

Jaarbeeld V&V-sector 2009

'Voortgaan met ontwikkelen'

Jaarlijks stellen wij een jaarbeeld op voor de sector waarin wij gespecialiseerd zijn: de **V&V-sector**. Ook in dit jaarbeeld schetsen we weer de meest relevante ontwikkelingen die bij zorgaanbieders spelen en geven we aan met welke zaken in het voorliggende jaar rekening dient te worden gehouden. In 2009 zijn dat de beleidsontwikkelingen die gericht zijn op de systeemwijzigingen die de overheid heeft ingezet die zijn gericht op **meer dynamiek en vraagsturing**. De systeemwijzigingen die met de nieuwe zorgwetten worden ingezet, moeten leiden tot een andere organisatie van het zorgaanbod. Het gaat erom dat het zorgaanbod zich kan aanpassen aan enerzijds de kwantiteit en anderzijds de complexiteit van de vraag.

1 - Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Ervaring tot nog toe

Zoals u weet is in 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd. Gemeenten moeten sindsdien de huishoudelijke hulp aanbesteden en in veel gevallen is men daar in 2007 ook al mee begonnen. Waar men al voor waarschuwde (het geld voor thuiszorg is niet geoormerkt!), blijkt inderdaad te zijn gebeurd: de nadruk lag bij de aanbesteding teveel op de laagste prijs wat in veel gevallen ten koste is gegaan van de kwaliteit van de zorg en de positie van de werknemers van de thuiszorgorganisaties.

Gemeenten stellen zelf ook vast dat er problemen zijn ontstaan. Volgens PriceWaterhouseCoopers zal 63% van de thuiszorgorganisaties verlies leiden. Om de problemen op te vangen hebben veel gemeenten overgangsregelingen getroffen en zijn ze soms ook bijgesprongen in de vorm van loonkostensubsidies. Onlangs bepaalde een rechter dat de gemeente Hoorn moet bijspringen om tekorten bij de thuiszorg op te vangen (de gemeente is in beroep gegaan).

Dit keer beter?

De brochure 'Sociaal overwogen aanbesteden', gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS, laat zien dat gemeenten wel degelijk heel veel mogelijkheden hebben om andere aspecten dan de prijs mee te laten wegen bij de aanbesteding.

Inmiddels is een wetwijziging van kracht. Huishoudelijke hulp moet in de eerste plaats worden aangeboden in de vorm van werknemers, in dienst van een thuiszorginstelling. De alfaulpen kunnen pas worden ingezet als de klant daar uitdrukkelijk om vraagt en in staat is om het werkgeverschap goed uit te oefenen. VWS heeft de gemeenten gevraagd om bij nieuwe aanbestedingen met deze wetwijziging rekening te houden.

Tip: uit kostprijsberekeningen die bij vele van onze opdrachtgevers hebben plaatsgevonden in 2008, blijkt dat de integralenkostprijs van HV extramuraal rond de 40 euro ligt! Tel uit uw winst of verlies als u dit vergelijkt met de vergoeding die u krijgt. Daarnaast kunnen natuurlijk 'andere' overwegingen een rol spelen om tóch HV te willen leveren; zoals de pr-werking naar toekomstige cliënten.

2 - Zorgkantoren

In de leidraad voor zorgkantoren 'Zorginkoop 2009-2010' beschrijven Zorgverkeers Nederland (ZN) de kaders voor de zorginkoop. Binnen deze kaders geven de zorgkantoren hun eigen regionale invulling, dus op onderdelen kunnen er, zoals we gewend zijn, verschillen per regio zijn. De thema's in de zorginkoop 2009-2010 zijn:

- het stimuleren van concurrentie op kwaliteit en doelmatigheid
- beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg.

In de sector V&V krijgen de volgende thema's voorrang bij productieafspraken:

- integratie van ambulante verpleging in de eerstelijnszorg
- ketenzorg voor mensen met dementie
- diversiteit in wonen (m.n. initiatieven voor kleinschalig wonen).

Naast de eisen van het voldoen aan wet- en regelgeving (Kwaliteitswet, klachtenwet, wet medezeggenschap, AO/IC regeling, WGBO, e.d.) zijn specifiek eisen gesteld aan privacy, goede bedrijfsadministratie, het hebben van een kwaliteitssysteem, het voldoen aan de governance code, het werken met een individueel zorgplan en het meten van de waardering van cliënten.

