



## Benen Op de Tafel overleg

Opdrachtgevers van Bosscher & De Witte c.s. voor de 8<sup>e</sup> keer in gesprek met VWS-vertegenwoordigers over ZZP-proof worden en functiegericht werken.



Op 05 maart 2010 troffen voor de 8<sup>e</sup> keer een aantal relaties van Bosscher & De Witte c.s.:

- |                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| ■ Mari Noordzij    | - | <b>Sabina van Egmont</b> \ Oud-Beijerland       |
| ■ Frenk Niesten    | - | <b>Proteion</b> \ Horn                          |
| ■ Adrie de Laat    | - | <b>Riethorst-Stromenland</b> \ Geertruidenberg  |
| ■ Harry Heykens    | - | <b>Vivre</b> \ Maastricht                       |
| ■ Henk Verheesen   | - | <b>Vivre</b> \ Maastricht                       |
| ■ Henk de Wit      | - | <b>Kooimeer &amp; Nieuwpoort</b> \ Alkmaar      |
| ■ Marc W. De Witte | - | <b>Bosscher &amp; De Witte c.s.</b> \ Ede-Breda |

vertegenwoordigers van VWS die belast zijn met de ZZP invoering

- |                       |   |                               |
|-----------------------|---|-------------------------------|
| ■ Merel Goossens      | - | beleidsmedewerker <b>VWS</b>  |
| ■ Roland Beukers      | - | projectleider ZZP- <b>VWS</b> |
| ■ Hattem van der Burg | - | stafmedewerker <b>VWS</b>     |

en als speciale gasten

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| ■ Rona Bosman     | - | beleidsmedewerker <b>CIZ-Nederland</b> \ Driebergen |
| ■ Marijke Verbeek | - | beleidsmedewerker <b>Zorgverzekeraars Nederland</b> |

**Onderwerp van bespreking:** gezien de ZZP-financiering en de functiegerichte indicaties zullen zorgaanbieders hun bedrijfsprocessen hierop in moeten stellen \ aan moeten passen. Activiteiten kunnen daarbij onderverdeeld worden in de navolgende 6 bedrijfsprocessen:

### de 6 bedrijfsprocessen m.b.t. functiegericht werken & ZZP-proof worden

- 1 - zorgaanbod cq prestaties formuleren - wat kan de cliënt geboden worden
- 2 - intakeproces herformuleren en herinrichten - 'matchen' van de indicatie van de cliënt aan zorgaanbod
- 3 - cliëntdossier herinrichten - zorgverlening aan de cliënt in termen van AWBZ-functies inrichten
- 4 - registratie van zorg - krijgt de cliënt wat met hem \ haar is afgesproken, input voor herindicaties bepalen
- 5 - kostprijs - wat kost het zorgaanbod, wat wordt de cliënt 'in rekening' gebracht, passen binnen ZZP
- 6 - formatie - welke - kwantitatieve \ kwalitatieve - formatie is nodig en mogelijk binnen zorgaanbod & ZZP

In de afgelopen 2 jaar zijn bovengenoemde bedrijfsprocessen alle besproken. Nu de voorbereidingen die een zorgaanbieder zou moeten uitvoeren om zzp-proof te worden de revue gepasseerd zijn, richt het B.O.T. overleg zich op ervaringen met het stelsel.

Sinds 1 januari 2009:

- I - zijn de zzp's administratief ingevoerd
- II - is de verevening van start gegaan
- III - dient te worden begroot op basis van de oude budgetregels én in zzp's
- IV - dient productie in zzp's opgegeven te worden

En sinds 1 januari 2010:

- V - is de prestatiegerichte financiering echt gestart!
- VI - is de afgesproken productie met het zorgkantoor leidend voor de interne productie

**Doel van de bespreking:** VWS inzicht geven hoe het veld bezig is (geweest) met het functiegericht werken & ZZP-proof worden én reactie van de kant van VWS horen op de ontwikkelde instrumenten & proceskant-begeleiding.

