

Effecten van implementatie van zorgzwaartepakketten

Wat het zwaarst is, moet het zwaarst wegen

Eindrapport

Naam

Eric Baank

Studentnummer

9710124

Datum:

27 augustus 2007

Opleiding

Technische Bedrijfskunde

Faculteit Management en Bestuur

Universiteit Twente in Enschede

In opdracht van

Stichting Zorgcentra de Betuwe in Culemborg

Samenvatting

In dit onderzoek worden de effecten van zorgzwaartebekostiging voor Stichting Zorgcentra de Betuwe (ZDB) onderzocht.

De zorgzwaartebekostiging is onderdeel van de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De overheid mikt met deze bekostigingsmethode op meer transparantie in de AWBZ. Dit is noodzakelijk om de gewenste markwerking te realiseren en een vraaggestuurd zorgaanbod te realiseren. Daarbij zullen alle partijen in de AWBZ dezelfde taal spreken en zorg gaan uitdrukken in zorgzwaartepakketten (ZZP's).

De grootste impact is voor de zorgaanbieders. Bij de in te voeren zorgzwaartebekostiging krijgen zorgaanbieders geen vaste vergoeding voor capaciteit van hun instelling zoals nu het geval is maar alleen een variabele vergoeding gebaseerd op de zorgwaarde van cliënten. Deze zorgwaarde wordt voor de sector verzorging en verpleging van de AWBZ uitgedrukt in 10 verschillende ZZP's. Deze 10 ZZP's verschillen in samenstelling en omvang met betrekking tot de vereiste zorg. Daarbij krijgt iedere cliënt een van deze 10 ZZP's toegekend. En bij elke van deze ZZP's hoort een apart tarief.

De gevolgen voor de samenwerking tussen zorgkantoor en zorgaanbieder van deze bekostiging wordt gedomineerd door een toename van de transactiekosten. Dit resulteert in een zorgkantoor dat zich meer zal willen bemoeien met de invulling van de ZZP's. Door hier op strategisch niveau op in te spelen kunnen de risico's hiervan worden beperkt.

Op strategisch niveau komt een instelling voor een keuze te staan of zij zich wil gaan richten op een of enkele ZZP's of juist voor een breder aanbod te kiezen. Voor ZDB is het verstandig te kiezen voor een breder aanbod van ZZP's omdat het risico van beperkte marktvraag vermindert en de volledige mogelijkheden van sturing kunnen worden benut om de werkdruk op gewenst niveau te houden.

Op operationeel niveau zullen maatregelen moeten worden genomen om te voorkomen dat de werkelijke zorgvraag afwijkt van de zorgomvang in de geïndiceerde ZZP. Dit kan worden bereikt door de cliëntgebonden medewerkers bewust te maken van de gevolgen van een afwijkende zorgwaarde. Medewerkers zullen hiervoor een gedegen training moeten krijgen om de ZZP te kunnen herkennen. Daarnaast moeten medewerkers ook worden gestimuleerd om actief de zorgwaarde te monitoren.

De effecten van zorgzwaartebekostiging zorgen voornamelijk voor een groter financieel risico voor de zorgaanbieder, maar bieden ook de mogelijkheid om de inzet van personeel en middelen te rechtvaardigen.

Abstract

This report will explore the effects of funding based on indexed care for the Foundation Zorgcentra de Betuwe (ZDB).

Funding based on indexed care is part of the renewal of the Dutch Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). The Dutch government aims to create more transparency within the AWBZ by this funding scheme. This is necessary to achieve the goal of a free market system and demand based care production. Therefore all parties in the AWBZ will need to speak the same language and express the healthcare they supply in the indexed care packages (ZZP's).

The biggest impact is for the healthcare providers. In contrast to the old funding system, where the healthcare providers received a fixed fee based on the capacity of their institution, they will now receive funding based on indexed care. They will now receive a variable fee based on the indexed care of their clients. In the sector of Elderly Healthcare of the AWBZ the indexed care will be expressed in 10 different ZZP's. The 10 different ZZP's vary with respect to the arrangements and size of care needed by clients. Therefore every client will be assigned one of the 10 ZZP's. Every ZZP represents a different fee to be collected by the healthcare provider.

The effects of this funding scheme on the organizational relationship between the regional health office and the healthcare provider will be dominated by the increase of transaction costs. This will empower the health office, who will be able to increase its influence on the healthcare providers. By strategically anticipating on this development, risks can be avoided and opportunities identified.

Strategies can be identified for the healthcare providers on both strategic and operational level. On a strategic level, the healthcare provider can choose between focussing on a few ZZP's or supplying a diverse set of ZZP's. For ZDB a diverse supply of ZZP's is the recommended choice because this limits the risk of being unable to meet the demand from the market and enables a better control of the foundation's workload .

On the operational level, strategies will be necessary to ensure that the indexed care does not deviate from the actual care supplied. This can be accomplished by making employees of ZDB aware of the consequences of a deviation between measured care and actual care. ZDB's employees should be educated on this point to recognize the ZZP's. Next to this, they could be stimulated to actively monitor the care needed by clients in relation to the indexed care.

The effects of funding based on indexed care will primarily increase financial risk for healthcare providers but will also create the opportunity to justify deployment of personnel and resources.

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	3
Inhoud.....	4
Voorwoord	6
Inleiding	7
1. AWBZ en ZZP	8
1.1. Introductie	8
1.2. AWBZ, de huidige situatie	9
1.2.1. Volksverzekering.....	9
1.3. Partijen in de AWBZ	9
1.3.1. Overheid	9
1.3.2. Zorgvragers	9
1.3.3. Zorgaanbieder	10
1.3.4. Zorgkantoor	10
1.3.5. CIZ.....	11
1.3.6. De zorgketen	12
1.3.7. Bekostiging	13
1.4. Modernisering van AWBZ	14
1.4.1. Modernisering	14
1.4.2. Achtergrond en doelstelling van de modernisering van de AWBZ	15
1.4.3. Samenstelling van ZZP	17
1.4.4. Van ZZP naar concrete zorg.....	18
1.4.5. Prikkels door het zorgkantoor	18
1.5. Verschillen huidige situatie en situatie met ZZP's	19
1.6. Gevolgen van Zorgzwaarte Pakketten.....	20
1.6.1. Positieverbetering cliënt.....	20
1.6.2. Eén maat	20
1.6.3. Financiële consequenties.....	20
2. Zorgcentra de Betuwe.....	22
2.1. Missie.....	22
2.2. Visie.....	22
2.3. Doelgroep	22
2.4. Plaats.....	23
2.5. Product.....	23
2.6. Personeel.....	23
2.7. Management	24
2.8. Cultuur	25
2.9. Productiecijfers.....	25
2.10. Concurrenten	26
3. Onderzoeksofzet en aanleiding	27
3.1. Probleemstelling	27
3.2. Onderzoeksvragen	27
3.3. Probleemhebbbers	28
3.4. Methodologie.....	30
4. Theoretisch kader	31
4.1. Inleiding	31
4.2. Samenwerking in een keten	33
4.3. Waardecreatie door samenwerking.....	33
4.3.1. Samenvattend	35