Het kwaliteitskader verantwoorde zorg is voor contractering binnen de sector V&V de kwaliteitsleidraad. Instellingen dienen hiertoe:

- eenmaal per jaar een zelfevaluatie uit te voeren
- eenmaal per twee jaar een tevredenheidsmeting te verrichten volgens een landelijke standaard.

De zorgkantoren gaan uit van een basis productieafpraak, deze initiële afspraak kan gaande het jaar wijzigen als het zorgkantoor en/of de aanbieder hiervoor aanleiding ziet. Hierover kan in de loop van het jaar opnieuw onderhandeld worden.

Tip: Let bij onderhandeling met het zorgkantoor op de aantoonbaarheid van hoe u de resultaten van verantwoorde zorg gebruikt ter verbetering van de zorg en op welke thema's u zich gaat richten met uw verbetertrajecten.

3 - ZZP-proof zijn of worden

Diverse organisaties kampen met vragen als “wat moet ik doen op ZZP-gebied”, “hoe ver had ik nu moeten zijn” en “wanneer moet ik ‘klaar’ zijn”. In ons overleg met VWS hebben we deze vraag expliciet voorgelegd. Samenvattend werd gesteld; naast de financiële consequenties wordt van u als zorgaanbieder verwacht dat u ook uw organisatie ‘prestatiegericht’ hebt ingericht. Oftewel, het werken met de ZZP’s heeft ingevoerd (zowel administratief als in het zorg-verleningsproces).

Tip: op onze website kunt u onder de link bosscher-dewitte.nl/nuttig/zzpproof.htm en de link bosscher-dewitte.nl/bibliotheek/nieuwsbrieven.htm vele documenten vinden die u kosteloos kunt downloaden om verder wegwijs te worden in het functiegericht werken en ZZP-proof worden.

4 - ZZP-financiering en tarieven

In de afgelopen 1½ jaar hebben vier 'rekenrondes' t.o.v. de éérfst afgegeven tarieven in juli 2007. Met dit 'rekenen' richt de NZa zich erop om budgettair neutraal te blijven. De plusminus 7 miljard euro (exclusief extramurale productie) in de V&V-sector blijft in het ZZP-tijdperk geheel behouden. De tarieven zijn telkens op en neer gegaan om nu uiteindelijk - in vergelijking tot de eerste tarieven van juli 2007 - voor ZZP 1 tot en met 6 hóger uit te vallen (tot wel 25%) en lager uit te vallen voor de ZZP's 7 tot en met 10 (hoogste verschil -\- 10%). VWS heeft aangegeven voor het eerst eind 2009 weer te gaan rekenen; dan t.b.v. van het jaar 2010. De rust die nu op de ZZP-markt ontstaat zorgt er eindelijk voor dat u uw bedrijfsvoering hier helemaal op af kunt stemmen. Overigens is nog vermeldenswaard dat in het rekentraject in de afgelopen anderhalf jaar een verschuiving van budget van verpleeghuizen naar verzorgingshuizen heeft plaatsgevonden. Ook is de 54-vragenlijst zodanig scherper gesteld dat een zorgvrager over het algemeen nu in een lagere ZZP dan voorheen terecht komt.

Tip: u kunt bij wijze van spreken op de ‘achterkant van een luciferdoosje’ vaststellen of uw organisatie in het ZZP-financierings-tijdperk méér of minder financiën gaat ontvangen. Verzorgingslocaties gaan er in algemene zin op vooruit, behandellocaties in algemene zin op achteruit. Bestaat uw stichting uit beide V&V-zorgvormen dan gaat u er ‘pas’ op vooruit indien de verhouding verzorgingscapaciteit : behandelcapaciteit gúnstiger is dan het landelijk gemiddelde van 1 (behandelplaats) staat tot 4 (verzorgingsplaatsen).

5 - Kostprijs en formatie

Ongetwijfeld heeft ook u al eens een berekening gemaakt hoe u er financieel uit gaat springen in het ZZP-tijdperk. Zoals u weet gaat de ‘verevening’ van het verschil tussen uw huidige inkomsten en de inkomsten in het ZZP-tijdperk over een periode van maximaal 3 jaar plaatsvinden. Dat scheidt ruimte om uw bedrijfsprocessen stap voor stap aan te passen aan de financiële consequenties. Dat die er zullen zijn blijkt nu al duidelijk uit metingen van VWS. Voor de meeste organisaties zal er een verschuiving tussen de 0 en 10% plaats gaan vinden! Naast de ZZP-inkomsten - **effect van buitenaf** - speelt echter ook hoe u als organisatie er binnen alle regels en vergoedingen uitspringt - **effect van binnenuit**. Zonder de kostprijzen van uw zorgaanbod en de AWBZ-functies te kennen, is het onmogelijk om formatie-berekening uit te voeren. Bovendien weet u niet of zpp-inkomsten dekkend zijn t.o.v. uren zorg die u aan uw cliënten levert.

