



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Samenwerken hoe doe je dat?

**De jeugdzorg, langdurige zorg en
ondersteuning over mededinging
en samenwerking**

Samenwerken: hoe doe je dat?

De jeugdzorg, langdurige zorg en ondersteuning over mededinging en samenwerking

Een verslag van 4 bijeenkomsten

Tijdens de Rondgang samenwerking en mededinging, georganiseerd door het ministerie van VWS in samenwerking met de toezichthouders NZa en ACM, kregen veldpartijen in het land uitleg over mogelijke knelpunten in samenwerking in relatie tot mededingingsregels. Tijdens de bijeenkomsten, gehouden in de maanden september en oktober 2014, waren beroepsbeoefenaren en bestuurders uit de jeugdzorg, langdurige zorg en ondersteuning aanwezig, maar ook cliëntenorganisaties en de inkopers van jeugdzorg, ondersteuning en langdurige zorg: gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. De bijeenkomsten vonden plaats in Zwolle, Nijmegen, Breda en Huis ter Heide.

Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd het bij de introductie van de verschillende bijeenkomsten nog maar eens benadrukt: de impact van de veranderingen voor de inkopers, de aanbieders en de toezichthouders wordt niet onderschat. Het is een spannende periode, die vraagt om nieuwe vormen van samenwerking en afstemming die wel moeten passen binnen het wettelijk kader. Tegelijk mogen er geen gaten vallen in de zorg voor de cliënt. Van zowel de toezichthouders (de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)) als de aanbieders en inkopers vraagt dit veel kennis van de praktijk en de regelgeving - mede daarom organiseren we deze bijeenkomsten.

De toezichthouders laten bij de introductie weten er alles aan te doen om iedereen vooraf goed te informeren – door hun website, maar ook in gesprekken. Tijdens deze vier bijeenkomsten zullen ze reageren op vragen en klachten vanuit het veld. Dat kunnen klachten zijn van aanbieders die het gevoel hebben dat ze worden buitengesloten of van een gemeente of zorgkantoor die denkt dat de zorgaanbieders zich als een blok opstellen.



De inkoper maakt de keuzes uit het aanbod

Tijdens elke bijeenkomst zijn er direct veel vragen over de verhouding tussen de twee toezichthouders aan de ene kant en de zorgkantoren, verzekeraars en gemeenten aan de andere. Die laatste hebben immers de rol van inkopers/regisseurs en zij dragen er verantwoordelijkheid voor dat de cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die nodig of gewenst is – de ‘zorgplicht’.

Grote vrijheid om zelf invulling te geven aan het organiseren van de zorg en/of ondersteuning.

Voorbeeld 1.

Er zijn gemeenten die hun grondgebied in wijken verdelen, waarbij in elke wijk maar één aanbieder actief is. Dat lijkt een beperking van de concurrentie, maar volgens de ACM is het toch toegestaan, als voor die éne aanbieder maar wel een correcte aanbestedingsprocedure is doorlopen.

De ACM legt uit dat zij alleen toezicht houdt op de aanbieders, niet op gemeenten en zorgkantoren. Dat zijn immers geen ondernemingen en daarom vallen ze niet onder de Mededingingswet. Uiteraard kan de ACM wel in gesprek gaan met gemeenten of zorgkantoren als zij een onwenselijke situatie ziet ontstaan. De ACM probeert dat in een vroeg stadium te doen, maar vaak zal zo’n onwenselijke situatie pas achteraf aan het licht komen. De ACM kan niet bij elke inkoper langs gaan om te kijken hoe de zaken lopen.

De NZa maakt duidelijk dat zij toezicht houdt op aanbieders van zorg op grond van de AWBZ – dus geen aanbieders van Jeugdzorg en Wmo - en op de doelmatigheid en rechtmatigheid van de uitgaven van het zorgkantoor. De zorgaanbieders merken vooral iets van de NZa als ze willen fuseren. De NZa voert in zo 'n geval een fusietoets uit, om te zien of de partijen wel voldoende hebben nagedacht over de gevolgen van die fusie. Verder kan de NZa onderzoeken of een zorgaanbieder niet te veel 'marktmacht' heeft. Als een organisatie zo groot is dat ze ongestoord haar gang kan gaan en zich weinig meer gelegen hoeft te laten liggen aan anderen, dan kan dat immers gevolgen hebben voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg – en dan treedt de NZa op.