Op deze derde bespreking omtrent ervaringen met het stelsel, richten we ons op de beperkingen die in toenemende mate door C.I.Z. en Zorgkantoor worden aangebracht. D.m.v. 'hoor en wederhoor' proberen we op een aantal belemmeringen richtingen voor mogelijke oplossingen in de praktijk met elkaar te vinden.

**De 2 wezenlijke kenmerken van de M.O.Z. ....**

- 1 - de cliënt \ diens vertegenwoordiger staat eindelijk (...?) centraal
- 2 - zorgaanbieders kunnen eindelijk (...?) gaan ondernemen

**worden in toenemende mate beperkt.....**

- 1 - voor cliënt én zorgaanbieders

**worden in toenemende mate voorzien van .....**

- 2 - extra regels en regeltjes

**en die beperkingen en regeltjes.....**

- 3 - verschillen van regio tot regio

In de afgelopen maanden is aangaande het bovenstaande een digitale enquête door B&W c.s. onder 40% van de V&V-zorgaanbieders gehouden (voor weergave resultaten zie betreffend document). De respons op deze enquête staat voor plusminus 20.000 cliëntplaatsen (is 10% van de totale V&V-capaciteit in Nederland).

**De top-7 van belemmeringen die geconstateerd zijn betreffen:**

- 1 - selectie aan voordeur mag niet (zorgkantoor)
- 2 - zzp-10 mag niet in vzh (ciz)
- 3 - zzp-9 mag niet in vzh (ciz)
- 4 - alleen zzp 1 – 4 mogen in vzh (ciz)
- 5 - 3% sectorvreemd (wat is 'vreemd?') belemmert keuze (zorgkantoor)
- 6 - zorgverzekeringaanvraag mag niet als je een zzp mét BH hebt (zorgkantoor)
- 7 - aanvullende zorg heeft geen eigen zzp-tarief in het verzorgingshuis, maar inzet BH wordt nog steeds geëist, terwijl BH niet in tarief zit (zorgkantoor)

## Selectie aan de voordeur

*In het B.O.T. overleg is vanuit de deelnemende zorgaanbieders en V.W.S. altijd het standpunt gehuldigd dat 'selectie aan de poort' mag en ook noodzakelijk is. Selectie aan de poort zorgt er voor dat de cliëntmix op peil en qua samenstelling op kwalitatieve en kwantitatieve mogelijkheden van de zorgaanbieder blijft aansluiten. Daarnaast is selectie aan de poort onontkoombaar nu zorgaanbieders binnen een productie-afspraken (= plafond) moeten opereren.*

Het zorgkantoor staat voor:

- 1 - zorgplicht; inkopen van zorg voor alle cliënten in een regio
- 2 - kwaliteit; de ingekochte zorg moet van kwalitatief goed en doelmatig zijn
- 3 - keuzevrijheid; cliënten moeten niet belemmerd worden in hun keuze

Zorgverzekeraars Nederland ondersteunt dit beleid naar alle regionale zorgkantoren, zorgkantoren zijn echter 'niet gehouden' aan het beleid van ZN. Regionale zorgkantoren hebben eigen autonomie en mogen - stevig - afwijken van standpunten van ZN.

Marijke Verbeek (Zorgverzekeraars Nederland) brengt naar voren dat het zorgkantoor wil dat er in de regio voor iedere cliënt een plekje blijft. Vanuit dat standpunt is selectie dus ongewenst en moet volgens aanmeldvolgorde aan cliënten een plekje aangeboden worden. Ook het in toenemende mate 'buiten' het intramurale zorgaanbod houden van de zzp 1 en zzp 2 cliënten is ZN een doorn in het oog.

De zorgaanbieders brengen hier (naast hetgeen in de schuingedrukte tekst al staat) tegenin dat zorgaanbieders vanzelfsprekend geen cliënten 'in de kou' laten staan en altijd voor (overbruggings)zorg in de thuissituatie zullen zorgen! Bovendien heeft elke zorgaanbieder een diepgeworteld besef van de maatschappelijke functie die zij vervult! De eerste cliënt op de lijst is bovendien zeker niet altijd de meest urgente cliënt!