Tip: via onze website kunt u uw ZZP-inkomsten afgezet tegen uw huidige inkomsten kosteloos berekenen. Wij verversen de tarieven op deze site telkens als de NZa met nieuwe tarieven komt.

www.ineenkeerzzpproof.nl/zzpcalculator/

Tip: via onze website zijn twee aparte documenten kosteloos te downloaden over kostprijzen en formatieberekeningen. www.bosscher-dewitte.nl/bibliotheek/produktfolderKoPi.pdf en www.bosscher-dewitte.nl/bibliotheek/produktolferProForma.pdf

6 - NZA - beleidsregels

Voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2009 heeft de NZa drie beleidsregels opgesteld. Deze regels bestaan uit: **Invoering** (beleidsregel CA-297), **Herallocatie** (beleidsregel CA-298) en **Tarieven/prestaties** (beleidsregel CA-299 en een bijlage met de tarieven). In 2010 wordt alleen bekostigd op basis van ZZP’s. In 2011 is de invoering van ZZP’s een feit en zijn alle oude historische budgetten omgezet in ZZP-budgetten.

Tip: de beleidsregels zijn te downloaden op: <http://www.nza.nl/nza/Nieuws/ZZP-tarieven/>.

7 - Zorginkoop; zorgkantoor en cliënt

Selectieve zorginkoop zet door. Dat valt niet alleen te lezen in het document van Zorgverzekeraars Nederland over zorginkoop in 2009. Meer nog voert élk zorgkantoor een eigen beleid als het gaat om interpretatie van en aanvulling op de regels van de NZa en VWS. Helaas ontstaan hierdoor tussen regio’s verschillen in regelgeving. Zo kwamen we in de afgelopen jaren al stevige verschillen tegen over de ‘verplichting’ om een HKZ-certificaat te hebben.

Die lijn zet zich nu voort t.a.v. de zogenaamde CQ-metingen. Echter ook op het gebied van de ZZP's waaiert de regelgeving behoorlijk uit een. De vraag hierbij is niet óf u meedoet, maar hoe u meedoet. Hoe zorgt u dat het zorgaanbod voor uw cliënten aantrekkelijk wordt en blijft? Let op. Het PGB zal in de komende jaren een 'broertje' krijgen in de vorm van een Persoons Volgend Budget. Hiermee wordt in ultieme zin de 'zorginkoop' bij de cliënt gelegd. Overigens heeft het ZZP-stelsel deze cliënt-volg-verplichting óók al in zich!

Tip: Overweeg dan om bij u bekende cliënten te verzoeken om hun indicatie alsnog om te zetten van Z(org) I(n) N(atura) naar een P(ersoons) G(ebonden) B(udget). U kunt dan presteren zonder een WMO-contract nodig te hebben én bent bovendien niet gebonden aan het productieplafond wat met het zorgkantoor is afgesproken.

8 - Kwaliteitszorg

Steeds wordt gesteld dat zorgaanbieders een werkend kwaliteitssysteem dienen te hebben. Dat systeem moet leiden tot systematische verbetering van de bedrijfsprocessen met de nadruk op de veiligheid voor de cliënt en op het leveren van verantwoorde zorg. Veel aandacht gaat de laatste tijd uit naar het laatstgenoemde, de uitkomsten van de geleverde zorg en diensten in het kader van de zorginhoudelijke normen. Verschillende partijen en deskundigen blijven echter hameren op het belang van een integrale en cliëntgerichte aanpak van de kwaliteit van zorg en diensten. De uitkomsten van een kwaliteitssysteem moeten wat ons betreft ook leiden tot het verbeteren van de kwaliteit en uiteindelijk een cliëntgerichtere zorg- en dienstverlening. Ons devies is daarom zich te richten op het bewaken van de kritische onderdelen in de bedrijfsprocessen, ook in de ondersteunende processen. Deze dragen namelijk ook bij aan een cliëntgerichte organisatie. De beschrijving van processen en het uitvoeren van controles en bijbehorende registraties, moeten uiteindelijk leiden tot inzicht in de kwaliteit van processen, het sturen op kwaliteit en het verder optimaliseren en verbeteren van het werk, uiteindelijk leidend tot een tevreden cliënt.