4.4.	Transactie kosten en SCM	35
4.5.	Transactiekosten	36
4.6.	Analyse van Transactiekosten.....	36
4.7.	SCM en Transactiekosten	37
4.7.1.	Samenvattend	38
4.8.	Organisatie van transacties	39
4.8.1.	Samenvattend	40
4.9.	Implementatieproces.....	40
4.9.1.	Introductie	40
4.9.2.	Definitie	40
4.9.3.	Fasen van implementatie	41
4.9.4.	Samenvattend	42
5.	Resultaten van Analyse	43
5.1.	Samenwerking in de keten	43
5.2.	Transactie kosten en Supply Chain Management.....	45
5.3.	Transactiekosten en gedrag	46
5.4.	Supply Chain Management en Transactiekosten.....	48
5.5.	Structuur van verticale coördinatie.....	49
5.6.	Operationele analyse	52
5.6.1.	Financieel risico	52
5.6.2.	Aanbod afstemmen op zorgvraag	52
5.6.3.	Mogelijkheden	54
5.6.4.	Beperking van ZZP's.....	54
5.7.	Kernresultaten.....	55
6.	Oplossingsmogelijkheden	57
6.1.	Belemmerende en bevorderende factoren van ZZP's	57
6.2.	Oplossingen strategisch niveau.....	58
6.2.1.	Focus op een of enkele ZZP	58
6.2.2.	Diversificatie van ZZP	60
6.2.3.	Hybride vorm.....	62
6.3.	Operationele strategie	63
6.4.	Toetsing aan het theoretisch kader	66
6.4.1.	Toetsing focus strategie	66
6.4.2.	Toetsing Diversificatie strategie	69
6.4.3.	Toetsing Hybride Vorm	73
7.	Conclusie en Aanbevelingen.....	74
7.1.	Strategisch niveau	74
7.2.	Operationeel niveau	76
	Referenties.....	80
Bijlage I	Interview met H. Bolhuis	83
Bijlage II	Interview met T. Dijkman.....	90
Bijlage III	Interview met C. Kasbergen	95
Bijlage IV	Interview met J. van de Water	101
Bijlage V	Interview met P. Vendeloo	108
Bijlage VI	Omzet van afdelingen	112
Bijlage VII	Verdeling van zorgzwaarte	113
Bijlage VIII	Zorgzwaarte totalen	114
Bijlage IX	Concurrenten van Zorgcentra de Betuwe.....	115
Bijlage X	ZZP Score December 2006	116

Voorwoord

In de periode maart 2007 tot en met juni 2007 heb ik bij Stichting Zorgcentra de Betuwe in Culemborg mijn afstudeeropdracht uitgevoerd voor mijn opleiding Technische Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente te Enschede. De opdracht bestond uit het onderzoeken van de effecten van de zorgzwaartebekostiging voor deze stichting en advies te geven omtrent hoe in te spelen op deze effecten.

Deze scriptie is het resultaat van dit onderzoek en kwam tot stand door een literatuurstudie, interviews met diverse personen en bedrijfskundige analyses waarbij ik gebruik heb gemaakt van de vaardigheden opgedaan tijdens mijn opleiding. Hierbij is gebruik gemaakt van geschreven en elektronische media, bedrijfsdocumentatie en literatuur. Daarnaast heb ik op de locatie Beatrix met diverse medewerkers gesproken.

In vijf verschillende interviews heb ik veel informatie gekregen over de werking van de AWBZ in de praktijk. Daarbij hebben de geïnterviewden hun visie gegeven op de verschillende effecten van de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om deze mensen te bedanken voor de tijd die ze hebben willen vrij maken voor het geven van deze interviews.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die op welke wijze dan ook heeft geholpen bij het tot stand komen van dit verslag. Een aantal personen wil ik graag bij naam noemen. Mijn uitdrukkelijke en hartelijke dank gaat uit naar Christa Kasbergen, mijn begeleidster bij ZDB. En natuurlijk ook mijn begeleiders van de Universiteit Twente, mevrouw J. M. Hummel en de heer H.G. Bijker ben ik zeer erkentelijk voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Enschede, 31 juli 2007

Eric Baank

Inleiding

Op 1 januari 2008 zal door een aanpassing in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de manier van bekostigen veranderen voor aanbieders van intramurale zorg. Deze zorgaanbieders ontvangen dan een vergoeding gebaseerd op de zorgwaarde van hun cliënten. Stichting Zorgcentra de Betuwe is zo'n zorgaanbieder. Zij heeft opdracht gegeven voor dit onderzoek omdat zij wil weten wat de effecten van deze bekostiging naar zorgwaarde zijn, en wat zij moet doen om deze methode te implementeren.

Dit onderzoek heeft dan ook tot doel antwoord te geven op de vraag:
Wat zijn de effecten van de zorgwaartebekostiging voor zorgcentra de Betuwe en wat moet zij doen om dit te implementeren?

In dit onderzoeksverslag worden dus de effecten van de zorgwaartebekostiging onderzocht. In hoofdstuk 1 wordt uitgelegd wat er verandert door de huidige situatie en de nieuwe situatie te beschrijven. In hoofdstuk 2 wordt Stichting Zorgcentra de Betuwe beschreven om een beeld te krijgen van de zorgaanbieder waarvoor dit onderzoek wordt uitgevoerd. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de methodologie van dit onderzoek besproken om aan te geven hoe dit onderzoek is uitgevoerd. In hoofdstuk 3 wordt de probleemdefinitie gegeven en worden de probleemhebbers besproken om het probleem af te bakenen. In hoofdstuk 4 wordt het theoretisch kader behandeld om een analyse te kunnen uitvoeren. Hoofdstuk 5 bespreekt de resultaten van de analyse en hoofdstuk 6 geeft oplossingsmogelijkheden voor het probleem. Tenslotte worden in hoofdstuk 7 conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan om de implementatie van de zorgwaartebekostiging te realiseren.

1. AWBZ en ZZP

1.1. Introductie

In dit onderzoek staat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) centraal. In deze wet wordt de vergoeding van bijzondere ziektekosten geregeld zoals bijvoorbeeld het verblijf in een verpleeghuis of verzorgingshuis. De overheid heeft besloten dat de AWBZ gemoderniseerd moet worden.

Bij de uitvoering van deze wet zijn verschillende partijen betrokken, zij hebben allen een andere rol. De modernisering van de AWBZ heeft gevolgen voor de partijen in de AWBZ en hun onderlinge relaties. Eén van die partijen is Stichting Zorgcentra de Betuwe (ZDB). Om na te gaan wat de gevolgen van de modernisering van de AWBZ zijn voor deze partij, zal een analyse worden uitgevoerd. Daarbij is het noodzakelijk om dit niet te beperken tot alleen ZDB. Ook haar relaties met de andere partijen zijn van belang om een goed beeld te krijgen van de consequenties van de modernisering. De relaties tussen deze partijen is belangrijk voor het realiseren van zorg die gefinancierd wordt uit deze verzekering.

De modernisering van de AWBZ kan dus als aanleiding gezien worden voor dit onderzoek. Deze modernisering behelst een aantal veranderingen, en één daarvan is de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Dit onderzoek richt zich specifiek op dit onderdeel van deze modernisering en wordt uitgevoerd voor Stichting Zorgcentra de Betuwe (ZDB). ZDB krijgt te maken met een aantal consequenties ten gevolge van de modernisering van de AWBZ en met name van de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Ook zij zal zorgzwaartepakketten (ZZP's) moeten gaan gebruiken als schaal voor zorgzwaarte van haar cliënten en zij zal worden geconfronteerd met mogelijke financiële en operationele consequenties.

De resultaten van dit onderzoek zullen worden gebruikt om Stichting Zorgcentra de Betuwe advies te geven met betrekking tot deze consequenties en de daarbij te nemen strategische beslissingen. Omdat deze zorgaanbieder een schakel is in de AWBZ keten, zullen de effecten van de implementatie van de zorgzwaartebekostiging voor deze organisatie dan ook onderzocht moeten worden in relatie tot de andere partijen in de AWBZ keten. Met deze analyse van de effecten van de zorgzwaartebekostiging zal het voor ZDB mogelijk zijn om adequaat in te spelen op de kansen en bedreigingen die deze verandering met zich mee brengt.

In dit eerste hoofdstuk zal duidelijk worden gemaakt wat er verandert en waarom. Daarbij komen de doelstellingen van de overheid bij deze modernisering aan bod. Hierdoor wordt de relatie met ZZP's duidelijk evenals hun functie in de AWBZ. Daarnaast bespreekt dit hoofdstuk de partijen in de AWBZ en het veranderen van hun rollen door de modernisering van de AWBZ. Stichting Zorgcentra de Betuwe (ZDB) zelf wordt beschreven in hoofdstuk 2.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: paragraaf 1.2 bespreekt de huidige AWBZ zonder zorgzwaartebekostiging en ZZP's. In paragraaf 1.3 worden de verschillende partijen in de AWBZ uitgebreid onder de loep genomen. Paragraaf 1.4 bespreekt de modernisering van de AWBZ en in dit verband vindt introductie van de ZZP's plaats. In paragraaf 1.5 worden de verschillen tussen het huidige en het nieuwe systeem op een rij gezet. In paragraaf 1.6 wordt stilgestaan bij de gevolgen van de invoering van ZZP's.

