

FINANCIËEL MANAGEMENT IN DE ZORG ONTCIJFERD

De wereld achter de cijfers van
de langdurige zorg

Edwin Kalbfleisch en Kees van den Berg

Eerste druk, juli 2022
Tweede druk, oktober 2022

© 2022, Edwin Kalbfleisch en Kees van den Berg
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd,
opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige
vorm en op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

ISBN: 978-90-9036176-5
NUR: 782

Auteurs: Edwin Kalbfleisch en Kees van den Berg
Redactie en ontwerp: Tangram Studio
Drukwerk: Grafistar

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 9 |
| Inleiding | 11 |
| 1. Wettelijk kader | 13 |
| 1.1 Inleiding | 15 |
| 1.2 Zorgverzekeringswet | 16 |
| 1.3 Wmo | 19 |
| 1.4 Wlz | 20 |
| 1.5 WTZa | 22 |
| 1.6 Toezicht houden op de zorg | 22 |
| 1.7 Ontwikkelingen in de zorg | 25 |
| 2. Bekostiging van de zorg | 29 |
| 2.1 Inleiding | 31 |
| 2.2 Prestaties in de Wlz | 31 |
| 2.3 Zorgverkoop in de Wlz | 36 |
| 2.4 Administratief proces in de Wlz | 38 |
| 2.5 Van indicatie naar declaratie in de Wlz | 39 |
| 2.6 Verschillen tussen de Wlz en de Wmo en Zvw | 42 |
| 3. Voorwaarden en controle op registratie en declaratie van geleverde zorg | 47 |
| 3.1 Inleiding | 49 |
| 3.2 Correct registreren en declareren: voorwaarden om geleverde zorg te declareren | 49 |
| 3.3 Volledig registreren en declareren: waarborgen dat geleverde zorg gedeclareerd wordt | 52 |
| 3.4 Interne beheersing | 54 |
| 3.5 Control framework: een raamwerk voor interne beheersing | 55 |
| 3.6 Betrokkenen bij registratie en declaratie | 62 |
| 3.7 Three lines of defence | 62 |
| 3.8 Interne controlefunctionaris | 67 |

| | |
|---|------------|
| 4. Organisatie en besturing | 71 |
| 4.1 Inleiding | 73 |
| 4.2 Missie en visie: het fundament van de organisatie | 74 |
| 4.3 Besturing: hoe wordt de organisatie aangestuurd? | 76 |
| 4.4 De bouwstenen van een organisatie | 77 |
| 4.5 Gevolgen van keuze besturing voor bouwstenen en inrichting financieel management | 83 |
| 4.6 Prestaties meten met de balanced scorecard | 84 |
| 4.7 Intern toezicht | 88 |
| 4.8 Ondernemingsvormen | 91 |
| | |
| 5. Kosten en kostprijzen | 95 |
| 5.1 Inleiding | 97 |
| 5.2 Kosten binnen een zorginstelling | 97 |
| 5.3 Het verschil tussen kosten en uitgaven | 98 |
| 5.4 Kosten verder onderverdelen | 100 |
| 5.5 Kostprijzen | 104 |
| 5.6 Kosten beïnvloeden | 108 |
| | |
| 6. Personele kosten: Het rooster | 111 |
| 6.1 Inleiding | 113 |
| 6.2 De stappen om tot een rooster te komen | 114 |
| 6.3 Dempen van risico's in het rooster | 126 |
| 6.4 Knelpunten rond de planning | 126 |
| 6.5 Organisatie van de planning | 128 |
| 6.6 Sturen op cijfers | 130 |

| | |
|---|------------|
| 7. Planning en control | 131 |
| 7.1 Inleiding | 133 |
| 7.2 Planning en control-cyclus | 133 |
| 7.3 Van strategische beleidsvorming naar planning en control-cyclus naar jaarrekening | 135 |
| 7.4 Begroten en budgetteren: niet hetzelfde | 137 |
| 7.5 Traditioneel begroten | 137 |
| 7.6 Rolling forecast als alternatief voor begroten | 139 |
| 7.7 Functies van het budget | 141 |
| 7.8 Taken van de budgethouder | 142 |
| 7.9 Voorwaarden voor goed budgethouderschap | 143 |
| 7.10 Budgettering als instrument | 144 |
| 7.11 Indelingen en voorbeelden van budgettering | 145 |
| | |
| 8. Financiële informatie | 149 |
| 8.1 Inleiding | 151 |
| 8.2 De voorwaarden voor goede informatie | 151 |
| 8.3 De opbouw van een financiële rapportage | 153 |
| 8.4 Analyseren en verbeteren van het resultaat | 154 |
| | |
| 9. Verbetering van het financieel resultaat | 173 |
| 9.1 Inleiding | 175 |
| 9.2 Van overzicht naar inzicht naar handelen | 175 |
| 9.3 Zit het probleem in de norm of in de werkelijkheid? | 177 |
| 9.4 Sturen op een bierviltje | 177 |
| 9.5 Vooruitkijken om verrassingen te voorkomen | 180 |
| 9.6 Visgraatmethode: op zoek naar de oorzaken van negatieve resultaten | 181 |
| 9.7 Benchmarks: leren van anderen | 183 |
| 9.8 De samenwerking met business control verbeteren | 184 |
| 9.9 Stille waarden: waar zit de weerstand? | 185 |