Tip: Breng de belangrijkste processen in kaart en geef aan op welke punten deze moeten worden beheerst. Zorg voor overzicht van en samenhang in controles, registraties en maatregelen ter verbetering.

9 - Consumer Quality index (CQI)

Zoals u eerder heeft kunnen lezen, wordt cliënttevredenheid een belangrijk sturingsinstrument in 2009. Het overheidsbeleid is ook gericht op het stimuleren van de verdere invoering van de systematiek voor cliëntraadplegingen. Onder de noemer CQI (Consumer Quality Index) worden standaard vragenlijsten afgenomen bij cliënten en contactpersonen van cliënten.

Door het hanteren van eenduidige richtlijnen voor de uitvoering van de metingen, gaat de regisseur van de CQI metingen, het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), er vanuit dat de resultaten bruikbaar zullen zijn voor landelijke vergelijking. Indien de meting is uitgevoerd volgens de geldende richtlijnen, worden de resultaten van de metingen gepubliceerd op www.kiesbeter.nl

Vanaf medio 2008 mogen de CQI metingen alleen door geaccrediteerde meetbureaus. Bosscher & de Witte c.s. heeft zojuist de accreditatieprocedure doorlopen en vanaf januari 2009 zullen wij als geaccrediteerd meetbureau de CQI metingen uit gaan voeren. Meer informatie over de CQI metingen, de vragenlijsten en geaccrediteerde meetbureaus is te vinden op de website van het CKZ:

www.centrumklantervaringzorg.nl

Tip: Bedenk wat u wilt met uw CQI resultaten. Moeten deze op kiesbeter.nl ga dan in zee met een geaccrediteerd bureau. Kunt of wilt u niet voldoen aan de eisen voor de benchmark, mag de aanpak minder zwaar aangezet. Voor meer informatie over dit soort overwegingen kunt u contact met ons opnemen.

10 - EPD en Zorgplan

Zorgverleners moeten volgens de nieuwe Wet EPD vanaf 1 september 2009 informatie over patiënten (!) met elkaar delen. Vanaf het najaar 2008 is de invoering van het EPD gestart (u heeft vast ook al een brief van de overheid ontvangen). Een verplichting tot aansluiting op het Landelijk SchakelPunt (LSP) geldt alleen voor apothekers, huisartsen(posten) en ziekenhuizen. Voor deze zorgaanbieders komt ook een eenmalige financiële vergoeding beschikbaar om de aansluiting te realiseren.

Opmerking: in de V&V-sector komt voorlopig géén verplichting voor een EPD. Wel komt er in de AWBZ een verplichting voor een zorgplan (dat is het overigens ook al volgens de HKZ-norm). Deze verplichting zal echter NIET - zoals in de ziekenhuizen wél het geval is - inhouden dat VWS de inhoud en vorm van dit zorgplan nauwkeurig gaat bepalen. "De afspraken met de cliënt moeten duidelijk herkenbaar vastgelegd zijn, hoe en hoeveel men vastlegt is helemaal aan de zorgaanbieder. Ook komt er géén verplichting om e.e.a. digitaal vast te leggen. Overigens wordt met een zorgplan het héle cliëntdossier bedoeld en niet alleen het formulier met daarop de drie-eenheid probleem-doel-actie"

11 - Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)

Wist u dat we al 2 jaar met de WMG te maken hebben? Onder andere de nieuwigheden op het gebied van ZZP's, zorginkoop en vastlegging afspraken met cliënten in het zorgplan zijn voortgekomen uit deze wet. Het doel van de Wet marktordening gezondheidszorg is meer concurrentie te krijgen in de zorg. Het belang van de consument staat hierbij voorop. In de WMG staat dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een informatieverplichting hebben.

Zorgaanbieders moeten patiënten goed informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Zo kan de consument bewust kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering. Verder regelt de WMG ook het toezicht op alle zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening), op de ontwikkeling van deze markten en op formulieren en procedures in de zorg.

Alle prestaties en tarieven die eerst onder de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vielen, vallen nu onder de WMG. Met de WMG is er meer ruimte voor marktwerking. Toch blijven er regels bestaan. De overheid blijft de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg garanderen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat alle partijen zich aan de regels houden en de marktwerking in de zorg goed blijft functioneren. De taken en bevoegdheden van de NZa zijn vastgelegd in de WMG.