1.2. *AWBZ, de huidige situatie*

1.2.1. *Volksverzekering*

De AWBZ is een sociale- of volksverzekering, een verplichte verzekering gefinancierd door premies in te houden op de inkomsten van burgers in Nederland. De verzekering dekt de gehele bevolking tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Van bijzondere ziektekosten is sprake als de geneeskundige risico's niet door de reguliere ziektekostenverzekering gedekt zijn, zoals verblijf in een verpleeghuis of in een instelling voor gehandicapten. [1, blz. 13].

De AWBZ is ingedeeld in drie verschillende sectoren: gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en de verpleging en verzorging. Dit onderzoek is gericht op de sector verzorging en verpleging omdat de opdrachtgever actief is in deze sector. Deze sector levert voornamelijk ouderenzorg binnen de muren van de instelling.

1.3. *Partijen in de AWBZ*

In de AWBZ wettekst wordt verwezen naar een aantal partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van deze wet. In deze paragraaf worden deze partijen en hun rol in de AWBZ besproken. Daarbij worden hun taken en verantwoordelijkheden beschreven.

1.3.1. *Overheid*

De overheid wordt in de AWBZ vertegenwoordigd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en een drietal andere partijen. Daarbij is het ministerie van VWS eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Aan het hoofd van dit ministerie staan de minister en staatssecretaris. Zij ontwikkelen het beleid voor deze verzekering. Daarbij krijgen zij advies van drie zelfstandige bestuursorganen. Dit zijn: het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). De primaire taken die het CVZ uitvoert voor de AWBZ is het beheren van het fonds, zij int premies en doet betalingen uit dit fonds. Daarnaast berekent zij de budgetten voor verzekeraars. Het CBZ heeft als taak initiatieven voor nieuw- of verbouw van ziekenhuizen en andere zorginstellingen op bouwkundige aspecten te beoordelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft de rol van toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De Nza houdt toezicht op zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder. Zij streeft daarbij naar het creëren van voorwaarden voor marktwerking en de handhaving ervan. Daarnaast richt de Nza zich op de beheersing van de macrokosten via bekostiging van zorgaanbieders en het bewaken van een goede uitvoering van de verzekeringswetten in de zorg. Een belangrijk instrument daarbij is het vaststellen en goedkeuren van tarieven voor zorgverlening.

1.3.2. *Zorgvragers*

Zorgvragers of cliënten worden in dit verslag gedefinieerd als personen met een zorgbehoefte. Dit zijn doorgaans personen die in Nederland wonen en daarom verzekerd zijn volgens de AWBZ. De kosten gemaakt om in hun zorgbehoefte te voorzien worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Zorgvragers hebben de taak de zorgaanbieder te kiezen en de zorg te consumeren.

Daarvoor hebben zorgvragers de mogelijkheid om te kiezen uit enerzijds een Persoonsgebonden Budget (PGB) en anderzijds zorg in natura. Met een PGB kunnen de zorgvragers zelf de zorg inkopen. Bij zorg in natura wordt dit door het zorgkantoor gedaan. Ook bij zorg in natura kunnen zorgvragers kiezen tussen verschillende zorgaanbieders en verschillende vormen van zorgverlening. Daarbij is

het aannemelijk dat zorgvragers zullen kiezen voor het aanbod dat het beste aansluit op hun zorgbehoefte. Dit aanbod wordt steeds groter; zo zullen in de toekomst cliënten ook de mogelijkheid krijgen om een volledig zorgpakket thuis te laten verzilveren, als dit tot de mogelijkheden behoort [4, blz. 25]. Nu kan een zorgvrager hiervoor alleen terecht bij een zorgaanbieder.

Bij het selecteren van een zorgaanbieder is het niet alleen de zorgvrager die beslist. In veel gevallen worden de zorgvragers bijgestaan door familieleden, daardoor wordt ook de voorkeur van deze familieleden beslissend voor de selectie van een zorgaanbieder. Deze familieleden vertegenwoordigen vaak de belangen van de zorgvrager omdat deze vaak niet in staat zijn zelfstandig tot een afgewogen beslissing te kunnen komen [Bijlage I vraag 26]. Dit betekent dat bij de selectie niet alleen de voorkeur van de cliënt zelf doorslaggevend is voor de keuze voor een specifieke zorgaanbieder.

1.3.3. Zorgaanbieder

In de AWBZ zijn verschillende soorten zorgaanbieders actief. De sector verzorging en verpleging in de AWBZ bestaat uit aanbieders zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen. De zorgaanbieders hebben als taak te voorzien in de zorgbehoefte van de zorgvrager. Dit doen ze door zorg aan te bieden. De verschillende soorten instellingen zijn vaak gespecialiseerd in een bepaalde type zorg. De omvang van de zorg die een zorgaanbieder kan aanbieden (tegen vergoeding) is aan banden gelegd door de gemaakte productieafspraken met het zorgkantoor. In deze afspraken zijn naast afspraken over hoeveelheden ook afspraken gemaakt over prijs (vergoeding voor zorg) en kwaliteit

1.3.4. Zorgkantoor

De zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de AWBZ zorglevering aan de zorgvrager. In de praktijk is dit in Nederland georganiseerd door Nederland op te delen in 32 regio's. Voor iedere regio is één zorgverzekeraar gemandateerd die de rol van zorgkantoor op zich neemt. Dit zorgkantoor exploiteert de regio namens alle AWBZ verzekeraars. Dit betekent dat alle verzekerden in een regio zich voor AWBZ zorg melden bij die gemandateerde zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar wordt het zorgkantoor genoemd. Zorgvragers zijn per regio dus afhankelijk van die ene zorgverzekeraar die de titel zorgkantoor heeft. Dit is een vreemde constructie omdat van marktwerking op deze manier geen sprake is. Zorgvragers kunnen niet overstappen als het zorgkantoor slecht zorg inkoopt. Ook blijken de zorgverzekeraars individueel niet verantwoordelijk te zijn door deze mandaat constructie. Daarnaast is toezicht door de overheid op de wijze waarop het zorgkantoor haar taken uitvoert niet goed mogelijk.[4, blz. 31]

Desondanks bestaat er een zorgkantoor. Dit zorgkantoor heeft globaal de volgende 3 taken [6, blz. 6]:

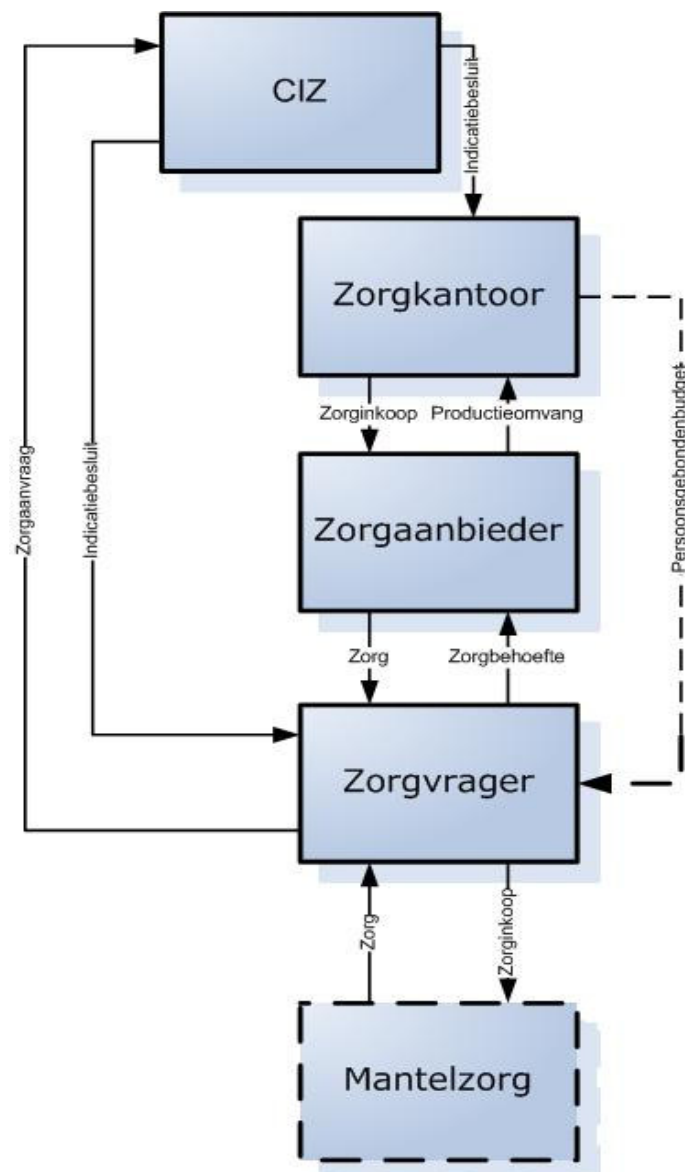
- ❖ Organiseren van processen naar cliënten zoals de informatievoorziening, bemiddeling bij keuze voor zorgaanbieder
- ❖ Doelmatige inkoop van zorg binnen de kaders van de beschikbare financiële middelen. De zorg moet kwalitatief in orde zijn en aansluiten bij de behoefte van cliënten in de regio.
- ❖ Toezien op rechtmatige besteding van de AWBZ middelen door verantwoording te vragen aan zorgaanbieders over de geleverde zorg.