Noch de ACM noch NZa houdt formeel toezicht op de gemeente; die taak ligt bij de gemeenteraad, de democratische controle op het gemeentebestuur.

Maar hoe gaat dat toezicht dan? Enkele wethouders laten weten dat het in hun gemeente nog niet helder is wat dat toezicht van de raad precies inhoudt. Waarop worden wethouders straks eigenlijk afgerekend? Op de vraag hoeveel geld er is uitgegeven? Of de kwaliteit van de zorg wel voldoende was? Of de normen van de ACM zijn nageleefd? Het antwoord is, dat het aan de gemeenteraad zelf is om te bepalen hoe ze dat toezicht invult. Daarbij is het goed om ook de burgers uitdrukkelijk bij dat toezicht te betrekken. Sommige gemeenten hebben al plannen om hierover het gesprek aan te gaan met de burgers, door hen de vraag voor te leggen: 'hebben jullie het gevoel dat je krijgt wat je nodig hebt?' - want die burgers, dat zijn tenslotte de gebruikers. In het algemeen vinden sommige wethouders de regierol die zij moeten spelen 'best heftig', maar sommigen zien juist ook een kans. Eén van de wethouders: 'Het is een kans om de zorg dichterbij huis te brengen. We moeten alleen wel oppassen dat de verwachtingen niet te hoog gespannen zijn. De veranderingen moeten de tijd krijgen - maar een kans is het zeker!'

Zowel zorgkantoren, verzekeraars als gemeenten willen graag weten of de bestaande aanbieders mee mogen beslissen over hoe de zorg en ondersteuning er in 2015 uit komt te zien. Bij voorbeeld als het gaat om de afbouw van volume en het afstoten van vastgoed. Het is immers vaak zo – en bestuurders van die instellingen benadrukken dat ook – dat zij meer kennis van zaken hebben dan gemeenten. Zij willen die kennis graag met anderen delen aan de overlegtafels. Verschillende wethouders geven direct toe, dat de kennis bij de gemeente niet groot is en nog moet worden opgebouwd. Toch waarschuwt de ACM dat zo'n overleg in strijd kan zijn met de mededingingsregels. In sommige gemeenten is dat ook al gebelegen. Een wethouder laat weten dat aanbieders in zijn gemeente een gezamenlijk overleg hadden over capaciteitsvragen - waar plaatsen kunnen verdwijnen en waar ze dan gehandhaafd kunnen blijven – dat was aangegaan op verzoek van de gemeente. Maar na kritiek vanuit de ACM is dat overleg door de aanbieders afgebroken – tot teleurstelling van de gemeente.

Een krimpende markt

Voorbeeld 2.

Hoe ga je om met een krimpende markt? Helder moet zijn dat de bestaande instellingen geen afspraken met elkaar mogen maken in de vorm van: als wij deze locatie sluiten en jullie die, dan lossen we het samen op. Die keuzes dienen immers door het zorgkantoor of de gemeente gemaakt te worden. Het is de instellingen wel toegestaan gezamenlijk de bestaande situatie in de regio en de ontwikkelingen daarbinnen te beoordelen. Op basis van die beoordeling kan het zorgkantoor of de gemeente een beter gefundeerde beslissing nemen.

Voorbeeld 3.

Er zijn ook instellingen die veel ruimte hebben, terwijl het aantal bewoners afneemt. Soms is er dan sprake van eenvoudige vragen van ruimteverdeling. Bij voorbeeld bij een zorgaanbieder die op zoek naar ruimte is terwijl een 'collega' aanbieder ruimte over heeft. Dan gaat het alleen om de ruimte en niet om capaciteitsverdeling – en dan mogen deze aanbieders best afspraken maken.