| | |
|---|------------|
| 10. Investeringsen | 187 |
| 10.1 Inleiding | 189 |
| 10.2 Soorten investeringen | 189 |
| 10.3 Wel of niet investeren? De businesscase | 191 |
| 10.4 Investeringsselectie | 194 |
| | |
| 11. Vastgoed | 201 |
| 11.1 Inleiding | 203 |
| 11.2 Ontwikkelingen in de bekostiging van vastgoed in de zorg | 203 |
| 11.3 Normatieve huisvestingscomponent | 204 |
| 11.4 Opbouw van de normatieve huisvestingscomponent | 204 |
| 11.5 Realiseren van resultaat op vastgoed | 206 |
| 11.6 Investeren in vastgoed | 207 |
| 11.7 De beheersing van vastgoedprojecten | 209 |
| | |
| 12. Jaarrekening | 213 |
| 12.1 Inleiding | 215 |
| 12.2 Het directieverslag | 215 |
| 12.3 Overige gevens in de jaarverantwoording | 216 |
| 12.4 Jaarrekening: het zwaartepunt van het jaarverslag | 216 |
| 12.5 De resultatenrekening: opbrengsten en kosten | 222 |
| 12.6 Het verband tussen de balans en de resultatenrekening | 224 |
| 12.7 Het kasstroomoverzicht: cash is king | 226 |
| | |
| 13. Financiering | 229 |
| 13.1 Inleiding | 231 |
| 13.2 Financiering: eigen vermogen of vreemd vermogen | 231 |
| 13.3 Risico voor financierders | 236 |
| 13.4 Rol van de bank | 237 |
| 13.5 Solvabiliteit, liquiditeit en rendement | 239 |
| | |
| Eindnoten | 247 |
| Afkorting | 253 |
| Trefwoordenregister | 255 |

Voorwoord

Zorg en financiën, het lijkt soms een wat ongemakkelijke combinatie. Want in de zorg moet toch het belang van de cliënt voorop staan en niet het geld? Wie er wat langer over nadenkt zal begrijpen dat dit een schijntegenstelling is. Zonder gezonde financiën geen goede zorg. Om zorgprofessionals goede arbeidsvoorwaarden te kunnen bieden, om te kunnen investeren in innovatie en om in te kunnen spelen op de wensen en verwachtingen van een nieuwe generatie ouderen, is het noodzakelijk dat zorgorganisaties grip hebben op hun financiën. Dat geldt zeker nu de ouderenzorg sterk in beweging is en voor een enorme transitie staat.

De snel oplopende vergrijzing en de steeds krappere wordende arbeidsmarkt maken het noodzakelijk dat we de zorg anders gaan organiseren. We zullen moeten zoeken naar een nieuw evenwicht tussen professionele zorg en mantelzorg, tussen inzet van technologie en inzet van arbeid, tussen zorg thuis en zorg in het verpleeghuis, tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid. Het zal veel stuurmanskunst en vakmanschap vragen om de bedrijfsvoering in deze periode van verandering financieel gezond te houden. Want veel is nog onzeker en het kan per regio of organisatie verschillen wat de beste oplossingen zijn. Daarom ben ik blij met deze publicatie, die eraan bijdraagt de kennis van financieel management in onze sector te vergroten.

Bij het lezen valt mij opnieuw op hoe complex het zorgstelsel is en met hoeveel regels en voorwaarden zorgorganisaties en professionals dagelijks van doen hebben. Dat gaat ten koste van het werkplezier, van de tijd voor zorg en van de ruimte voor innovatie. Om de transitie in de ouderenzorg te doen slagen zullen we ook op dit vlak een andere weg moeten inslaan: een nieuw evenwicht tussen controle en vertrouwen. Namens ActiZ, de branchevereniging van circa 400 zorgorganisaties, nodig ik de lezer dan ook van harte uit om mee te denken over de vraag hoe het in de toekomst eenvoudiger en beter kan.

Anneke Westerlaken
Voorzitter ActiZ

Utrecht, mei 2022

Inleiding

Al jaren zijn wij gefascineerd door hoeveel moeite het leidinggeven vaak kost om te sturen op geld. Niet omdat ze niet willen, maar omdat het ze nooit is geleerd. Niet tijdens de opleiding, doordat de gebruikte literatuur te ver af staat van de dagelijkse gang van zaken, maar ook niet in de praktijk, omdat daar geen tijd voor is. De zorg kent veel wet- en regelgeving en verschillende vormen van bekostiging, en de nodige afkortingen die het er niet makkelijker op maken.

In dit boek zullen wij al deze zaken voor je ontrafelen. Dus geen ingewikkelde theorieën en complexe verhandelingen, maar een toegankelijke beschrijving en uitleg van alle aspecten van financieel management die jij als leidinggevende in de langdurige zorg nodig hebt. Daarmee hopen we je interesse voor financieel management te vergroten, en willen we je handvatten geven voor de dagelijkse praktijk.

We slaan een brug tussen de theorie en de praktijk, door begrijpelijk taalgebruik en een uitnodigende opmaak met voorbeelden, samenvattingen en tips, en willen je aanmoedigen om niet alleen achteraf met cijfers te werken, maar vooral ook vooruit, tijdens de dagelijkse activiteiten. Zodat cijfers niet langer statisch en abstract zijn, maar dynamiek en groei teweegbrengen binnen de organisatie. We bieden je inzicht en kennis zodat je weet wat financieel management is, de juiste vragen leert stellen en een betere gesprekspartner wordt.