Deze taken zijn gerelateerd aan het inkopen van zorg voor verzekerden in een regio, en het begeleiden van de cliënt bij zijn keuze. De zorgkantoren worden eens per jaar

beoordeeld op hun functioneren door de Nza. Het zorgkantoor loopt alleen financieel risico over de beheerskosten. Dit zijn de kosten voor het organiseren van de zorginkoop voor de regio. Over de kosten van zorglevering wordt geen risico gelopen, die komt voor rekening van de AWBZ-gelden.

1.3.5. CIZ

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is indicatiesteller en heeft als taak overconsumptie te voorkomen. Het stellen van een indicatie is het maken van een inschatting van de AWBZ zorgbehoefte van een cliënt. Het CIZ doet dit op een landelijk uniforme, onafhankelijke en objectieve manier. Dit levert een rechtsgeldig besluit dat de zorgbehoefte van de cliënt weergeeft. Dit indicatiebesluit wordt naar de cliënt en naar het zorgkantoor gestuurd. Het zorgkantoor zal vervolgens de cliënt begeleiden naar een zorgaanbieder. En de zorglevering kan gestart worden.



Figuur 1 : Relatie tussen partijen in de AWBZ zorgketen

1.3.6. De zorgketen

In de vorige paragraaf zijn de partijen in de AWBZ besproken en in deze paragraaf komt de relatie tussen deze partijen die de AWBZ uitvoeren aan de orde. Figuur 1 is een schematische weergave van de keten voor zorg geregeld in de AWBZ en geeft de relatie tussen partijen in de AWBZ weer. De overheid is niet opgenomen in het figuur omdat zij alleen voorwaarden schept voor de uitvoering van deze wet.

Indicatieonderzoek

De keten start als de zorgvrager denkt in aanmerking te komen voor AWBZ zorg. De zorgvrager doet dan een zorgaanvraag bij het CIZ. Het CIZ voert vervolgens een indicatieonderzoek uit. Voordat een zorgvrager naar een zorgaanbieder kan moet dus eerst vastgesteld worden wat de zorgbehoefte is van de zorgvrager. Dit onderzoek stelt objectief vast of er aanspraak op zorg bestaat. De zorgbehoefte van de zorgvrager wordt geïndiceerd aan de hand van de volgende factoren [2, blz. 5]:

- ❖ de aard van de aandoening, beperking of handicap;
- ❖ of de omgeving kan worden aangepast, of er een passend hulpmiddel is om de problematiek te verhelpen;
- ❖ of er algemene en toegankelijke, landelijk beschikbare en voorliggende voorzieningen die in de zorgbehoefte kunnen voorzien, bijvoorbeeld op de terreinen van welzijn, onderwijs en arbeidsintegratie;
- ❖ of de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs op de gevraagde zorg is aangewezen. Hieronder valt ook dat meegewogen wordt wat gebruikelijk is in de zorg van mensen voor elkaar.
- ❖ of er mantelzorgers zijn die nu in een deel van de zorgbehoefte voorzien, deze zorg zal namelijk niet worden vergoed vanuit de AWBZ

Indicatiebesluit

Het resultaat van het indicatieonderzoek is een indicatiebesluit. Dit indicatiebesluit hoort binnen maximaal 6 weken tot stand te komen na de zorgaanvraag. Het is mogelijk hiertegen beroep aan te tekenen wanneer de zorgvrager het niet eens is met de gestelde indicatie. In dat geval kan een herindicatie plaatsvinden.

Een indicatiebesluit afkomstig van het CIZ bestaat uit de volgende elementen, en persoonsgebonden is:

- ❖ algemene gegevens van zorgvrager
- ❖ overzicht van het profiel van de zorgvrager, beperkingen en grondslag
- ❖ geldigheidsduur van de indicatie
- ❖ indicatie met of zonder verblijf

Met dit indicatiebesluit gaat de zorgvrager naar het zorgkantoor. De zorgvrager kan daar kiezen voor een Persoonsgebonden Budget (PGB) of zorg in natura. De keuze voor een PGB is alleen mogelijk bij extramurale zorg. Kiest de zorgvrager voor een PGB dan koopt de zorgvrager zelf de zorg in. Kiest de zorgvrager voor zorg in natura dan kan de zorgvrager met zijn indicatiebesluit op zoek naar een zorginstelling met een passend zorgaanbod. Dit kan de zorgvrager zelfstandig doen of onder begeleiding van het zorgkantoor in de regio. De zorgvrager beslist dus zelf welke zorgaanbieder hij kiest. Om tot een keuze te komen moet de zorgvrager dus toegang hebben tot betrouwbare informatie. Hiervoor worden op dit ogenblik enkele bronnen ontwikkeld in opdracht van de overheid, zoals bijvoorbeeld een website [24] waarop verschillende zorgaanbieders vergeleken kunnen worden. Het zorgkantoor moet uiteraard wel een productieafspraken hebben gemaakt met de zorgaanbieder die gekozen wordt, anders wordt de zorglevering niet vergoed en kan deze niet

plaatsvinden. Overigens is de mate waarin zorgaanbieders en zorgkantoren rekening moeten houden met de wensen van cliënten in hun aanbod niet wettelijk geregeld. De overheid gaat ervan uit dat marktwerking zal leiden tot vraagsturing.[2, blz. 6] Deze vraagsturing hoort in te spelen op de wensen van de cliënt.

Functies en indicatie

Om een keuze te kunnen maken tussen verschillende aanbieders zijn de indicaties uitgedrukt in algemene termen. Hiervoor zijn in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) zeven verschillende functies globaal beschreven. Dit zijn de functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding¹, activerende begeleiding², behandeling en verblijf. Deze functies worden uitgedrukt in klassen, dit zijn tijdseenheden oftewel hoeveelheden zorg waar de cliënt gemiddeld aanspraak op kan maken.

Het gebruik van functies om een zorgaanspraak vast te leggen moet volgens de overheid dus leiden tot een aanspraak die bruikbaar is in de gehele AWBZ. Dit betekent dat de aanspraken niet³ zijn gebonden aan een bepaald type instelling. Het globaal beschrijven van functies creëert volgens de overheid dus meer flexibiliteit. Het gewenste effect van deze flexibiliteit is dat beter voorzien wordt in de zorgvraag van de cliënt en dat deze een versterkte positie krijgt [2, blz. 1]. Een voorbeeld van deze flexibiliteit is een licht dementerende die hierdoor in een begeleidende woonvorm van zorg voorzien kan worden in plaats van in een traditionele verpleeghuisvorm.

1.3.7. Bekostiging

In het huidige bekostigingssysteem ontvangen zorgaanbieders een vergoeding begrensd door een vooraf bepaald budget. Dit budget wordt ook wel de aanvaardbare kosten genoemd. Dit geeft aan hoeveel elke instelling jaarlijks mag uitgeven.

Het budget is dus de bestedingsruimte van de zorgaanbieder in een bepaald jaar. Het budget bevat globaal twee soorten kosten: productiegebonden en capaciteitsgebonden kosten. De capaciteitsgebonden kosten worden bepaald door capaciteitskenmerken van de zorgaanbieder, zoals bijvoorbeeld het aantal bedden. Door het aantal bedden te vermenigvuldigen met het door de Nza vastgestelde tarief worden deze capaciteitsgebonden kosten van het budget berekend. Dit zijn dus kosten die vooraf vast liggen.