Bijeenkomst Samenwerking en Mededinging

in de jeugdzorg,
langdurige zorg en
ondersteuning

De ACM benadrukt, dat het probleem hier ligt bij de gekozen vorm. Het is prima als de gemeente zo'n vraag over de toekomstige capaciteit voorlegt aan aanbieders. Individuele aanbieders hebben veel kennis en mogen die met de inkopers delen. Er moet voor gewaakt worden dat een informeren overleg uitmondt in een gezamenlijk verdelen van capaciteit en werkgebieden. De gemeente of het zorgkantoor mag de besluitvorming over welke locatie gesloten moet worden en welke open blijft niet aan de aanbieders delegeren. Een zorgkantoor vult aan: 'Eigenlijk vinden wij dat de individuele aanbieders zelf het beste kunnen beslissen, hoe ze met hun vastgoed omgaan. Dat is toch een zaak van ondernemerschap.' Een wethouder reageert met de opmerking: 'Je moet in dit stadium ook een beetje durven. Wij gaan met alle aanbieders aan tafel om te kijken wat we nodig hebben en wat we kunnen doen. Alle alternatieven komen op de brede tafel. Je moet als gemeente ook niet te bang zijn.' Een andere wethouder vult aan: 'We móeten de informatie ook echt elders halen. Maar dat doen we dan ook. Wij als gemeente mogen wel met alle individuele partijen praten en onderhandelen.'

De ACM reageert: 'De kern is, dat de gemeente altijd vragen aan anderen mag voorleggen. De gemeente mag ook in een breder verband algemene ontwikkelingen en noodzakelijke oplossingen bespreken. Maar daarbij hoef je niet álle informatie met elkaar te delen. Sommige zaken kan een zorgkantoor of gemeente beter één op één met een zorgaanbieder bespreken. Duidelijk moet zijn dat de gemeente of het zorgkantoor zelf moet beslissen. Daar ligt de regierol en niet bij de aanbieders. Het mag immers niet zo zijn dat de bestaande aanbieders de zorg onder elkaar verdelen, want dan is er geen ruimte voor nieuwe toetreders. En in het belang van innovatie en dynamiek moet die ruimte er altijd zijn. De rolverdeling moet helder zijn: het zijn gemeente en zorgkantoor die de beslissing nemen.'

VWS vult aan: 'Het is goed als iedereen die kennis draagt van het gebied met elkaar aan tafel gaat. Die tafels zijn immers bedoeld om de situatie in de regio in kaart te brengen. Dat is op zichzelf al ingewikkeld genoeg, zoals iedereen zich realiseert. De uiteindelijke inkoopbeslissingen worden genomen door de gemeente of het zorgkantoor. Dat is een zaak van de gemeente en/of zorgkantoor en de individuele aanbieder. Het is daarbij wel belangrijk dat de inkopers oog houden voor vernieuwing en nieuwe aanbieders.'

Transformatie

Eén van de vragen is ook, of de veranderingen die ons nu te wachten staan de al bestaande plannen voor vernieuwing niet doorkruisen. Een aanbieder laat weten zich daar zorgen over te maken: 'We stuiten op een reeks van voorwaarden die gemeente en zorgkantoor ons stellen. Wij waren heel innovatief bezig, maar de voorwaarden die zij stellen zijn heel behoudend. Alles moet standaard zijn en innovatiekracht wordt afgeremd.' Een wethouder reageert: 'Dat kan best. Maar we zijn zo onzeker over het financiële kader, dat we geen risico's nemen. We willen precies weten wat we kopen. We spelen op safe.'

Bestaande en nieuwe aanbieders

Voorbeeld 4.

Bestaande zorgaanbieders hebben veel kennis. Een individuele aanbieder kan die kennis delen met het zorgkantoor of de gemeente zodat ze kan worden gebruikt om de zorg in het gebied te coördineren. Dit is toegestaan.

Voorbeeld 5.

Kleine aanbieders die vanwege hun omvang niet kunnen inschrijven bij een gemeente omdat die gemeente minimumeisen omtrent de omvang stelt, mogen een consortium vormen om daarmee wel aan de gestelde eisen van de gemeente te voldoen. Zo'n consortium wordt dan gevormd omdat de inkoper zorg wil kopen die de kleine aanbieder niet zelfstandig kan aanbieden. Er zijn geen regels die deze werkwijze verbieden.

