

B&W JAARBEELD

B&W-JAARBEELD IS EEN UITGAVE VAN BOSSCHER & DE WITTE CS, ADVIESBUREAU VOOR BELEIDS- EN ORGANISATIEKUNDIGE VRAAGSTUKKEN

Jaarbeeld VV&T-sector 2015

jaargang 11

'Verschuivende panelen; het nieuwe verdienmodel'

Jaarlijks stellen we een jaarbeeld op voor de sectoren waarin wij gespecialiseerd zijn: de VV&T- en de Wmo-sector. Ook in dit jaarbeeld schetsen we weer de meest relevante ontwikkelingen die bij en voor zorgaanbieders spelen en geven we aan met welke zaken in het voorliggende jaar rekening dient te worden gehouden.

Niet het aantal ouderen met een zorgvraag gaat afnemen. We hebben voorlopig nog een lange tijd met (dubbele) vergrijzing te maken in Nederland. Wel gaat ons 'verdienmodel' veranderen; een langzaam terugtrekkende verzorgingsstaat, versus een langzaam toenemende zelfbetaling door zorgvragers. Zowel voor de woon- als de zorgcomponent.

Beleidsstermen die in de komende jaren voor u als zorgaanbieder handen-en-voeten zouden moeten gaan krijgen in uw eigen organisatie zijn dan ook: 1 - krimp intramurale AWBZ-markt, 2 - groei in de markten Zvw en Wmo, 3 - groei in de markt van zelfbetaling door zorgvragers\cliënten, 4 - mantelzorg (beperkt verplicht) meer inzetten bij zorgaanbod, 5 - slimme inzet van ICT en domotica bij zorgverlening. Uw eigen kostprijs is hierbij telkens dé verbindende schakel.

1 - Wlz proof

De Wet langdurige zorg, de nieuwe Wmo en het Scheiden wonen zorg schudden de langdurige zorg op. Sleutelwoorden die naar voren komen bij deze veranderingen zijn, langer thuis blijven wonen, eigen regie, participatiemaatschappij, wijk, welzijn, mantelzorg en informele zorg.

Zorginstellingen moeten méér gaan doen met minder geld, het lijkt een onmogelijke paradox. Maar wij zien dit is juist als een uitdaging. Of zorgorganisaties hierin slagen valt of staat bij de wijze en de manier waarop zij zich aanpassen aan de nieuwe situatie en afstappen van de traditionele visie op zorg en welzijn. Zorgbestuurders moeten zich nadrukkelijker richten op nieuwe business- en financieringsmodellen waarbij de focus minder komt te liggen op ziekte en behandeling, maar meer op gezondheid en welbevinden. Als we dit niet doen, en we ons business model blijven baseren op de klassieke 'AWBZ capaciteit', zullen we in afnemende mate inkomsten genereren voor de eigen zorgorganisatie. Bezuinigen alleen is niet voldoende, we moeten met creatievere oplossingen komen. Je ziet al organisaties die hiermee aan de slag zijn gegaan. Zo verhuren sommige organisaties appartementen aan studenten, willen organisaties een all-inclusive pension realiseren en zijn veel organisaties bezig met het uitbreiden en verbeteren van bijvoorbeeld de extramurale zorg en activiteiten om zo ook mensen uit de wijk aan te trekken. Er is juist meer ruimte voor creatieve oplossingen maar het is zaak om deze te zien en hiermee aan de slag te gaan

in de hele organisatie! Dit vereist een verandering bij iedereen, het management, de medewerkers, de zorgvragers en de familieleden.

Schrappen zzp's

Met de invoering van de Wlz zouden ook de zzp's verdwijnen (maar de functies blijven bestaan). Op grond van onze contacten met zorgverzekeraars en VWS, is voor ons inmiddels duidelijk dat de nieuwe 3-deling (licht, middel, zwaar) pas in 2017 ingaat (als het al doorgaat).