De productiegebonden kosten worden bepaald aan de hand van regels voor de AWBZ sector, zoals bijvoorbeeld een vergoeding per verpleegdag. Deze tweede kostensoort van het budget is afhankelijk van de productieafspraken met het zorgkantoor. Deze zijn bepaald voor bijvoorbeeld het aantal verpleegdagen voor somatische cliënten. Daarmee zijn productiegebonden kosten dus een variabele kostensoort.

Het zorgkantoor en de zorgaanbieder bepalen in de productieafspraken volume- en prijsafspraken bij de capaciteits- en productiegebonden kosten. Door het declareren van de productie (volume maal tarief) zal het budget worden opgevuld. Budget

¹Ondersteunende activiteiten in verband met een gezondheidsprobleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid.

²Activiteiten gericht op herstel of het voorkomen van verergering van een gezondheidsbeperking en het ondersteunen van het omgaan met de gevolgen van een gezondheidsbeperking.

³Voorheen werd in een toewijzing de sector genoemd en het type instelling die de zorg moest verstrekken.

overschrijdingen zijn voor rekening van de zorgaanbieder zelf. [3, blz. 11] Bij het declareren van de productie gaat het dus om een bedrag per bed en per dag verpleging. Door de invoering van zorgzwaartebekostiging verdwijnt op termijn de vergoeding van capaciteit en wordt dit opgenomen in een variabel tarief gekoppeld aan de zorgzwaarte van een cliënt.

1.4. Modernisering van AWBZ

De overheid heeft besloten tot modernisering van de AWBZ. Het doel van de modernisering van de AWBZ is de omslag van aanbod- naar vraagsturing te bevorderen. In deze paragraaf wordt de modernisering van de AWBZ besproken. In paragraaf 1.4.1 worden enkele onderdelen van deze modernisering besproken. Vervolgens worden in paragraaf 1.4.2 de achtergrond en de beoogde doelstelling van de overheid met deze modernisering besproken. Een belangrijk onderdeel van de modernisering van de AWBZ is de invoering van zorgzwaartebekostiging door middel van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Onder het Kabinet Balkenende II, heeft de staatssecretaris van VWS, drs. Clémence Ross-van Dorp deze zorgzwaartebekostiging ontwikkeld en deels ingevoerd. [7]. De invoering van ZZP's is onderwerp van dit verslag en op dit deel van de modernisering van de AWBZ zal worden geconcentreerd. In het resterende deel van dit hoofdstuk wordt deze zorgzwaartebekostiging verder uitgelegd.

1.4.1. Modernisering

De NZa [4, blz. 19] stelt in haar onderzoek dat de overheid van mening is dat het effectiever is wanneer de uitvoerder meer door de klant en minder door de overheid tot een doelmatige uitvoering en meer kwaliteit wordt aangespoord. Om dit te kunnen bereiken zijn de ontwikkelingen in de AWBZ er op gericht om meer keuzemogelijkheden te creëren voor de zorgvrager.

Het scheiden van wonen en zorg is daarbij een belangrijk onderwerp en leidt tot een vergroting van de keuzemogelijkheid tussen verschillende leveranciers van zorg. Het wonen kan zo aan woningcorporaties worden overgelaten en de zorgaanbieders kunnen zich concentreren op het leveren van zorg. Er wordt dan alleen voor de zorg betaald met AWBZ gelden en het wonen wordt door de cliënt zelf betaald, hierdoor ontstaat meer aanbod van zorg. Daarmee groeit het aantal keuze-mogelijkheden. Ook de invoering van een indicatie opgebouwd uit functies voor aanbieders in de AWBZ heeft tot doel dit aantal keuze-mogelijkheden te vergroten. Met de zorgbehoefte beschreven in deze 7 functies ligt vooraf namelijk niet meer vast welke zorgaanbieder de cliënt van zorg voorziet. Zo heeft de cliënt de mogelijkheid te kiezen. Dit staat op het punt te worden uitgebreid door cliënten met een functie verblijf de volledige AWBZ zorg thuis te laten ontvangen, als de situatie dat toestaat. [4, blz. 25]

Een andere belangrijke aanpassing is de overheveling van de functie huishoudelijke verzorging naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO omvat activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Gemeenten zijn hiermee verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van deze wet en de functie huishoudelijke verzorging. Dit moet leiden tot een betere aansluiting op de behoefte van mensen die zelfstandig willen wonen en leven. Het is de opvatting van de overheid dat de AWBZ hier onvoldoende op toegerust is. [8, blz. 3]. Het effect hiervan zal moeten zijn dat er meer cliënten thuis zorg kunnen gaan ontvangen en er een betere aansluiting is tussen ouderenzorg en gemeentelijk beleid. Een ander effect is dat de AWBZ bestedingen meer gericht worden op zorgkosten en zo min mogelijk op ondersteunde voorzieningen. Daarnaast hoopt de

overheid dat door de invoering van de WMO het aantal mantelzorgers zal groeien omdat deze wet de ondersteuning voor de groep zorgverleners wettelijk regelt.

Een andere maatregel die ervoor zorgt dat cliënten langer thuis kunnen wonen is het persoonsgebonden budget (het PGB). Deze is op dit ogenblik alleen geschikt voor extramurale geïndiceerde zorg. Er wordt op dit ogenblik gewerkt aan een PGB regeling waarbij een zorgvrager die een indicatie voor intramurale zorg heeft en deze zorg extramuraal willen gebruiken. [4, blz. 6]. De planning is deze regeling gelijktijdig met de invoering van de zorgzwaartebekostiging te realiseren.

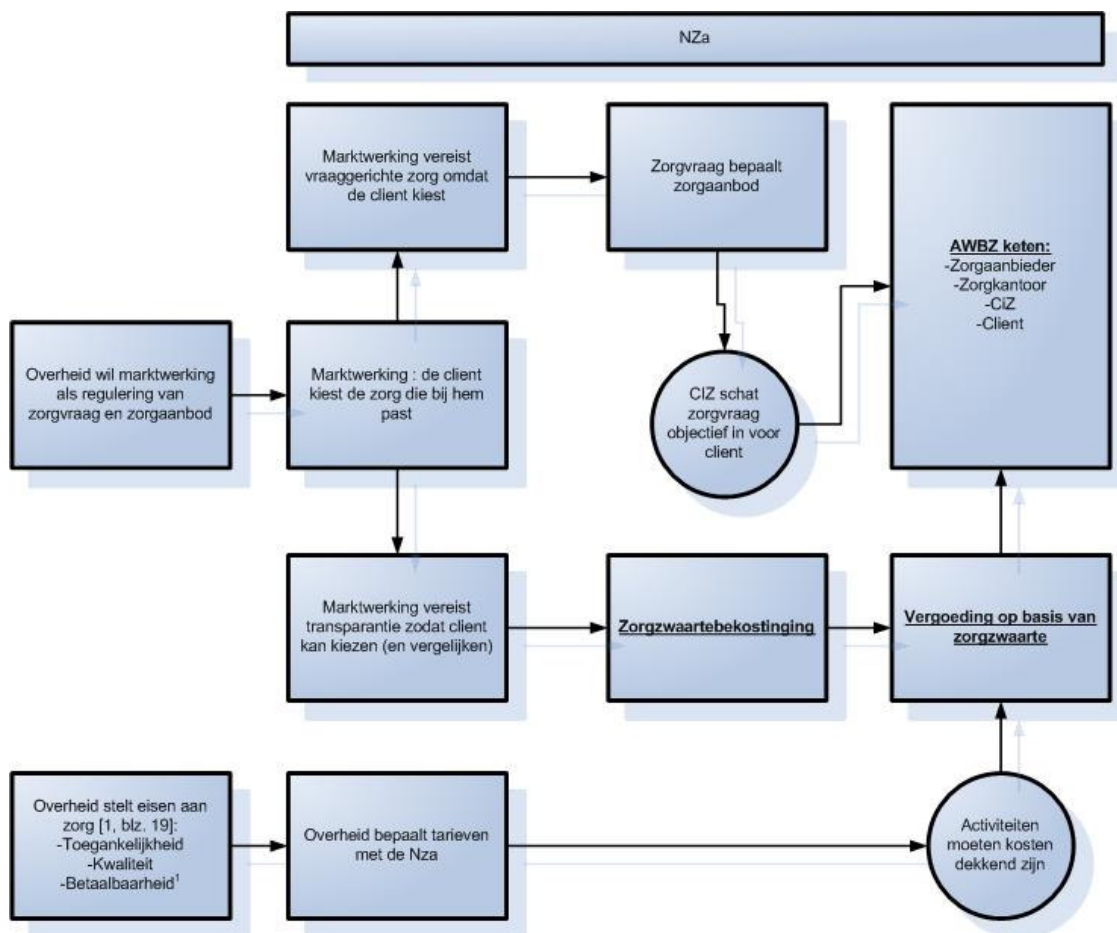
De modernisering van de bekostiging van zorgaanbieders in de AWBZ wordt de zorgzwaartebekostiging genoemd. Deze zorgzwaartebekostiging is onderwerp van dit verslag en richt zich voornamelijk op de intramurale zorg. De ZZP's zijn ontwikkeld om de zorgzwaartebekostiging mogelijk te maken. Hiervoor is de AWBZ opgedeeld in 3 verschillende sectoren, verzorging en verpleging, gehandicapten sector en geestelijke gezondheidszorg. Voor iedere sector is een aantal ZZP's ontwikkeld. Door de cliënten in te delen in deze ZZP's wordt de zorgzwaarte per instelling verkregen. Door vervolgens een tarief aan een bepaalde ZZP te koppelen bereikt men de bekostiging naar zorgzwaarte. En daarmee zorgzwaartebekostiging.