Ook zijn er nieuwe aanbieders die bang zijn dat er voor hen geen ruimte meer is, omdat gemeenten steeds kiezen voor het bekende, de bestaande aanbieders. Een zorgkantoor legt zijn werkwijze uit: 'Als ons aanbod beperkt is tot één of twee traditionele aanbieders, dan kijken we wel goed om ons heen naar nieuwe. Maar als de diversiteit al groot is zijn we daartoe niet zo geneigd. Dan zijn we heel kritisch. Een nieuwe partij moet én financieel gezond zijn én ze moeten iets toevoegen.' Een wethouder: 'Ik moet toch echt kiezen als ik te maken heb met 80 aanbieders.' Wethouders wijzen erop dat zij partijen aansporen tot het bedenken van innovatieve oplossingen. Een zorgaanbieder reageert, dat die oplossingen echt niet per definitie van nieuwe aanbieders komen: 'Het is een misverstand te denken dat een nieuwe aanbieder gelijk staat aan innovatie. In onze regio zijn het juist de bestaande aanbieders die zich de afgelopen tijd enorm hebben vernieuwd.'

De ACM zegt te begrijpen dat er in de transitiefase nog veel onzekerheid is. Het jaar 2015 is een lastig te voorspellen jaar. Het kan zo zijn dat in dat jaar niet de goede keuzes worden gemaakt, omdat het zicht op het hele veld van keuzes nog ontbreekt. Zorgkantoor en gemeente zien zich geconfronteerd met de plicht om in te kopen en dan lijkt het makkelijk om te zeggen: we laten het aan de bekende aanbieders over. Maar de pragmatische keuze is niet altijd de beste, want deze is altijd in het voordeel van de 'gevestigde orde'.

Een vertegenwoordiger van de brancheorganisatie voor zzp'ers wijst er op dat zijn achterban teleurgesteld is over hoe gemeenten en zorgkantoren met hen omgaan: ze worden bij de aanbesteding meestal over het hoofd gezien. Het lijkt of inkopers kiezen voor de gemakkelijke, pragmatische oplossing van het bestaande aanbod. In de jeugdzorg lijkt dit zelfs de standaard te zijn. VWS beaamt dat er tijdens het overgangsjaar in de Jeugdzorg weinig ruimte voor nieuwe initiatieven is, maar dat er geen verplichting is om alleen bestaande aanbieders te contracteren. In de praktijk kiezen gemeenten er in de meeste gevallen wel voor in het overgangsjaar alleen bestaande aanbieders een contract aan te bieden. Dit heeft te maken met het overgangsrecht zoals opgenomen in de Jeugdwet die per 1 januari 2015 in werking treedt. Huidige cliënten hebben recht op continuïteit van zorg, gemeenten hebben de verplichting om de daarvoor noodzakelijke infrastructuur in stand te houden.

Jeugdigen of ouders die vóór 1 januari 2015 (jeugd)zorg ontvangen of reeds een recht op (jeugd)zorg hadden ontvangen, blijven dit in 2015 ontvangen bij dezelfde aanbieder. Voor de Wmo geldt de voorwaarde 'bij dezelfde aanbieder' niet. Het is aan de gemeente om te beslissen bij wie zij de ondersteuning en de zorg inkopen. Volgens de toezichthouders is er geen enkele reden waarom gemeenten kleine aanbieders zouden moeten uitsluiten. Cliënten die zich gedupeerd voelen, moeten zich zeker richten tot de gemeenteraad. De ACM adviseert zzp'ers samen met een andere aanbieder een consortium te vormen, zodat er wel voldoende omvang is om in te schrijven, dat mag namelijk. Duidelijk is overigens dat niet elke gemeente zo behoudend denkt. Een wethouder reageert dat bij hem in de gemeente continuïteit juist voorop staat. 'Wij zijn voor continuïteit, dus als cliënten tevreden zijn over zzp'ers, hoeven ze niet naar een andere aanbieder. Bovendien: als een contract niet lukt, is er altijd nog de uitweg van het PGB voor de cliënt.' Het vrijblijvende advies wordt gegeven om in de beginfase vooral geen lange contracten af te sluiten, maar contracten voor een jaar. Na 2015 kan een gemeente dan op basis van de opgedane ervaring verder kijken.



Zicht op de inkoper

Tijdens de bijeenkomsten worden twee factoren genoemd die het zorgkantoor en de gemeente 'in beweging zetten': cliënten en verzekerden stellen kwaliteitseisen aan het zorgaanbod en NZa of gemeenteraad eisen financiële verantwoording dat er niet te veel geld wordt uitgegeven. Waarbij uiteindelijk bij dat laatste ook de verzekerde/burger een rol speelt, want te hoge uitgaven leiden tot hogere premies en/of belastingen – en dus tot ontevreden burgers.