Een goede **oplossing** om tegemoet te komen aan én de bezwaren van ZN én de wensen van de zorgaanbieders zou toch kunnen zijn "om tegelijkertijd met de productie-afspraken een zzp-mix-mediaan afspraak met een zorgaanbieder te maken" (bijv. zzp 2 + zzp 4 = 6, maar zzp 1 + zzp 5 is ook 6). Een zorgaanbieder moet dan zelf er voor zorgen dat zijn zzp-mix met 'lagere' zzp's gecompenseerd wordt als zijn mediaan-getal te hoog wordt en andersom.

Marijke Verbeek geeft aan dat ondanks het bovenstaande, ZN bij haar standpunt zal blijven. Het bespreekbaar maken van de 'voors en tegens' met het eigen zorgkantoor is iets wat zij in dit kader iedere zorgaanbieder aanraadt.

Met elkaar constateren we wél dat - mede gezien de bezuinigingsronde die aanstaande is - zzp 1 en zzp 2 waarschijnlijk vanuit de AWBZ naar de Wmo gaan en dus 'thuis' geholpen moeten gaan worden. Ook hier zou een '**oplossing**' kunnen liggen voor zorgaanbieders; maak duidelijk dat de selectie aan de poort die je toe wilt passen gecompenseerd wordt door een stevig thuiszorgaanbod vanuit jou als zorgaanbieder.

## ZP-10 & 9 mogen niet in het verzorgingshuis, alleen zzp 1 - 4 mogen in het verzorgingshuis

*Naar de mening van de deelnemers aan het B.O.T. overleg is het de cliënt die bepaalt waar hij\zij zijn\haar indicatie wil verzilveren. Diverse wetten en regelingen (o.a. kwaliteitstoezicht) zorgen er voor dat de kwaliteit van het gebodene in orde moet zijn. Tenslotte wordt een cliënt er altijd op gewezen wat de zorgaanbieder wel en niet 'kan'. Dit wordt vastgelegd in zorgafspraken (overeenkomst én cliëntdossier); zo weten cliënt en aanbieder waar men aan toe is.*

Marijke Verbeek (C.I.Z.-Nederland\Driebergen) is stellig: "het C.I.Z. indiceert onafhankelijk en kan dus nooit zeggen dat iets wel of niet 'mag'!". "Ook het cliënten 'negatief' adviseren over de zorgaanbieder van eerste-voorkeur past geheel niet in de onafhankelijkheid die het C.I.Z. aan de dag dient te leggen!!".

Specifiek t.a.v. zzp-10 geldt overigens wel dat het C.I.Z. deze zzp pas afgeeft als aan enkele specifieke eisen wordt voldaan, er moet namelijk sprake zijn van:

- (zware) pijn
- noodzaak tot 24-uurs zorg in de nabijheid
- gebruik van medische apparatuur
- noodzaak tot gespecialiseerd personeel

Dit betekent dat de 'overige' laatste-levensfase-problematiek binnen het geldende zzp opgelost moet worden.

**De tip** van Marijke Verbeek is dus om er voor te blijven zorgen dat de indicatie meegroeit met de - stijgende \ dalende - zorgvraag van de cliënt. Op die manier kan waarschijnlijk de extra zorg die in de laatste levensfase nodig is, toch betaalbaar blijven.

Haar **2<sup>e</sup> tip** is om bij cliënten met laatste-levensfase-problematiek of wélke discussie over wat het verzorgingshuis wel of niet zou kunnen (of mogen) altijd met je zorgkantoor te overleggen. Aantonen dat je wél voldoende kwaliteit kunt bieden, lost bijna iedere individuele situatie op.