ZZP's maar dan anders

De veertig zorgprofielen in de bijlage bij de regeling langdurige zorg bouwen voort op AWBZ zorgzwaarteprofielen (AWBZ-zzp's) maar verschillen op enkele onderdelen. Zo is niet langer sprake van een indicatie naar aantal uren zorg per week en omvat het zorgprofiel een meer globale omschrijving van de benodigde zorg. Concretisering daarvan gebeurt in de zorgplanbespreking, overeenkomstig het oogmerk van de wet om meer ruimte te laten voor de professional. Uw eigen kostprijs is dus van groot belang om te kunnen berekenen hoeveel uren zorg u kunt leveren.

2. De kostprijs als 'verbindende' schakel.

Kostprijzen worden steeds belangrijker in de zorg. Het is niet meer zo dat zorgkantoren vanzelf vergoedingen uitkeren zoals vroeger het geval was.

Zorgkantoren nemen nu besluiten op basis van prijs-kwaliteit verhoudingen. Het lijkt op een echte concurrerende markt! Wanneer je als zorgaanbieder dus inzicht hebt in de kostprijzen binnen je organisatie en op kostprijzen kunt sturen, ben én blijf je de concurrentie een stapje voor. Inzicht en sturing op kostprijzen is ook van belang vanwege de extramuralisering. Als zorginstelling krijg je niet meer alleen inkomsten van de zorgkantoren maar ook van cliënten zelf voor het afnemen van producten of diensten. Door middel van kostprijzen van deze producten/diensten kan worden berekend of door de instelling een kostendekkende vergoeding wordt verkregen. Dit is van belang om te bepalen of je deze producten/diensten blijft leveren of wellicht uitbesteedt. Zie ook de link: [kostprijzen](#)

3. De cliënt centraal

De cliënten zijn tot op heden in de AWBZ en in de Wmo erg gepamperd. Met het 'nieuwe' overheidsbeleid komt hier een einde aan. Het nieuwe overheidsbeleid is erop gericht dat ouderen steeds langer thuis kunnen blijven wonen. De overheidsplannen van 2015 gaan uit van zelfredzaamheid, mantelzorg en een sterke beperking van het gebruik van instellingen. En wanneer er dan een beroep wordt gedaan op ondersteuning of zorg is het de bedoeling dat er zorg op maat wordt geboden naar de wensen van de cliënt. We zien dat zowel gemeenten als organisaties meer en meer in gesprek gaan met de cliënt om deze wensen en behoeften goed in beeld te krijgen en in kaart te brengen wat de persoon en zijn/haar netwerk zelf nog op kunnen vangen. Door het zorgleefplan wettelijk te verankeren en de cliënt meer keuzevrijheid te geven in de manier waarop hij/zij de zorg wilt ontvangen (natura, pgb, vpt, mpt) heeft de overheid getracht de cliënt daadwerkelijk centraler te zetten. Dit vinden wij een erg mooie ontwikkeling. Maarrrrr helaas, heeft de overheid enkele voorgenomen plannen alweer terug gedraaid. Eerst zou de het Ciz alleen de toegang tot de Wlz regelen maar nu gaat het Ciz toch indiceren in zzp's en later in zorgprofielen. Hierdoor blijft er vrijheid voor de zorgorganisaties om afspraken te maken met de cliënt maar is deze toch aanzienlijk minder dan we eerst dachten. Wij hopen ook dat deze vrijheid niet verder ingeperkt wordt door wettelijk allerlei regels op te leggen aan de bespreking van het zorgleefplan.

4. Gebouwen en huisvesting

Intramurale opvang wordt afgebouwd, lichte zorgvraag wordt niet langer ondersteund met verblijf, kortom: mensen komen minder snel in aanmerking voor een indicatie.

Gemeenten krijgen een grotere verantwoordelijkheid om te zorgen voor geschikte woningen met zorg en voorzieningen. Het bestaande vastgoed en de ruimtelijke structuur zijn uitgangspunt bij deze veranderingen. Dat heeft grote gevolgen voor keuzes binnen het vastgoedbeleid: (ver)bouwen, kopen of huren?