De vraag komt op of deze twee vormen van beoordeling ook gelden voor gemeenten die zo klein zijn, dat ze bepaalde onderdelen van de zorg samen met buurgemeenten regelen, in regioverband. De vraag is dan hoe de democratische controle is geregeld - er is immers geen 'regioraad'. Het antwoord luidt, dat uiteindelijk de gemeenteraad van elke afzonderlijke gemeente toch controle houdt op wat het bestuur doet, ook over de zaken die ze samen met de bureaus regelen.

Wat zijn nu de ervaringen van aanbieders met de onderhandelingen met de gemeenten? Bij enkele aanbieders zijn daar klachten over en zij vragen zich af bij wie ze terecht kunnen als gemeenten bij de inkoop van zorg in hun ogen te lage tarieven eisen. Moeten de toezichthouders daarin geen rol spelen als 'marktmeester'? Volgens de toezichthouders regelt die markt zich vanzelf. Als de aanbieders laten weten dat ze voor het beschikbare budget geen goede zorg kunnen bieden, dan zal de gemeente door de bocht moeten. Dat is de zorgplicht. De gemeenten wijzen er overigens op dat er voldoende aanbieders zijn die de zorg en/of ondersteuning willen leveren en dat ze geen problemen hebben met het vinden van aanbieders. Enkele aanbieders laten in reactie weten het tarief wel laag te vinden, maar toch te tekenen om aan boord te zijn. Daarop rees de vraag: mogen aanbieders gezamenlijk protest aantekenen tegen de inkoper? Mogen aanbieders samen een brief schrijven aan de gemeente en zeggen: 'wij hebben wel getekend, maar we vinden dit eigenlijk onverantwoordelijk. Voor het geld dat u biedt kunnen wij gewoon geen goede zorg leveren.' De ACM raadt dit af. Het lijkt teveel op blokvorming tegen de gemeente. Het is beter als elke aanbieder afzonderlijk protest aantekent. Al die protesten samen is dan een duidelijk signaal, dat een goede gemeenteraad niet zal negeren.

Andere aanbieders vragen zich af, wat ze aan moeten met gemeenten of zorgkantoren die om meer samenwerking tussen aanbieders vragen dan op grond van de mededingingsregels is toegestaan. De ACM benadrukte dat de zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor de naleving van de regels over samenwerking. 'U weet zelf heel goed wat wel en niet mag en u moet er rekening mee houden, dat we u als zorgverlener er op aanspreken. Dus als een zorgkantoor of gemeente dingen van u vraagt die niet mogen: doe het niet – en meldt u bij ons.' Ook vanuit het ministerie van VWS wordt aangegeven deze signalen graag te ontvangen, zodat de informatieverstrekking aan gemeenten en zorgkantoren hierop kan worden aangepast.

Zorg in de wijk

De wijkverpleegkundige als onderdeel van een sociaal wijkteam is een van de steunpilaren van het nieuwe stelsel. Bij sommige aanwezigen leeft de gedachte dat wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties niet met elkaar mogen samenwerken. Wijkverpleegkundigen zelf reageren en vertellen dat ze juist al jaren samenwerken, tot volle tevredenheid van de cliënten. Zij vinden dat in de praktijk toch geen sprake is van echte concurrentie, omdat iedereen precies hetzelfde werk doet. De ACM legt uit, dat een inkoper moet kunnen kiezen tussen het wel of niet contracteren van een wijkverpleegkundige (of de organisatie waarvoor zij werkt). Ook als de inhoud van de zorg hetzelfde is, kan er een verschil zijn in klantgerichtheid, wachttijd of doelmatigheid. Concurrentie sluit samenwerking echter helemaal niet uit. Samenwerking tussen wijkverpleegkundigen mag en kan zolang die erop gericht is de zorg goed te laten aansluiten bij de cliënt. Belangrijk is dat wijkverpleegkundigen niet voor cliënten beslissen, maar hen zelf de keuzes laten maken.

Wijkverpleegkundige

Voorbeeld 6.