Met elkaar constateren we dat er 'spanningsveld' is tussen de indicaties die het C.I.Z. afgeeft en het volume dat door het zorgkantoor bewaakt moet worden. Vanuit dat perspectief valt te verklaren dat het zorgkantoor wil 'sturen'. De zorgaanbieders uit het B.O.T. zijn echter van mening dat het zorgkantoor hier ver vandaan moet blijven; zorgaanbieders kénnen hun eigen verantwoordelijkheid en zijn gebonden aan een productie-afspraken.

### Conclusie t.a.v. belemmeringen vanuit C.I.Z. en ZN

Duidelijk is gemaakt dat de ervaren belemmeringen vanuit het C.I.Z. zéker niet gedragen worden door C.I.Z.-Nederland! Hier kan iedere zorgaanbieder - zonodig in de individuele praktijk - dus met 'succes' de bedoelde vrijheden van het functiegericht werken en werken met zzp's blijven toepassen. Spreek zonodig de - individuele - C.I.Z.-medewerker in de eigen regio aan!!

Met Zorgverzekeraars Nederland zijn argumenten uitgewisseld, beelden zijn gecommuniceerd. Een 'patstelling' blijft hier bestaan; wij hebben gelijk - zij hebben gelijk. Samengevat geldt dus vooralsnog dat door een toename van regels \ regeltjes (hoe verklaarbaar vanuit een bepaald perspectief dan ook) het defacto effect in de praktijk is dat voor de V&V-client het schot tussen verzorgingshuis en verpleeghuis (die hadden we toch niet meer?) opnieuw terug komt. Maar dat willen we niet!!!

### Volgende keer

De volgende bijeenkomst - te houden september \ oktober 2010 - zal in het teken staan van 'het vervolg op de inperkingen vanuit CIZ en ZN \ zorgkantoren', de gevolgen van de te verwachten bezuinigingen en het inbedden van de kapitaalslasten in de zzp's.

De 'vaste aandachtspunten' (o.a. zzp's voor extramurale cliënten, pgb's voor intramurale cliënten, vouchers in de hele zzp-systematiek) zullen dan ook weer de revue passeren.

#### MOTTO 1

Het nieuwe stelsel richt zich nu op herverdeling van bestaande financiële middelen (let op: de zzp's zijn géén bezuiniging) én het toekennen van middelen op basis van het individu en zijn onmogelijkheden voor zelf- en mantelzorg. Wat de sector dus moet doen is om de organisatie vanuit cliëntperspectief op te bouwen.

#### MOTTO 2

We constateren dat de Nederland-zorg-BV nog te veel hangt op de gedachte dat de overheid moet zeggen wat er moet gebeuren en daarvoor ook de middelen en voorwaarden moet scheppen. We willen eigenlijk nog niet écht aan marktwerking, kosten-baten, ondernemerschap en alle zaken die hierbij horen. Het advies van het B.O.T.-overleg naar VWS is dan ook om niet weer in de betuttelende helpersrol te schieten maar "de markt haar werk te laten doen". "Er is meer dan voldoende passieve en actieve informatie om bij-de-tijd-te-komen-en-blijven vanuit VWS en anderen beschikbaar". "Diegenen die achterblijven of helemaal niet in actie komen moeten dan ook maar zelf de consequenties hiervan dragen, dat hoort bij de nieuwe situatie van functiegericht en met zzp's werken".

#### MOTTO 3

**Als er iets belangrijk is als actie vanuit VWS ter bevordering van het gedachtengoed van de zzp's dan is dat volgens het B.O.T. overleg het verder laten evolueren van de zzp's tot zogenaamde vouchers en intramuraal ook PGB's mogelijk maken.**

**Als deze twee zaken worden doorgevoerd zijn we helemaal af van de discussie over uren en functies op indicaties. Bovendien moeten zorgaanbieders dan zelf actief worden, of zij willen of niet.**

#### MOTTO 4

Door de toename van regels\regeltjes (hoe verklaarbaar vanuit een bepaald perspectief dan ook) is het defacto effect in de praktijk dat voor de V&V-cliënt het schot tussen verzorgingshuis en verpleeghuis (die hadden we toch niet meer?) opnieuw terug komt. Maar dat willen we niet!!!