Behalve voor leidinggeven hebben we dit boek ook geschreven voor een breed publiek: voor iedereen die werkt in, of betrokken is bij de zorg. Denk hierbij aan interne adviseurs, bijvoorbeeld op het gebied van finance, HRM en beleid, maar ook aan bestuurders, leden van de raad van toezicht, beleidsmedewerkers bij gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren, de cliëntenraad of de ondernemingsraad. Kortom: iedereen die benieuwd is naar 'de wereld achter de cijfers' en van binnenuit wil weten hoe financieel management in de zorg werkt en hoe de cijfers tot stand komen vanuit de verschillende vormen van bekostiging en wet- en regelgeving.

Voordat we beginnen is het goed om nog even stil te staan bij wat financieel management is. Financieel management omvat alle aspecten van het verkrijgen, inzetten en beheersen van financiële middelen en bestaat uit drie gebieden: budgettering en kostenbeheersing, de beoordeling van investeringen en de financiering van investeringen.

Je kunt dit boek van het begin tot het einde lezen, maar je kunt je ook beperken tot het lezen van één of meerdere hoofdstukken. Wel wordt in ieder hoofdstuk voortgebouwd op kennis die in de voorgaande hoofdstukken is aangereikt. De theorie wordt kernachtig beschreven, is voorzien van voorbeelden om deze te verduidelijken, en bevat tips die je direct in de praktijk kunt toepassen.

Het eerste hoofdstuk gaat in op de wetten die de bekostiging van de zorg mogelijk maken, en het toezicht daarop. In hoofdstuk 2 maken we inzichtelijk hoe de zorg wordt betaald, nemen we je mee in hoe de zorg administratief werkt en staan we stil bij de zorgverkoop. In hoofdstuk 3 komen de voorwaarde en de controle op registratie en declaratie van geleverde zorg aan bod.

In hoofdstuk 4 bespreken we het besturen van de organisatie en de bouwstenen waaruit een organisatie is opgebouwd, wat van belang is bij het vormgeven van financieel management.

De hoofdstukken 5 t/m 9 gaan over het hart van het financieel management: kosten en kostprijzen, begroten en budgetteren, capaciteitsmanagement, financiële informatie en hoe het financieel resultaat te verbeteren.

Hoofdstukken 10 en 11 geven inzicht in investeren. In hoofdstuk 11 gaan we specifiek in op vastgoed en laten we zien hoe je dit kunt financieren.

In hoofdstuk 12 komt de jaarrekening aan bod, en de belangrijkste kengetallen die een indicatie geven van de gezondheid van de onderneming.

Hoofdstuk 13 gaat over de financiering van investeringen.

We hebben veel geleerd over het schrijven van een boek en zijn tot nieuwe inzichten gekomen door de vele mensen die wij voor ons boek hebben gesproken. Wij hopen dat je dit boek met veel plezier leest, dat financieel management in de zorg straks geen geheimen meer voor je heeft en je het echt leuk gaat vinden om aan de slag te gaan met financieel management!

Wij houden ons aanbevolen voor opmerkingen en suggesties. Graag ontvangen wij deze via e-mail: info@financieelmanagementontcijferd.nl.

Edwin Kalbfleisch en Kees van den Berg

1

WETTELIJK KADER



1.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd op de principes dat iedereen toegang tot de zorg heeft via een verplichte zorgverzekering en dat de zorg van goede kwaliteit is. Het zorgstelsel wordt geregeld vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De zorg die in Nederland collectief wordt gefinancierd is in één van deze wetten vastgelegd. Elke wet richt zich op een ander deel van de zorg. De Zvw gaat over de op genezing gerichte zorg, ook wel ‘curatieve zorg’ genoemd, de Wmo betreft de ondersteuning voor kwetsbare mensen, de Jeugdwet regelt de jeugdzorg en de Wlz regelt de meest zware en intensieve zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben.

Deze wetten zijn nog niet heel oud. De oudste wet is de Zvw, die in 2006 in werking is getreden. De Wmo, de Jeugdwet en de Wlz zijn van recentere datum, in hun huidige vorm zijn deze wetten sinds 1 januari 2015 van kracht. Voor 1 januari 2015 was hier één wet voor, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Door een stelselwijziging, onder de naam ‘Hervorming Langdurige zorg’, is de AWBZ omgevormd naar de Wlz, Wmo en de Jeugdwet. De regering had drie motieven voor deze stelselwijziging: verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en vergroten van de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

De gedachte achter de wetten is dat de burger eerst goed voor zichzelf zorgt, waarbij de overheid ondersteunt door de Wet Publieke gezondheidszorg (WPG). Deze wet regelt dat de overheid maatregelen neemt om burgers te beschermen tegen gezondheidsrisico’s waar ze zelf geen of onvoldoende invloed op hebben. Denk aan bevolkingsonderzoek en infectiebestrijding. Indien de burger niet meer voor zichzelf kan zorgen, moet hij kijken of er hulp kan komen uit het netwerk. Als dat er niet of onvoldoende is, kan de burger een beroep doen op de Zvw of de Wmo. Wie permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig heeft, kan voor de zorg in een instelling (of thuis) een beroep doen op de Wlz. De afbeelding op de volgende pagina laat zien hoe de gedachte achter het stelsel zich verhoudt tot de genoemde wetten.¹



Figuur 1.1: Wat is de gedachte achter het zorgstelsel?²

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de wetten Zvw, Wmo en Wlz (de Jeugdwet valt buiten het bestek van dit boek). Per wet wordt besproken wie de uitvoering heeft, welke zorg wordt geleverd, hoe deze wordt bekostigd en wie de rol van poortwachter vervult, met andere woorden: wie er een ‘toegangsbewijs’ geeft voor het leveren van zorg. Daarna wordt ingegaan op de instanties die toezicht houden op de wetten. We eindigen dit hoofdstuk met een schets van ontwikkelingen in de zorg.