Tip: Op de site Overheid.nl staat de nu geldende tekst van de Wet marktordening gezondheidszorg

12 - Gebouwen & huisvesting; bouwregime

Zowel voor de 'cure' als voor de 'care' eindigt het bouwregime begin 2009; vergunningen van het Bouwcollege behoren dan definitief tot het verleden de NZa gaat dan een belangrijke rol spelen (let op: voor een uitbreiding van capaciteit blijft wél een toelating vereist). Risico's en verantwoordelijkheden verschuiven dan dus naar de zorgaanbieder. Bouwen gaat dan voor 'eigen risico en rekening' plaatsvinden; wederom een stap op weg naar (nog) meer ondernemerschap. Dat betekent dat de vermogens- en marktpositie van zorgaanbieders zal voortaan bepalend zal zijn voor de mogelijkheid om kapitaal aan te trekken (de overheidsgarantie vervalt). In 2011 zullen de huisvestingskosten in de ZZP's ondergebracht worden. Tot 2011 worden bouwinitiatieven derhalve op basis van nacalculatie (daadwerkelijke investeringskosten) vergoed. Zodra de kapitaalslasten in de ZZP's opgenomen zijn, wordt vastgoed - als onderdeel van de integrale kostprijs - mede van invloed op de productie die u aan uw cliënten kunt leveren. Immers, hoe lager de kosten van deze component, hoe meer u van het ZZP van de cliënt 'overhoudt' om aan 'handen aan het bed' te kunnen besteden.

Tip: huisvesting & bouwen worden met ingang van 2009 een 'nieuw beleidsterrein' voor zorgaanbieders. Meer risico's en meer mogelijkheden zullen voorzien moeten worden van actieve beleidsvorming van uw kant. Een onderdeel van dit beleid zal ook het financieel management van uw vastgoed moeten zijn; investeringen zullen aan moeten sluiten bij wat uw cliënten willen.

Voorts dient u zich in dit kader ook te buigen over de vraag: eigendom, huur of nog anders (samenwerking, uitbesteden)?

Tip: En wat dacht u van het - deels - commercieel exploiteren van uw vastgoed (bijvoorbeeld d.m.v. een zorgstraatje, een restaurant, hotelmatige en andere diensten). Er zijn zelfs al zorgaanbieders die ook de 'wellness-component' in hun huisvesting op willen nemen.

13 - Beleidsonderwerpen die 'hot' zijn of worden

Wij verwachten dat de navolgende onderwerpen relatief 'nieuw' zijn in uw beleidscyclus. Wij rade u aan in 2009 beleid te formuleren t.a.v. deze topics onder het motto "regeren is vooruit zien".

Concurrentie

De WMG trad op 1 oktober 2006 in werking. De wet blijft in ontwikkeling om goed in te kunnen spelen op alle veranderingen in de zorg. Het doel van de Wet marktordening gezondheidszorg is meer concurrentie te krijgen in de zorg.

Preventie

Verder is het van belang de eigen verantwoordelijkheid te nemen als het gaat om je eigen gezondheid. Preventie is dan ook een belangrijk item en gaat een sterke vlucht nemen.

14 - Wat komt er nog aan (2009-2012)

Modernisering AWBZ:

- I - Actualisatie ZZP-prijzen (november 2009)
- II - Introductie van tarieven voor bijzondere zorgzwaarte cliënten (voorjaar 2009)
- III - Invoering EPD voor apothekers, huisartsen en ziekenhuizen (sept. 2009)
- III- Implementatie herallocatietraject (2009 is het 1^e jaar, 2011 het laatste)
- IV - Definitieve vaststelling verschil ZZP-inkomsten versus huidige inkomsten (maart 2009)
- V - Invoeren ZZP's; bekostiging (2010)
- VI - Ministeriële opsplitsing verantwoordelijkheid t.a.v. zorg, wonen en vervoer (PM)
- VII - Verdere beperking aanspraken AWBZ (PM)

WMO:

- 1 - OB zonder VB-indicatie komt in de WMO (PM)
- 2 - AB zonder VB-indicatie komt in de WMO (PM)

Marktwerking

Marktwerkings-ontwikkelingen die er nog aankomen

- a. 2009: onderhandelingsronden/aanbesteding op ZZP-tarieven 2010 (najaar 2009)
- b. 2010: invoering Extramurale Zorgzwaarte Pakketten (EZP's)
- c. 2011: kapitaalslasten worden ondergebracht in de ZZP-tarieven
- d. 2010-2012: instellingen lopen risico voor volume
- e. 2012: instellingen mogen dividend uitkeren, overheid springt niet meer bij