1.4.2. Achtergrond en doelstelling van de modernisering van de AWBZ

In deze paragraaf wordt besproken hoe de overheid de marktwerking ziet. Dit is essentieel omdat de zorgzwaartebekostiging volgens de overheid een stap is richting marktwerking in de AWBZ.

Het doel van de modernisering van de AWBZ is de omslag van aanbod- naar vraagsturing te bevorderen.[7, blz. 1] Deze vraagsturing verandert de verhouding tussen de zorgvragers, zorgaanbieders en zorgkantoren. De zorgvragers kunnen nu kiezen uit verschillende zorgaanbieders. En iedere zorgaanbieder heeft voor bepaalde zorgvragers een aantrekkelijk aanbod ontwikkeld. Het zorgkantoor koopt doelmatig zorg in voor de zorgvrager die voldoet aan doelmatigheidseisen. Deze partijen moeten in de toekomst dus zo binnen een beperkt budget vraag en aanbod op elkaar afstemmen. In een rapport van het Centraal Plan Bureau komt echter nog een ander beleidsdoel naar voren [9. blz. 7] dat de modernisering moet bereiken: 'Het huidige bekostigingsmodel voor de AWBZ gefinancierde ouderenzorg prikkelt echter nauwelijks tot doelmatigheid.' Waarschijnlijk moet doelmatigheid gezien worden als gewenst neveneffect van vraagsturing. In het CPB rapport wordt echter betoogd dat de prikkels hiervoor ontbreken.

De overheid heeft dus een begin gemaakt met zorgzwaartebekostiging omdat ze marktwerking en vraagsturing wil in de zorg. Met de zorgzwaartebekostiging wil de overheid de AWBZ transparanter maken. Hierdoor kunnen cliënten die zorg kiezen die het best aansluit bij hun zorgbehoefte. Daarbij bepaalt de overheid tarieven om de AWBZ kosten te beperken. Onderstaand figuur geeft globaal de visie van de overheid weer om de AWBZ met marktwerking te sturen.



Figuur 2: Marktwerking en zorgwaartebekostiging

In de bovenstaande figuur zijn globaal een vijftal partijen weergegeven die een rol spelen om in de AWBZ vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Deze partijen zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), het centrum indicatiestelling zorg (CIZ), het zorgkantoor, de cliënt en de zorgaanbieder. De overheid bepaalt de voorwaarden waaronder zorg geleverd moet worden en de Nza is toezichthouder en let op de bekostiging van deze markt en of de markt naar behoren functioneert. De Nza stelt ook tarieven vast en controleert de werking van de markt. De overige genoemde partijen zitten samen in een keten en hebben contact met de cliënt. Deze situatie is complex omdat in de uiteindelijke afstemming van zorgvraag en zorgaanbod een aantal partijen betrokken zijn. In de bovenstaande figuur zijn de partijen aangeduid met het blok AWBZ keten. In deze keten komen deze partijen gezamenlijk tot zorglevering.

Het CIZ heeft daarbij maar een heel beperkte taak, zij stelt onafhankelijk de zorgbehoefte van de klant vast. Dus de zorg waar de klant recht op heeft. Daar hebben de andere partijen geen invloed op. [Bijlage I, controller, vraag 14; Bijlage II, zorgmanager, vraag 19; Bijlage III, regiomanager, vraag 25; Bijlage IV, hoofd Paramedische Dienst, vraag 4].

Het zorgkantoor koopt zorg in voor de klanten in één vooraf toegewezen regio. De cliënt consumeert de zorg en vult zo in samenspraak met de zorgaanbieder zijn

zorgbehoefte in op basis van zijn persoonlijke wensen. De zorgaanbieder biedt zorg aan binnen de grenzen van de indicatie. Deze zorg wordt aangepast aan de zorgbehoefte van de individuele cliënt en vastgelegd in een zorgplan.

Het transparanter maken via de zorgzwaartebekostiging is ook van belang voor de volgende fase in de modernisering van de AWBZ. In een rapport van de NZa wordt de zorgzwaartebekostiging namelijk noodzakelijk geacht om de taken van de zorgkantoren over te hevelen naar de verschillende zorgverzekeraars. In 2009 wil de overheid de zorgkantoren opdoeken en haar activiteiten overhevelen. Om dit mogelijk te maken is een bekostiging via ZZP's noodzakelijk: "Bij de overgang van zorgkantoren naar zorgverzekeraars zal de overheid gebruik maken van maatregelen die al in gang zijn gezet en waarvan de verdere uitwerking zonder vertraging voortgang moet houden. Erg belangrijk is in dit verband de invoering van prestatiebekostiging in de AWBZ in de vorm van zorgzwaartebekostiging" [4, blz. 20]. Dit is ook de reden dat de overheid geen vertraging van de invoering van de zorgzwaartebekostiging wil.

1.4.3. Samenstelling van ZZP

Een ZZP is graadmeter voor de zorgbehoefte van de cliënt. De globale opzet van een ZZP moet er voor zorgen dat deze past bij de zorgbehoefte van de verschillende cliënten. Het ZZP kent een gemiddeld aantal uren met een bijbehorende marge voor de woonzorg van een cliënt. Deze woonzorg is een combinatie van persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verpleging. Een geïndiceerde ZZP is door de marge aan te passen aan de verschillen tussen individuen en de wisseling van de zorgbehoefte door de tijd heen. Bij het opstellen van het zorgplan en bij de uitvoer van directe zorgverlening is hierdoor dus ruimte om het ZZP aan te passen aan de individuele klant. Dit is dus het vraaggestuurde principe waar het allemaal om te doen is.

Een ZZP bestaat uit de volgende onderdelen:

- ❖ beschrijving van de verschillende profielen van zorgvragers en grondslagen waarvoor het ZZP geldt
- ❖ globale beschrijving van de zorg in termen van functies
- ❖ omvang van de totale zorg in uren
- ❖ setting en leveringsvoorwaarden

De cliëntprofielen in een ZZP hebben tot doel de herkenbaarheid van de zorgvragers te vergroten. Daarnaast zullen 'nieuwe' cliëntgroepen/profielen op basis van de omvang van hun zorgbehoefte eenvoudig ingedeeld kunnen worden in een bestaand ZZP. Dit zal het systeem flexibiliteit moeten geven.

In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de verschillende ZZP's in de sector verzorging en verpleging. De kolom ZZP geeft aan om welke ZZP het gaat. De kolom woonzorg gemiddeld geeft het gemiddelde aantal uur cliëntgebonden tijd geleverd door medewerkers van een afdeling. De kolom woonzorg bevat de functies ondersteunde begeleiding, activerende begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging. De kolom dagbesteding geeft het aantal uren dagbesteding per cliënt per week en is afgeleid door het totaal aantal uren te verminderen met de uren voor behandelaars en woonzorg gemiddeld.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de dagbesteding formeel in geen enkele van deze ZZP's gespecificeerd is omdat de verwevenheid met woonzorg te groot is. De uren voor behandelaars zijn de uren te verdelen per week over een grote groep .