1.2 Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet regelt de curatieve zorg. Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht een basisverzekering te hebben. De overheid is eindverantwoordelijk voor de inhoud en de omvang van wat er in de basisverzekering zit, welke voor iedereen toegankelijk is. Het basispakket is voorgeschreven in de Zvw. Elk jaar wordt opnieuw naar het basispakket gekeken, waarbij de overheid zich laat adviseren door het Zorginstituut Nederland (ZiN). In het basispakket zijn de essentiële geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen opgenomen. Bij geneeskundige zorg moet worden gedacht aan: huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, verblijf in het ziekenhuis, tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar, en behandeling door therapeuten (bijvoorbeeld fysiotherapie, logopedie of ergotherapie).

Burgers zijn verplicht om een basisverzekering af te sluiten en zijn vrij om te kiezen bij welke verzekeraar zij dat doen. Verzekeraars zijn verplicht te accepteren, ongeacht de staat van gezondheid. De verschillende zorgverzekeraars rekenen verschillende premies: hierop wordt geconcurrerd. De zorgplicht is bij de basisverzekering een belangrijk principe. Deze moet garanderen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al haar verzekerden. Hiervoor sluiten verzekeraars contracten af met zorginstellingen, soms na stevig onderhandelen, op basis van criteria als kwaliteit, doelmatigheid en ervaringen van klanten. In Nederland zijn tien verzekeringsmaatschappijen die diverse labels hebben. Achmea had in 2021 een marktaandeel van 25% en is de grootste van Nederland. Daarna volgen VGZ en CZ met respectievelijk 24% en 21%³ van de markt.

Verzekerden betalen aan de verzekeraar een premie voor de basisverzekering.⁴ Daarnaast betalen werkgevers een inkomensafhankelijke bijdrage, die samen met de loonbelasting wordt afgedragen aan de Belastingdienst. Indien iemand met een laag inkomen de premie voor de basisverzekering niet kan opbrengen, is er recht op zorgtoeslag. In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. De burger heeft het recht om dit risico te verhogen, zodat de premie voor de basisverzekering lager wordt. Iedereen mag zelf kiezen met welke zorgverzekeraar hij in zee gaat. Eenmaal per jaar mag er opgezegd worden om bij een andere zorgverzekeraar een polis af te sluiten. Werkgevers en de overheid storten hun bijdrage in een zorgverzekeringsfonds. Uitbetaling uit dit zorgverzekeringsfonds aan de verzekeraars gebeurt via een zogenaamde vereveningsbijdrage. Afhankelijk van de gezondheid van zijn verzekerden ontvangt een verzekeraar een hogere of lagere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds.

Wie een basisverzekering afsluit heeft keuze uit twee polissen: een natura- of restitutiepolis. Het grootste verschil is de vrije zorgkeuze. Met een restitutiepolis bepaalt de verzekerde zelf naar welke zorgaanbieder hij gaat, zonder dat dit invloed heeft op de vergoeding die hij ontvangt voor de zorg die hij heeft ontvangen. Met een naturapolis vergoedt de zorgverzekeraar alleen zorg van door de verzekeraar gecontracteerde zorgverleners volledig. Dat is ook de reden dat een naturapolis vrijwel altijd goedkoper is dan een restitutiepolis.

Het is mogelijk om naast de basisverzekering vrijwillig een aanvullende verzekering af te sluiten. Bijvoorbeeld voor speciale tandartsenkosten, alternatieve geneeswijzen, brillen en contactlenzen, ruimere vergoedingen voor fysiotherapie, kraamzorg en medicijnen. De aanvullende verzekering heeft een privaat karakter. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar en de verzekerde onderling deze aanvullende verzekering regelen, zonder verplichtingen vanuit, of invloed van, de overheid.

De verzekeraar is niet verplicht om iedereen die zich voor een aanvullend pakket wenst te verzekeren te accepteren. Voor de inhoud van het aanvullende pakket bestaan geen regels. Elke verzekeraar maakt dan ook zelf een aanvullend pakket met zorg die niet in het basispakket is opgenomen. Voor de aanvullende verzekering wordt een aanvullende premie betaald.

De huisarts, medisch specialist of wijkverpleegkundige vervult de rol van poortwachter van de Zvw. Na consultatie volgt een verwijzing, waaruit de zorgbehoefte en noodzaak tot behandeling blijkt. Vervolgens kiest de verzekerde zelf een specialist uit het beschikbare zorgaanbod, die de zorg vervolgens uitvoert. Indien na een behandeling in het ziekenhuis verpleging in de thuissituatie nodig is, vervult de medisch specialist de rol van poortwachter. Dat wordt medisch specialistische verpleging thuis genoemd. Is er geen sprake van behandeling in het ziekenhuis, dan vervult de wijkverpleegkundige de rol van poortwachter.