Omdat er weinig mogelijkheden voor nieuwbouw zijn, is de uitdaging het bestaande zo optimaal mogelijk te gebruiken, te anticiperen op veranderingen en daartoe kleine of grote aanpassingen te doen.

Zie ook de link:

[powerpoint scheiden wonen & zorg](#)

5. Zorgkantoor en zorginkoop

Met het in gang treden van de WLZ, heeft Zorgverzekeraars Nederland 2015 als overgangsjaar bestempeld. Zo is er geen inkoopgids voor dit jaar maar een document Zorginkoop langdurige Zorg. Verder geldt er een inkoopkader voor alle zorgverzekeraars. De kernpunten hieruit zijn:

- extramuraal zorg valt niet meer onder de AWBZ; dus vanaf 1 januari kopen de zorgkantoren geen extramuraal zorg meer in, met uitzondering van cliënten met een VPT indicatie.
- er is onderscheid in eisen die gesteld worden aan bestaande en nieuwe zorgaanbieders in een regio
- voor geheel nieuwe zorgaanbieders gelden eisen als verklaring omtrent gedrag, inschrijving WTZi, voldoende gekwalificeerd personeel, kwaliteit van zorg, het hebben laten uitvoeren van een cliënttevredenheidsonderzoek en het hebben van een ondernemingsplan
- zorgkantoren hebben een rol bij een goede aansluiting van het zorgaanbod op de reële vraag

Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft gewerkt aan een kader voor de zorginkoop via de Wmo. Dit is echter nog niet verder uitgewerkt dan adviezen, informatiekaarten en aanbevelingen (zie o.a.: [informatiekaarten inkoop WMO](#))

Praktisch:

Zowel zorgkantoren als gemeenten hanteren als inhoudelijke pijlers voor zorginkoop transparantie en kwaliteit, waarbij de nadruk komt te liggen op het stimuleren van eigen regie en participatie. Het hanteren van cliëntgerichte instrumenten (zoals een praktisch zorgplan) en het werken aan verbeteringen vanuit het cliëntperspectief zijn centrale thema's

6. AZR - iWlz & iWmo

iWlz

Door de huidige veranderingen in de langdurige zorg heeft Zorginstituut Nederland met alle ketenpartners samengewerkt om de gewijzigde informatievoorziening te ondervangen. Per 1 januari 2015 wordt de Wet Langdurige zorg (Wlz) ingevoerd en hiermee wordt ook de berichtenstandaard iWlz versie 1.0 geïntroduceerd. Deze release is de opvolger van de AZR 3.2 en ondersteunt de uitvoering van de Wlz. Men wil een standaardisatie van informatieuitwisseling bereiken die verder gaat dan tot op heden het geval was. Vanuit de keten bekeken wordt toegewerkt naar stelselonafhankelijke informatieuitwisseling ongeacht het domein. Zorg aan cliënten beperkt zich namelijk vaak niet tot één domein. Om te weten in welk domein uw cliënten, na invoering van de Wlz en decentralisatie, terecht komen kunt u gebruik maken van de module uitstroom cliënten op www.istandaarden.nl. Alle overige informatie kunt u hier ook vinden.

Implementatietraject iWlz 1.0

De migratie van de AZR 3.2 naar de iWlz verloopt in 3 fasen:

1 - Afsluiting:

gecontroleerde beëindiging van het AZR 3.2 berichtenverkeer.

2 - Transitie:

de aanpassing (bijv. d.m.v. een software upgrade) van productiesystemen van ketenpartners aan iWlz 1.0. Gedurende deze periode is geen AZR of iWlz berichtenverkeer mogelijk.

3 - Ingebruikname & nazorg:

gaat van start vanaf het moment dat berichtenuitwisseling volgens de standaard iWlz 1.0 verloopt (d.d. 1 januari 2015).