[11, blz. 5]. De gemiddelde totaaltijd is de totale tijd van de functies te leveren aan een cliënt. Tot slot de kolom kenmerk bepaalt de cliëntgroep waarvoor het ZZP is gemaakt.

Tabel 1: Functies en tijd per cliënt per week voor het ZZP Verzorging en Verpleging gebaseerd op Zorgzwaartepakketten sector V&V [11]

ZZP	Woonzorg Gemiddeld	Dagbesteding	Behandelaars	Gemiddelde Totaaltijd	Kenmerk
1	4,5	0	0	4,5	Somatisch & Psychogeriatrisch
2	6,5	0,5	0	7	Somatisch & soms Psychogeriatrisch
3	9	0,5	1,5	11	Somatisch
4	10	1,5	1,5	13	Psychogeriatrisch
5	16	0,5	1,5	18	Psychogeriatrisch
6	16	0,5	1,5	18	Somatisch
7	19	2	2	23	Somatisch & Psychogeriatrisch
8	24	1	2	27	Somatisch
9	16	0	4	20	Revalidatie
10	27	1	2	30	Terminaal

Niet cliëntgebonden tijd zoals scholing en overleg en de functies verblijf en huishoudelijke verzorging worden verdisconteerd in een tarief van het ZZP. Ze zijn dus niet in de tabel opgenomen of uit te drukken in uren zoals de andere ZZP onderdelen.

1.4.4. Van ZZP naar concrete zorg

Het afstemmen van de zorgvraag en het zorgaanbod op het niveau van de cliënt betekent het omzetten van ZZP's in zorg. Dit gebeurt wanneer de zorgvrager een zorgaanbieder heeft geselecteerd. Beide partijen komen dan een zorgplan overeen. Dit zorgplan heeft de functie van een contract tussen zorgaanbieder en zorgvrager met betrekking tot de te leveren zorg. Het zorgplan moet zo de positie van de zorgvrager verbeteren doordat de prestatie van de zorgaanbieder concreet invult. De activiteiten en doelen die de zorgaanbieder moet leveren worden hierin dus vastgelegd. In de loop van 2007 worden zorgaanbieders verplicht een zorgplan op te stellen [10].

NB het zorgplan maakt deel uit van een zorgleveringsovereenkomst. Het zorgplan documenteert de afspraken over de zorg en wordt in een zorgleveringsovereenkomst aangevuld met andere afspraken over het verblijf, bijvoorbeeld de aanvang en duur van verblijf.

1.4.5. Prikkels door het zorgkantoor

Een goede invulling van de verschillende ZZP's, gelet op de prijs, kwaliteit en klanttevredenheid, zal door het zorgkantoor gestimuleerd worden. Het zorgkantoor zal namelijk de ZZP's bij die instellingen inkopen die het best aan deze voorwaarden voldoen. De inkoop van ZZP's door het zorgkantoor vormen de productieafspraken. Op basis van productieafspraken krijgt de zorgaanbieder budget. De ZZP's worden aan het eind van elke periode gedeclareerd binnen de productieafspraken op basis van de prijs per pakket. De realisatie van zorgproductie wordt globaal via de AWBZ

brede zorgregistratie melding bijgehouden. Er is geen sprake van een urenregistratie voor realisatie en verantwoording.

De verantwoording over de geleverde zorg tussen zorgaanbieder en zorgvrager vindt periodiek plaats. Hiervoor gebruikt men het zorgplan. Wanneer nodig kan dit plan eventueel worden bijgesteld als de zorgbehoefte verandert. Het zorgkantoor gebruikt dit zorgplan om vast te stellen of aan de leveringsvoorwaarden is voldaan.

De zorgaanbieders trekken in twijfel of het zorgkantoor oog zal hebben voor kwaliteit bij de invulling van de ZZP's. De ervaring van verschillende zorgaanbieders is dat het zorgkantoor prioriteit legt bij de tarieven en kwaliteit daarbij een ondergeschikte rol speelt. [Bijlage I , vraag 8]

1.5. Verschillen huidige situatie en situatie met ZZP's

In deze paragraaf worden de verschillen tussen het huidige en het nieuwe systeem met elkaar vergeleken. [7]

Huidige situatie	Nieuwe situatie (met ZZP's)
Aanbod gestuurd	Vraag gestuurd
Vergoeding per cliënt	Vergoeding naar zorgzwaarte van cliënt
Zorgplan in de praktijk een beperkte vrijblijvende rol	Zorgplan verplicht
Specifieke functies verplicht realiseren	Een totaal pakket, aanpasbaar aan cliënt
Instelling gebonden	Sector gebonden (persoonvolgend)

Tabel 2: Verschillen huidige en nieuwe bekostigingssysteem

Aanbod vs. vraag gestuurd

De huidige situatie is minder vraag gestuurd dan de nieuwe situatie. In theorie betekent dit dat de cliënt in de nieuwe situatie gebaseerd op zijn zorgzwaarte van verschillende zorgaanbieders een aanbod krijgt. De cliënt kan deze zorgaanbieders met elkaar vergelijken. De zorgaanbieders zullen zich kunnen onderscheiden door een verschil in invulling van het ZZP wat resulteert in een andere zorgaanbod. De cliënt wordt veronderstelt dat aanbod te accepteren dat het best bij zijn zorgbehoefte aansluit.

Vergoeding per cliënt vs vergoeding naar zorgzwaarte van cliënt

Een vergoeding is nu voor iedere cliënt hetzelfde, een vast gedeelte gebaseerd op de capaciteit van de instelling en een productiegebonden vergoeding per dag. In de nieuwe situatie zijn door het zorgkantoor afspraken gemaakt m.b.t. de vergoeding per ZZP. De zorgzwaarte van de cliënt valt in een bepaalde ZZP. Aan deze ZZP is een vergoeding gekoppeld. De vaste capaciteit gebonden component is variabel opgenomen in de vergoeding voor deze ZZP. De zorgaanbieder kan dus alleen nog ZZP's declareren die hij zorg verleent.

Zorgplan

Het zorgplan heeft op dit ogenblik in de praktijk niet in alle instellingen dezelfde status. In het nieuwe systeem wordt dit gewijzigd; het zorgplan wordt verplicht en krijgt formeel een soort contractfunctie waarmee de cliënt kan controleren of de aangeboden zorg ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Daarnaast zal het zorgkantoor gebruiken maken van het zorgplan bij de controle op de 'uitvoering van zorg' in relatie tot het ZZP.

Totaal pakket

In de nieuwe situatie is er een totaalpakket van zorg. Er zijn wel normen voor verschillende functies maar de onderverdeling staat niet vast. De onderverdeling in functies kan de cliënt zelf samenstellen in overleg met een zorgaanbieder. (En vastleggen in het zorgplan). In de huidige situatie zijn de te realiseren uren per functie vastgelegd en moeten dus worden gerealiseerd.

Instellingsgebonden vs persoonsgebonden

In de nieuwe situatie is de indicatie en daarmee het ZZP in de hele sector te verzilveren omdat deze gebonden is aan de persoon. In de huidige situatie is dit gebonden aan de afgegeven indicatie.

1.6. Gevolgen van Zorgzwaarte Pakketten

De invoering van de zorgzwaartebekostiging heeft gevolgen voor de AWBZ keten. Deze gevolgen worden in deze paragraaf besproken.

1.6.1. Positieve verbetering cliënt

De invoering van ZZP's zal de positie van de klant moeten versterken, volgens voormalig staatssecretaris Ross van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) [7, blz. 1]. De ZZP's zijn namelijk gekoppeld aan de persoon en niet zozeer aan een instelling. Daarnaast is het pakket en het daaraan verbonden budget persoonsvolgend. De Nza berekent vooraf een maximum tarief voor het ZZP. Dit betekent dat het ZZP bij iedere instelling van eenzelfde budget per ZZP uitgaat. Of de verschillende aanbieders inderdaad een voor de klant relevant verschil in aanbod zullen creëren, zal op langere termijn moeten blijken.