Burgers zijn vrij om behandelaars of zorgaanbieders te kiezen waarvan zij denken dat die het beste voor hen zijn. Dat is marktwerking. Marktwerking betekent in dit geval dat er prijsprikkels zijn ingebouwd: de zorgverzekeraar heeft er belang bij om de zorgkosten en daarmee de premie laag te houden, want lage zorgpremies trekken verzekerden. De marktwerking tussen de drie partijen (verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars) is niet ongebreideld maar op zeer veel punten via wetgeving gereguleerd. Er zijn allerlei beschermingsmaatregelen genomen om te voorkomen dat marktwerking ontspoord. Zo moet de verzekeraar iedereen die zich aanmeldt als verzekerde accepteren en heeft de zorgaanbieder plafonds in de uitkomst van de onderhandeling met de zorgverzekeraar, zodat zorg tot een maximum wordt vergoed. Dat is de reden dat er wordt gesproken van ‘gereguleerde marktwerking’.⁵

1.3 Wmo

Sinds 2015 hebben de gemeenten vanuit de Wmo de verantwoordelijkheid om mensen met een beperking ondersteuning te bieden. De ondersteuning is erop gericht deze mensen mee te laten doen in de maatschappij en hen in staat te stellen om thuis te blijven wonen. Denk dan aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking, zoals (licht) gehandicapten en ouderen. Van gemeenten wordt maatwerk en een individuele aanpak verwacht om oplossingen te kunnen bieden. Hierdoor kunnen mensen met beperkingen een huishouden voeren, zich in en om de woning verplaatsen (vervoer) en medemensen ontmoeten om sociale verbanden aan te gaan. De gemeente gaat daarvoor met de cliënt in gesprek over de ondersteuningsvraag. Indien er behoefte is aan ondersteuning zijn er twee soorten voorzieningen:

1. Algemene voorzieningen voor iedereen binnen een bepaalde doelgroep. Bijvoorbeeld een koffie-ochtend in het buurthuis, de boodschappenbus, de maaltijd-service en vervoer voor alle burgers van 75 jaar en ouder.
2. Maatwerkvoorzieningen die zijn afgestemd op één persoon. Voorbeelden daarvan zijn hulp bij het schoonhouden en op orde houden van het huishouden, een scootmobiel en begeleiding bij de administratie.

Gemeenten krijgen de Wmo gefinancierd via het Rijk; het Gemeentefonds. De gemeenten zijn vrij om de middelen wel of niet in te zetten voor de Wmo. Het kan dus zijn dat iemand bij de ene gemeente wel recht heeft op schoonmaak vanuit de Wmo, maar als hij verhuist naar een andere gemeente hier geen recht meer op heeft. Het college van burgemeester en wethouders legt over de besteding verantwoording af aan de gemeenteraad.

De eerste stap bij het aanvragen van hulp en ondersteuning is het doen van een melding bij het Wmo-loket van de gemeente. De gemeente onderzoekt vervolgens de problemen en beoordeelt wat er nodig is om die op te lossen. Daarvoor wordt een bezoek gebracht bij de aanvrager (ook wel keukentafelgesprek genoemd) en wordt ook gekeken wat het sociale netwerk kan opvangen. Naar aanleiding hiervan wordt een verslag gemaakt met een voorstel dat kan bestaan uit algemene voorzieningen, maatwerkvoorzieningen, vervoersvoorzieningen of een combinatie daarvan. Na ondertekening van het voorstel is de aanvraag voor hulp uit de Wmo definitief. Hierop volgt een besluit dat recht geeft om al dan niet gebruik te maken van de Wmo. Dat kan in natura of via een persoonsgebonden budget (pgb, zie onderdeel 1.4). Voor een maatwerkvoorziening kan een eigen bijdrage worden gevraagd.

1.4 Wlz

De Wlz is er voor mensen die permanent toezicht of 24-uurszorg nodig hebben.⁶ Sinds de stelselwijziging in 2015 is de Wlz van toepassing voor de meest kwetsbare mensen. Denk dan aan ouderen met dementie in een ver gevorderd stadium, mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking, of mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen. De zorgkantoren hebben de opdracht om de Wlz tot uitvoer te brengen. De belangrijkste taken van het zorgkantoor zijn het contracteren van zorginstellingen op basis van visie in de regio en het deelnemen aan overleg over het gewenste zorgaanbod. Per regio zijn zorgkantoren aangewezen die nauw verbonden zijn met een zorgverzekeraar. Zo is het zorgkantoor Zorg en Zekerheid in Leiden verbonden aan de verzekeraar Zorg en Zekerheid. Nederland is verdeeld in 31 zorgkantoorregio's, die worden bediend vanuit zeven zorgkantoren.⁷

De Wlz kan worden getypeerd als een wettelijke volksverzekering voor bijzondere, moeilijk verzekerbare ziektekosten die niet door de Zvw en Wmo worden gedekt. Iedere Nederlander betaalt hieraan mee via de loonbelasting en een inkomensafhankelijke premie. Dat betekent dat iedere Nederlander die een indicatie heeft ontvangen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die de rol van poortwachter vervult, aanspraak kan maken op de Wlz. Een indicatie geeft recht op:

- verblijf in een zorginstelling of waar mogelijk intensieve zorg thuis,
- begeleiding, verpleging en verzorging,
- medische zorg en (paramedische) behandeling,
- hulpmiddelen,
- dagbesteding,
- huishoudelijke hulp,
- vervoer naar de plaats waar de begeleiding, behandeling en/of verzorging plaatsvindt.