Samenwerking tussen wijkverpleegkundigen van verschillende instellingen kan en mag in het belang van de cliënt, zolang cliënten hun keuzemogelijkheden behouden.

Voorbeeld 7.

De vraag is of een wijkverpleegkundige die werkt in het wijkteam standaard alleen mag doorverwijzen naar haar eigen instelling. In principe mag dat niet. Cliënten moeten immers keuzevrijheid hebben en de wijkverpleegkundige mag die niet beperken. Het is in eerste instantie aan de verzekeraar om afspraken te maken over de doorverwijzing en in geval van problemen de aanbieder hierop aan te spreken. Bij structurele beperking van de keuzevrijheid kan de NZa onderzoeken of er sprake is van misbruik van aanmerkelijke marktmacht.

Een ander vraagstuk is de positie van de zelfstandig werkende wijkverpleegkundige. In de praktijk blijkt dat de wijkteams vaak zijn samengesteld uit zorgverleners die deel uitmaken van een grote aanbieder. De verleiding is dan wel heel groot om 'naar jezelf te verwijzen' en dan valt de zelfstandig werkende buiten de boot. Zowel de vertegenwoordigers van VWS als van de zorgverzekeraars benadrukken, dat dit goed moet worden gemonitord door de inkoper en dat hier bij de contractering afspraken over kunnen worden gemaakt. Als een verzekeraar merkt dat men steeds 'naar zichzelf verwijst' dan zal hij daar zeker tegen optreden. Dat is immers ook niet in zijn belang. In het uiterste geval kan de NZa onderzoeken of er sprake is van een aanmerkelijke marktmacht van de aanbieder en daarmee samenhangende beperking van de keuzevrijheid van de patiënt. Als dat zo is, kan de NZa eventueel een maatregel opleggen.



Goede samenwerking tussen concurrerende aanbieders

De ACM onderscheidt 'goede' en 'slechte' samenwerking. Slechte samenwerking belemmert de concurrentie en de keuzemogelijkheden voor de cliënt, en dient geen ander doel dan bestendiging van het marktaandeel van de partners. Goede samenwerking is gericht op het belang van de cliënt. Zo is het bijvoorbeeld een goed idee als aanbieders een gezamenlijk steunpunt inrichten. De cliënt kan dan op één centraal punt terecht, zodat de drempel om zorg te vragen zo laag mogelijk is.

Ook mogen zorginstellingen een ambulante cliënt verwijzen naar de 'concurrent' als die nog wel ruimte heeft en zichzelf niet meer. Het is dan verstandig om met elkaar af te spreken hoe zo'n verwijzing het best kan plaatsvinden. De cliënt moet wel altijd mogen weigeren.

Goede samenwerking is ook samenwerking die gericht is op het in stand houden van goed zorgaanbod voor de cliënt. Zo kan in een regio waar sprake is van een beperkt aantal cliënten specialisatie van zorgaanbieders van belang zijn om een kwalitatief hoogwaardig aanbod in stand houden. Zonder specialisatie zouden beide zorgaanbieders onvoldoende kwaliteit en continuïteit kunnen waarborgen en zou het aanbod zelfs helemaal kunnen verdwijnen. Twee GGZ instellingen die beide een beperkt aantal cliënten hebben kunnen bijvoorbeeld met elkaar bekijken waar ze elkaar goed zouden kunnen aanvullen. Zo kan de één menen vooral goed te zijn in ouderen GGZ en de ander zichzelf specialist achten in jeugd GGZ. Het is volgens de ACM wel van belang dergelijke overwegingen in een vroeg stadium met het zorgkantoor te bespreken. Het zorgkantoor zal immers moeten beslissen waar het de ouderen GGZ en jeugd GGZ wil inkopen.

‘Door de regie bij het zorgkantoor te leggen kan het zorgkantoor bezwaar aantekenen als de voorgestelde taakverdeling niet strookt met de eigen ervaring. Dus als instelling X volgens de ervaring van het zorgkantoor nou juist zo goed is in ouderen GGZ, terwijl in de ideeën van de zorgaanbieders instelling Y die op zich zal nemen.’

Goede samenwerking

Voorbeeld 8.