Overgangperiode zorgaanbieders.

Voor zorgaanbieders is een overgangperiode voorzien van 3 maanden, tot 1 april 2015. In samenspraak met de zorgkantoren bepalen zorgaanbieders een moment tussen 1 januari 2015 en 1 april 2015 om de overgang te maken naar de iWlz. Vanaf 1 januari zijn aanbieders wel al verplicht om iWlz berichten te versturen. AZR3.2 berichten mogen dan niet meer worden verstuurd. Zorgaanbieders kunnen tot 1 april 2015 met behulp van de conversiemodule berichten converteren van AZR 3.2 naar iWlz.

iWmo

Ook op het gebied van de Wmo vinden er per 1 januari 2015 veel veranderingen plaats. Gemeenten worden opdrachtgevers van aanbieders van zorg in de Wmo 2015 en de jeugdwet. Hiervoor

zal het proces van beschikken, toewijzen, registreren, leveren, declareren, betalen en verantwoorden goed moeten verlopen. Ter ondersteuning heeft het Zorginstituut Nederland samen met gemeenten en zorgaanbieders de iWmo ontwikkeld.

De iWmo is een standaard die ontwikkeld is om gemeenten en andere betrokken partijen te ondersteunen bij de transitie van AWBZ naar de Wmo in 2015. De iWmo biedt inzicht in de informatiestromen binnen de nieuwe Wmo tussen gemeenten en zorgaanbieders. Via deze infrastructuur worden op een veilige en gestandaardiseerde manier elektronische berichten uitgewisseld voor o.a. het toewijzen en declareren. Voor de gemeenten verloopt dit via het Gemeentelijk Gegevensknooppunt (GGK), voor aanbieders via VECOZO. Het gebruik van de iWmo is vrijblijvend, maar alle relevante partijen benadrukken het nut van deze iStandaard. Meer informatie over de iWmo is te vinden op www.istandaarden.nl.

7. Nieuwe wetgeving - het gaat nu écht beginnen!

“Nederland verandert, de zorg verandert mee!”

Bovenstaande boodschap heeft u waarschijnlijk al héél vaak gehoord, maar nu is het eindelijk zover: we staan aan het begin van grote veranderingen van de huidige organisatie van onze ondersteuning en langdurige zorg. In het regeerakkoord-Rutte/Asscher in 2012 is deze omvangrijke hervorming in de langdurige zorg al aangekondigd. Maar nu hebben de eerste kamer en tweede kamer de plannen goedgekeurd en vanaf 1 januari 2015 gaan we er echt mee van start. Dit heeft grote gevolgen voor gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars, ClZ, zorgvragers, medewerkers, mantelzorgers etc. Heeft u nog goed op een rij wat de grootste hervormingen in de langdurige zorg zijn? Voor alle duidelijkheid hebben we het hieronder nog even op een rijtje gezet. Er zijn vier wetten die samen de Algemene wet bijzondere ziektekosten vervangen.

1. Het rijk blijft verantwoordelijk voor de zorg aan mensen die de hele dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig hebben. Deze zorg valt onder de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Er komen meer mogelijkheden om deze zorg thuis te ontvangen. Mensen die de zorg niet thuis willen krijgen, kunnen naar een zorginstelling.
2. Ondersteuning thuis wordt een taak van de gemeente. Voorbeelden van ondersteuning thuis zijn begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen. Dit staat in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).
3. Gemeenten zijn straks ook verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. Dit staat in de jeugdwet.

4. Verpleging en verzorging thuis zijn onderdeel van het basispakket van de zorgverzekering (zorgverzekeringswet). Voorbeelden van verpleging en verzorging thuis zijn het toedienen van medicijnen en hulp bij het douchen.