Wanneer de geldigheid van de CIZ-indicatie afloopt, kan er binnen 8 weken voor het eind van deze periode een herindicatie worden aangevraagd bij het CIZ. Mocht de zorgvraag gewijzigd zijn, dan kan er een tussentijdse herindicatie worden uitgevoerd. Een signaal dat de zorgvraag tussentijds is gewijzigd, kan divers zijn. Het kan bijvoorbeeld blijken bij het bespreken van het zorgplan, het multidisciplinair overleg of als de zorg niet meer uitkomt met de uren die beschikbaar zijn. Net als bij de Wlz kan er ook herindicatie worden aangevraagd bij de Zvw en de Wmo, respectievelijk bij de gemeente en bij de verzekeraar.

De cliënt mag zelf weten hoe hij het recht op zorg wil verzilveren. Dat kan door in een instelling te gaan wonen of door thuis te blijven. Wordt er gekozen voor het laatste, dan bestaan er twee leveringsvormen: Zorg in Natura of een pgb, maar ook een combinatie is mogelijk. Pgb is een geldbedrag dat naar eigen inzicht kan worden besteed aan de zorg die men nodig heeft. Men kiest zelf van welke zorgverleners en begeleiders men hulp krijgt. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) betaalt het pgb uit aan de zorgverlener. Vroeger werd het bedrag van het pgb rechtstreeks aan de cliënt overgemaakt, maar door diverse misstanden is de SVB hier nu tussen geplaatst.

Bij Zorg in Natura regelt het zorgkantoor alles. Wat er uiteindelijk precies uit de Wlz wordt betaald bepaalt de overheid, geadviseerd door ZiN.

Het maximale budget dat zorgkantoren over de zorginstellingen mogen verdelen (contracteerruimte) wordt jaarlijks vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS. De contracteerruimte is het financiële kader voor zorgkantoren en zorginstellingen voor het maken van productieafspraken. Ieder zorgkantoor heeft een eigen contracteerruimte.⁸

> GOED OM TE ONTHOUDEN



| Wet | Uitvoerder | Poortwachter | Bekostiging |
|-----|-----------------|---|--|
| Zvw | Zorgverzekeraar | Huisarts, medisch specialist of wijkverpleegkundige | Premie verzekerde (basis + aanvullend) |
| Wlz | Zorgkantoor | CIZ | Loonbelasting en een inkomensafhankelijke premie |
| Wmo | Gemeente | Gemeente | Gemeentefonds |

1.5 WTZa

Zorginstellingen die zorg willen aanbieden op grond van de Zvw of de Wlz, en die voor vergoeding in aanmerking willen komen, moeten aan de eisen voldoen die zijn opgenomen in de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa). Deze heeft voornamelijk betrekking op goed bestuur. Zo zijn er eisen aan de inrichting van het bestuur van een zorgorganisatie, zoals het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan, en aan de financiële administratie. Ook bepaalt de wet in welke gevallen er winst mag worden uitgekeerd. Daarnaast zijn instellingen verplicht jaarlijks verantwoording af te leggen over de manier waarop het geld uit de Zvw en de Wlz wordt besteed.

Indien aan de eisen wordt voldaan, ontvang de zorginstelling een WTZa-toelating. Dit is ook een voorwaarde om geleverde zorg te declareren (zie onderdeel 2.5). Een WTZa-toelating is nodig als minimaal twee zorgverleners namens een instelling zorg leveren en op grond van de Zvw of Wlz aanspraak op vergoeding bestaat. De WTZa-toelating is niet nodig indien de zorg wordt betaald uit het pgb of als deze wordt geleverd door een onderaannemer. Ook is toelating niet nodig als de zorg uit de Wmo wordt bekostigd.

1.6 Toezicht houden op de zorg

Bij het toezicht op de zorg zijn verschillende instanties betrokken. De overheid is verantwoordelijk voor het gehele zorgstelsel en stelt vast aan welke eisen de zorg moet voldoen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) zijn hierbij de belangrijkste partijen. Hieronder worden de rol en taken per instantie, de regelgeving en de handhaving besproken.

NZa

De NZa is de marktmeester in de zorg. De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Hierbij staan de belangen van de burger centraal. Door de invoering van marktwerking hebben zorginstellingen en zorgverzekeraars meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Zij kunnen vrij onderhandelen over de prijs van zorg, waarbij regelgeving en vaste tarieven meer worden losgelaten. Als er belangen van de burger in het geding komen, kan de NZa ingrijpen. Bij belangen gaat het om toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit dit perspectief maakt de NZa regels en houdt het toezicht op zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dat toezicht voeren zij uit door onderzoek uit te voeren en door meldingen van consumenten te onderzoeken. De NZa kijkt of zorginstellingen en verzekeraars de wet naleven en stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat gereguleerd is. Voor een aantal sectoren bepaalt de NZa ook de prestaties en tarieven voor zorginstellingen.

De basis voor dit toezicht wordt gevonden in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Deze wet heeft als doel concurrentie en dus de marktwerking in de zorg te bevorderen. Zo bevat de Wmg regels over de prestaties van zorginstellingen en de tarieven die zij mogen rekenen. Ook regelt de Wmg het toezicht op de zorgmarkten.

