo) geen casusregisseurs of vaste contactpersonen per client. De zorgaanbieders ervaren veel verschil in werkwijze tussen de verschillende klantmanagers.

Een oplossing is het inzetten van casusregie of een vaste contactpersoon voor cliënten vanuit de uitvoering. Hiermee krijgt de uitvoering een beter beeld bij de client en ontstaat een betere vertrouwensband tussen uitvoering en zorgaanbieder.

In hoeverre speelt de krapte op de arbeidsmarkt een rol in het bepalen van een andere systematiek?

De inzet van personeel speelt altijd een rol, echter een urenverplichting geeft extra druk hierop. Houd ruimte voor functiedifferentiatie, bijvoorbeeld door het toestaan van ervaringsdeskundigen en verlengde arm constructie.

De inzet van ervaringsdeskundigen biedt zowel flexibiliteit als resultaat op de doelstellingen. In sommige gevallen echter beschikken ervaringsdeskundigen niet over een VOG. Het is onbekend hoe om te gaan met inzet van ervaringsdeskundigen (zonder VOG).

Houd vooral de administratieve lastendruk voor het personeel in gedachte bij het veranderen van de systematiek.

Tot slot wordt aangegeven dat een taakgerichte bekostiging met één of beperkt aantal aanbieders tot problemen kan leiden in de huidige arbeidsmarkt, wanneer hun capaciteit ontoereikend is/wordt. En neem een cliëntenraad (Adviesraad Sociaal Domein) mee in de plannen!