Twee aanbieders op het gebied van begeleiding voor volwassen gehandicapten in een krimpregio willen samen werken om een bepaalde opdracht binnen te halen bij de gemeente. Dit is toegestaan. Aanbieders mogen samen werken als zij individueel niet in staat zijn om aan het door de gemeente gewenste volume te voldoen of wanneer de gemeente bijvoorbeeld begeleiding voor verschillende doelgroepen in één bestek willen inkopen en de individuele aanbieders niet alle vormen van begeleiding aanbieden.

Voorbeeld 9.

Mag ik een cliënt die ik zelf niet kan behandelen of opnemen adviseren naar een concurrerende instelling te gaan? Ja, dit mag. Het is aan de cliënt om te beslissen of hij dit advies opvolgt.

Voorbeeld 10.

Mag een huisarts intensief samenwerken met specialisten uit een bepaalde instelling? Ja, dit mag. De cliënt profiteert van deze samenwerking en er is geen sprake van concurrentie tussen huisarts en specialist. Bij eventuele doorverwijzing is het aan de cliënt om te beslissen naar welke instelling hij wil gaan.

De ACM legt uit dat hun doel is te borgen dat er goede zorg is voor de cliënten. Dat houdt niet automatisch in dat alle aanbieders in stand blijven. Het kan gebeuren dat minder presterende aanbieders het niet volhouden omdat hun aanbod onvoldoende aansluit op de vraag van de cliënt. En als de bestaande partijen alles met elkaar gaan bedisselen, krijgen nieuwkomers die een goed aanbod hebben nooit een kans. Een aanbieder reageerde daarop met de vraag: Welke nieuwe aanbieder zal zich melden in een krimpende markt? De ACM reageert dat een nieuwkomer de plaats van een bestaande organisatie kan innemen als cliënten de voorkeur geven aan die nieuwe organisatie.

Ook ketensamenwerking is volgens de ACM in principe een voorbeeld van goede samenwerking. Toch moeten de partners ook daar waken voor het behoud van keuzevrijheid. Bij voorbeeld: in Nijmegen zoeken huisartsen steeds vaker ondersteuning bij specialisten op het gebied van ouderenzorg. Deze specialisten krijgen dan gedurende enkele uren per week een spreekuur in de huisartsenpraktijk en de huisartsen kunnen hen gebruiken als vraagbaak. Volgens de ACM is dat geen probleem, als die vraagbaak-functie voorop staat. Wel is belangrijk dat voor de patiënten duidelijk moet zijn, dat zij vrij zijn een andere aanbieder van ouderenzorg te kiezen dan degene met wie de huisarts samenwerkt. Gedwongen doorverwijzing is onwenselijk en zelfs verboden als andere aanbieders daardoor in hun voortbestaan worden bedreigd. Hetzelfde geldt voor een huisartsencollectief dat een samenwerkingsverband wil aangaan met een thuiszorginstelling. Is dat goede ketenzorg of is het ‘gedwongen winkelnering’ voor de patiënten van de huisartsen? De ACM ziet inderdaad het risico dat de huisartsen dan ‘naar zichzelf’ verwijzen, maar het kan ook juist leiden tot goede ketenzorg. Kernvraag is: behoudt de patiënt zijn vrije keuze?

Balans

Na elke bijeenkomst zien we aanbieders verder spreken met de toezichthouders en het beleid over de ontwikkelingen en de mogelijkheden. De toezichthouders en het ministerie van VWS zijn blij met de vragen die werden gesteld en de uitleg die plenair of in de nazit kon worden gegeven. Tegelijkertijd is er een breed besef tijdens de bijeenkomsten, zo wordt door VWS samengevat, dat 'de ene gemeente het makkelijker heeft dan de andere, de ene verder is dan de andere. Daar zijn deze bijeenkomsten ook voor: om van elkaar te leren. En daar zijn de aanjaagteams voor, om gemeenten die er nog niet uit zijn te helpen. Per 1 januari 2015 is de gemeenteraad het aanspreekpunt voor burgers die ontevreden zijn over ondersteuning en jeugdzorg. Maar bij VWS zeggen we niet: op 1 januari 2015 trekken we onze handen er van af. De staatssecretaris kijkt goed naar de effecten van het beleid en is altijd bereid er iets aan te doen als het kan. Het is zoeken naar de balans.'







Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

November 2014