IGJ

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is een Nederlandse overheidsinstantie. Het is onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De inspectie verzorgt het toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, medische producten en jeugdhulp. Hierbij komen alle sectoren van de gezondheidszorg systematisch en evenredig aan bod. Ook houdt de IGJ toezicht op calamiteiten naar aanleiding van meldingen en incidenten. De IGJ verricht ook thematische onderzoeken. Om erachter te komen waar zich sectorspecifieke risico's voordoen, ontwikkelt de IGJ prestatie-indicatoren aan de hand waarvan de kwaliteit van de zorgverlening kan worden getoetst. De IGJ legt de afgelopen jaren steeds vaker bezoeken op de werkvloer af.

De IGJ kondigt haar bezoeken in principe niet aan. Soms zet de inspectie hierbij ook zogenaamde mystery guests in. Dit zijn onderzoekers die zich voordoen als (een familielid van) een cliënt of patiënt.

ACM

De basis voor het toezicht houden van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) wordt gevonden in de Mededingingswet. Zorgverleners concurreren met elkaar. Zorgverzekeraars ook, maar deze partijen werken tegelijkertijd op vele manieren samen om de kwaliteit, doelmatigheid en innovatie in de zorg te verbeteren. Samenwerken mag als dat goed is voor patiënten en verzekerden. Bijvoorbeeld als de zorg hierdoor betaalbaar blijft of de kwaliteit beter wordt. De ACM geeft voorlichting aan verzekeraars en aanbieders over samenwerking die mogelijk is in de zorg.

Soms pakt een samenwerking niet goed uit. Bijvoorbeeld als zorginstellingen het aanbod onnodig beperken of prijsafspraken met elkaar maken. Als dat leidt tot minder keuze bij behandelingen of tot hogere zorgpremies voor de consument, dan treedt de ACM op.

Daarnaast doet de ACM regelmatig onderzoek naar de werking van de zorgmarkt. Het gaat hier om algemene marktstudies of sectoronderzoeken. Als zorginstellingen fuseren, controleert de ACM de gevolgen van de fusie voor patiënten en verzekerden. De ACM kan een fusie verbieden of voorwaarden stellen.

ACM: Omring voldoet aan voorwaarde overname Vrijwaard

FRITS BALTESEN, 1 JULI 2021

De zorginstellingen Omring en Vrijwaard in Den Helder mogen definitief samengaan. De zorginstellingen voldoen met de verkoop van de zorg en de activiteiten van drie verpleeghuizen aan de voorwaarde waaronder goedkeuring aan deze overname is gegeven, heeft de ACM donderdag bekendgemaakt.

De ACM keurt de verkoop van de drie verpleeghuizen aan AristoZorg goed. Daardoor blijft er in Den Helder de mogelijkheid voor ouderen en hun naasten om verpleeghuiszorg of dagactiviteiten te kiezen die bij hen passen, vindt de Autoriteit Consument & Markt.

1.7 Ontwikkelingen in de zorg

In de ‘Discussienota Zorg voor de toekomst’⁹ van VWS staat de vraag hoe de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg kan worden gewaarborgd, gelet op de uitdagingen die de komende jaren op ons afkomen. In de nota wordt opgemerkt dat iedereen in Nederland kan rekenen op goede gezondheidszorg, onafhankelijk van het inkomen. We hebben goede zorgprofessionals die de waarde van de cliënt voorop hebben staan. De effecten daarvan blijken uit internationale vergelijkingen op het gebied van de drie publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In dit onderdeel gaan we kort in op hoe Nederland ervoor staat en schetsen we een aantal maatregelen.

1.7.1 Hoe staat de zorg in Nederland ervoor?

Kwaliteit van zorg is hoog

De kwaliteit van zorg is hoog. Dat blijkt uit de relatief hoge levensverwachting en het relatief lage aantal sterfgevallen. Daarbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat de relatieve verschillen in gezondheid tussen groepen met een hoge en lage sociaal-economische status fors zijn. Ook zijn de verschillen in levensverwachting als gevolg van sociale ongelijkheid hoog.

De gevolgen van de hogere kwaliteit van zorg zijn goed zichtbaar in de sector verpleging en verzorging. De verwachting is dat er in 2030 ruim 2 miljoen ouderen van 75 jaar of ouder zijn (12% van de bevolking). In 2018 ging dit om ongeveer 1,4 miljoen ouderen (8% van de Nederlandse bevolking). Binnen de groep ouderen zal ook het aantal 85-plussers flink groeien, van ongeveer 375.000 in 2018 naar bijna 560.000 in 2030. Omdat ouderen relatief vaak zorg ontvangen, betekent de stijging van het aantal ouderen ook dat de vraag naar zorg zal toenemen. In de gehandicaptenzorg zien we dat vragen van mensen met een beperking complexer worden. In de praktijk is het lastig om een passende plek te vinden voor mensen die intensieve specialistische zorg nodig hebben.¹⁰

Tegenover de stijgende vraag naar zorg staat een groeiend tekort aan zorgverleners. Ook het aantal vrijwilligers en het aantal potentiële mantelzorgers neemt af. Daarnaast zien we een toenemende flexibilisering, doordat mensen die werkzaam zijn in de zorg bijvoorbeeld als zzp'er gaan werken, wat leidt tot hogere loonkosten.

Toegankelijkheid is goed, maar coördinatie is een aandachtspunt

Solidariteit is een van de belangrijkste pijlers; gezonde, jonge en rijke mensen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oude en arme mensen. Een aandachtspunt is nog wel de coördinatie van de juiste zorg. Uit onderzoek blijkt dat bijna een kwart van de volwassenen moeite heeft met het vinden van de juiste zorg.