Ondanks deze 'duidelijkheid' is er in het afgelopen jaar toch nog geschoven, zijn er elementen binnen de wetten toegevoegd of weggehaald en bestaan er rondom elementen nog steeds onduidelijkheden. Zo is er pas in oktober besloten dat 14.000 AWBZ cliënten gebruik kunnen maken van het Wlz overgangsrecht. Tot voor kort zou de zorg voor 10.000 van deze cliënten worden bekostigd via de Wmo 2015, de jeugdwet en/of de Zvw.

De grote veranderingen en onduidelijkheden in de langdurige zorg leiden regelmatig tot onrust in onze maatschappij en bij betrokken partijen. Zijn de gemeenten er wel klaar voor? Krijgen alle mensen wel de zorg die ze nodig hebben? Vallen er mensen tussen wal en schip? Aankomend jaar gaan we antwoorden krijgen op al deze vragen.

Omdat er nog zoveel meer over te zeggen is, hebben we een aparte special gemaakt over de wetgeving omtrent de langdurige zorg in 2015.

8. CQI en kwaliteit

Binnen de zorg voor kwaliteit wordt de systeembenadering van kwaliteit meer en meer vervangen door de mensgerichte benadering. Hierbij staan cliënten en medewerkers en hun onderlinge relatie centraal. Dit zien we expliciet terugkomen in de thema's van zowel interne als externe audits.

Op het gebied van de CQI was 2014 een overgangsjaar. Het Zorginstituut (ZI) is in het leven geroepen als regisseur voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Het Centrum Klantervaring Zorg is in het ZI opgegaan, maar ook Actiz, BTN, NPCF en ZN zijn hier bij betrokken. In 2015 zijn de CQ's zijn als enige kwaliteitsstandaarden voor de V&V zorgaanbieders uitgevraagd, dus niet de zorginhoudelijke indicatoren. Aanlevering van de gegevens van 2014 voor de landelijke benchmark (voor zover nu bekend bij de portal van Zorginzicht), zal plaatsvinden op 15 juni 2015.

Praktisch:

Geef in uw interne audits de ervaringen van medewerkers en cliënten een expliciete rol. Het bieden van opvolging van de cliënten en medewerkers tevredenheidsonderzoeken is een goed onderwerp voor een audit.

Praktisch:

Indien u met uw CQI resultaten aan de landelijke benchmark van 2015 wil deelnemen, adviseren wij om voor 15 juni de resultaten beschikbaar te hebben, zodat uw meetbureau deze tijdig kan aanleveren bij de landelijke portal.

9 - Wat komt er verder nog aan

Stevig "aan de bak" is het devies voor ook de komende jaren. In tegenstelling tot voorgaande jaren hebben we hieronder alleen die zaken die nog NIET in ons jaarbeeld genoemd zijn voor u op een rijtje gezet:

Modernisering AWBZ\Wlz

- I - Extramuraliseren ZZP V&V4 en GHZ4 - 2016
- II - Centrale uitvoering (inkoop en indicatiestelling) intra-murale kern-AWBZ (vanaf ZZP5) - 2017
- III - Risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars - 2017
- IV - verschil zzp mét & zonder toeslag BH opheffen (PM)

WMO:

- 1 - Extramuraliseren ZZP V&V4 en GHZ4 - 2016

Kabinetsbeleid:

- A - ontstaan van kleinere zorginstellingen actief bevorderen \zorggiganten terugdringen (PM)
- B - er komt een gereguleerde winstuitkering (PM)
- C - snijden in de overhead in de zorg, hiertoe komt er een normering per sector (PM)

Marktwerking

- a. invoering Extramurale Zorgzwaarte Pakketten; EZP's (PM)
- b. instellingen mogen dividend uitkeren, overheid springt niet meer bij (PM)



GESPECIALISEERD IN DE OUDERENZORG

**BOSSCHER & DE WITTE, POSTBUS 732, 6710 BS EDE, INFO@BOSSCHER-DEWITTE.NL
WWW.BOSSCHER-DEWITTE.NL, TELEFOON: 035 6954 156, FAX: 035 6945 045**