Zorg is betaalbaar maar de kosten nemen toe

De uitgaven aan zorg zijn hoog en groeien harder dan de economie, mede door de hoge kwaliteit van zorg. In de periode 2017-2019 zijn de netto zorguitgaven 5,6% gegroeid, terwijl het BBP 4,8% is gegroeid. De verwachting is dat deze trend zich voortzet. Dat kan de houdbaarheid van de zorg onder druk zetten. Bovendien besteedt Nederland in vergelijking tot andere EU-landen veel aan langdurige zorg.

In de zorg ontstaat een steeds grotere kloof tussen de vraag naar zorg en mensen die zorg geven. De vraag is dan ook of de verwachtingen van de kwaliteit van de langdurige zorg niet moeten worden bijgesteld. Als er niet genoeg mensen zijn om zorg te leveren, houdt het een keer op (los van de betaalbaarheid). Het is de vraag of we het, in plaats van over recht op zorg, niet moeten hebben over de morele plicht die we allemaal hebben om bij te dragen aan de zorg.

1.7.2 Maatregelen om de kloof te dichten

Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) moeten inleveren en zijn vergaande aanpassingen in het pakket en verhogingen van eigen betalingen onvermijdelijk. We zien de volgende maatregelen om de kloof te dichten:

- **Preventie en gezondheid:** Er is een beweging nodig van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheidszorg en welbevinden. Hierbij gaat het om betere inbedding van preventie in de zorg, net als leefstijl en eigen regie, en inzet op een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek. Dat voorkomt dat er aanspraak wordt gedaan op dure zorg. Daarnaast wordt er veel ingezet op preventie. We zien de overheid steeds meer doen om de burgers gezonder, fitter en bewuster te laten worden. Ook de verzekeraar speelt hierop in door beloningen te geven voor een gezonde leefstijl.
- **Organisatie en regie:** Het gaat hier om het nog beter aansluiten van de zorg bij wat mensen echt nodig hebben en het vergroten van de doelmatigheid. Een goed voorbeeld is ‘de juiste zorg op de juiste plek’¹¹ die bestaat uit drie pijlers: (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom de mensen organiseren en zorg vervangen door slimme zorg waaronder digitalisering. Dat vergt samenwerking tussen alle betrokken partijen, over de traditionele domeinen en de regio’s heen. Een ander voorbeeld is ‘laag volume hoog complex’.¹² Dat is de verzamelnaam voor kleine, specifieke groepen cliënten met een complexe zorgvraag. Een gemiddelde zorgorganisatie heeft er misschien één of twee in huis. Ook voor deze cliënten moet de kwaliteit van zorg geborgd zijn. Het doel is om per doelgroep een landelijk dekkend netwerk te maken, zowel wat zorgaanbod betreft als kennis. Denk dan bijvoorbeeld aan cliënten met niet aangeboren hersenletsel of Korsakov.

Het betekent ook dat er wordt gekeken op welke wijze er meer zorg kan worden geleverd voor dezelfde, of het liefst lagere tarieven. Hier maken gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren afspraken over met de zorgaanbieders. Een voorbeeld is de wijkverpleging, waarbij de tarieven gebaseerd zijn op het doelmatig leveren van zorg.



In de regio Utrecht werken zorg- en welzijnsorganisaties samen aan proactieve ouderenzorg. In hun model staat de oudere centraal, vandaar de naam 'Om U'. Ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid worden vroegtijdig en gestructureerd in kaart gebracht. Na signalering van kwetsbaarheid inventariseren de professionals de wensen en behoeften van de oudere en zijn of haar omgeving. Indien nodig, en als de oudere dat wenst, krijgt hij of zij één contactpersoon die weet wat er speelt en wie er over de vloer komt. Medische en sociale zorg en ondersteuning worden in samenhang en vanuit een gedeelde visie op ouderenzorg geboden. De betrokkenen stemmen met elkaar en met de oudere af. Ook betrekken zij zoveel mogelijk het netwerk rondom de oudere. De behoeften en de wensen van de oudere zijn leidend.

Het behouden en waar mogelijk vergroten van de eigen regie en zelfredzaamheid van de oudere is een belangrijk onderdeel van de houding en werkwijze van professionals. Zorgverleners kennen elkaars expertise, hebben kennis van de sociale kaart en maken op wijkniveau afspraken over de samenwerking, consultatie en communicatie.

- **Vernieuwing en werkplezier:** Bij vernieuwing gaat het onder andere om innovatie en inzet van technologie. Technologie helpt ouderen en mensen met een beperking om hun eigen leven zo betekenisvol en zelfstandig mogelijk te leiden. Technologie is gericht op het realiseren van slimme oplossingen op diverse gebieden, waaronder wonen, werken, leren, taal en gezondheid. Dat kan bijvoorbeeld helpen om zorg persoonlijker en dichterbij huis of thuis te kunnen blijven verlenen. Vernieuwing is nodig om professionals meer ruimte te geven en hun werkplezier te bevorderen, zodat werken in de zorg aantrekkelijk is, instroom van medewerkers in de zorg te verhogen en uitstroom te beperken.



> REFLECTIEVRAGEN

1. Hoe wordt binnen de organisatie waar jij werkzaam bent gesignaleerd dat een cliënt een hogere indicatie nodig heeft?
2. Welke initiatieven zijn er binnen de organisatie wat betreft de juiste zorg op de juiste plek?
3. Hoe kijk jij aan tegen de houdbaarheid van de kwaliteit van zorg in relatie tot de betaalbaarheid?