1.6.2. Eén maat

In de gehele keten zullen de ZZP's gebruikt worden. De partijen in de keten zullen hun informatie uitwisselen in ZZP's. Dit gebruik van ZZP's zal de eenvoud vergroten doordat in de gehele keten één taal wordt gesproken volgens de voormalig staatssecretaris. [7, blz. 1]. De ZZP's splitsen de informatie uitwisseling op in 10 verschillende ZZP's. Deze ZZP's verschillen dus in omvang en vergoeding. Dit betekent dat ook de markt van zorgvragers wordt opgedeeld in 10 verschillende cliëntsoorten. Nu is er een markt voor alle cliënten. De zorgaanbieder zal de zelf gebruikte standaard voor het zorgaanbod naar de cliënt los moeten laten en zich strikt moeten houden aan het ZZP. De controle en verantwoording naar het zorgkantoor zal hierdoor veranderen, deze zal geen afwijking van het ZZP standaard toelaten. Nu heeft de zorgaanbieder de vrijheid zelf de verpleegdag van een cliënt in te delen. Deze vrijheid wordt dus door een ZZP beperkt.

1.6.3. Financiële consequenties

Zorgzwaartebekostiging is het vergoeden van instellingen naar zorgzwaarte. De invoering van ZZP's geven de overheid de mogelijkheid om zorgaanbieders op basis van zorgzwaarte te bekostigen. De zorgzwaarte van de bewoners wordt zo dus maatgevend voor de vergoeding van instellingen. Met de koppeling van de goederen/diensten stroom aan de geldstroom beoogt men een zekere transparantie te realiseren naar het zorgkantoor. Door het aanbod van de verschillende zorgaanbieders te vergelijken door te kijken wat binnen een ZZP wordt aangeboden, kan het zorgkantoor doelmatig zorg inkopen.

Om de zorgaanbieders te beschermen wordt door het ministerie van VWS de bekostiging 'voorzichtig' ingevoerd. Zij staat voor een budget-neutrale overgang van het ene naar het andere systeem. Dit is nodig omdat er nu een relatie is gelegd tussen de financiële vergoeding en de zorgzwaarte, en dat brengt een aantal risico's met zich mee. Op de eerste plaats is de indicatiestelling een momentopname. De eerste scoringsronde kan er voor gezorgd hebben dat er een afwijkend beeld is ontstaan van de zorgaanbieder. Dit zal dan geen gevolgen hebben voor het budget.

Ook in de toekomst zal er rekening moet worden gehouden met het feit dat het ZZP van een cliënt kan veranderen. Dit risico zal dan wel voor de rekening van de zorgaanbieder zijn. Een ZZP dat niet overeenkomt met de werkelijke zorgbehoefte van de cliënt kan dan tot een te lage of een te hoge vergoeding leiden. De ZZP moet dus tijdig worden bijgesteld om dit financiële risico te beperken.

Een slecht beheerste instroom kan ook financiële consequenties hebben. Nu de financiële vergoeding afhankelijk is van de zorgzwaarte wordt sturing op de instroom van de zorgaanbieder belangrijker. Er is meer aandacht nodig voor het selecteren op ZZP's in relatie tot de gemaakte productieafspraken. Daarnaast zal de personeelsinzet nu moeten worden afgestemd op zorgzwaarte volgens het ZZP. Voorheen gebeurde dit volgens de maatstaven van de instelling, nu moet dit dus conform de wettelijke ZZP's.

2. Zorgcentra de Betuwe

In het voorgaande hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat de modernisering van de AWBZ veranderingen teweeg brengt in de gehele keten. Deze veranderingen brengen kansen en bedreigingen met zich mee. Zo ook voor Stichting Zorgcentra de Betuwe. Ook zij zal de ZZP moeten gaan gebruiken als schaal voor zorgzwaarte van haar cliënten en zal worden geconfronteerd met de mogelijke financiële consequenties genoemd in paragraaf 1.6 .

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor Stichting Zorgcentra de Betuwe, om deze zorgaanbieder goed advies te kunnen geven met betrekking tot deze consequenties en mogelijk te nemen strategische beslissingen.. In dit hoofdstuk wordt deze organisatie en haar omgeving beschreven.

Paragraaf 2.1 en 2.2 staan stil bij de missie en visie van deze organisatie. In paragraaf 2.3 wordt de doelgroep genoemd waarop zij zich richt met haar missie en visie. De regio die zij bedient wordt in paragraaf 2.4. besproken. In paragraaf 2.5 en 2.6 komen het product van de stichting en het personeel aan bod, daarbij is de locatie zorgcentrum Beatrix als leidraad gebruikt. Paragraaf 2.7 toont de management structuur van de Stichting. In paragraaf 2.8 wordt kort stilgestaan bij de cultuur. In paragraaf 2.9 worden de productiecijfers van de stichting besproken. Tenslotte wordt in paragraaf 2.10 een beeld geschetst van de concurrenten in de regio.

2.1. Missie

ZDB heeft een missie gericht op kleinschalig wonen en vertaalt dit naar zorg: *'Een betrokken zorgorganisatie waar zelfstandigheid en kleinschaligheid centraal staan.'* [23, blz. 5] Stichting Zorgcentra de Betuwe wil *wonen met zorg* aanbieden. Al haar producten worden voor iedere cliënt op maat gemaakt.

2.2. Visie

ZDB biedt haar klanten zorg die gekenmerkt wordt door geborgenheid, veiligheid en privacy [12; 13, blz. 5]. Zorgverlening met deze eigenschappen wordt gerealiseerd door kleinschaligheid. De zuiverste vorm van kleinschalig wonen met de eerder genoemde 3 kenmerken zijn terug te vinden in een thuissituatie waar de klant zelfstandig woont. Dit betekent dat de producten en diensten van ZDB er op gericht zijn de klanten zoveel mogelijk zelfstandig te laten wonen. Pas wanneer de zelfstandigheid alleen in een intramurale setting gerealiseerd kan worden komt dit type zorg in beeld.

Dit realiseert ZDB door samenwerking binnen de eigen organisatie maar ook met partijen in haar omgeving. Hierbij is het uitgangspunt behoud van eigen leefstijl en levenswijze.[14, blz. 1]. Door het kleinschalige uitgangspunt en de bijbehorende werkwijze kunnen de bewoners actiever deelnemen aan het dagelijks bestaan. De daginvulling van de bewoners bestaat veelal uit activiteiten die mensen in elk huishouden dagelijks terug vinden. Dit simuleren van de thuissituatie zorgt niet alleen voor structuur maar draagt er toe bij dat bewoners zich thuis voelen bij de ZDB.[13, blz. 3].

2.3. Doelgroep

De doelgroep van ZDB zijn ouderen uit het rivierengebied. Wanneer hun gezondheid achteruitloopt kan een beroep gedaan worden op ZDB.

2.4. Plaats

Stichting Zorgcentra de Betuwe bestaat uit zeven verschillende locaties in de Betuwe. De stichting heeft vestigingen in de plaatsen Culemborg, Ochten, Maurik, Tiel en Buren. Deze vestigingen verschillen overigens in aantallen cliënten.

2.5. Product

Het dienstenaanbod van ZDB bestaat globaal uit verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. ZDB heeft een HKZ-kwaliteitscertificaat (ISO 9001) voor alle functies en locaties.

De wijze van zorgproductie wordt hieronder geïllustreerd aan de hand van de vestiging Zorgcentrum Beatrix⁴. De vestiging Zorgcentrum Beatrix is een verpleeghuis van de ZDB en gevestigd in Culemborg. Dit was voorheen een verpleeghuis oude stijl; gemiddeld 4 bewoners per kamer. Het gebouw kende weinig privacy en voldeed niet meer aan de eisen van deze tijd. Na nieuwbouw en renovatie is de nieuwe visie van de Zorgcentra de Betuwe in alle facetten van het nieuwe gebouw terug te vinden. Het is in harmonie met de omgeving door middel van kleine woningen (afdelingen) voor zo'n 7 personen. Iedere bewoner heeft een eigen kamer. Tussen twee kamers is een douche en toilet, toegankelijk vanuit de eigen kamer. De woningen hebben vanaf de straat een eigen entree voor familie en bezoekers. In totaal zijn er 17 woningen, waarvan 9 psychogeriatrische⁵ woningen en 8 somatische⁶ woningen. Medische en paramedische diensten worden via overeenkomsten ingezet en zijn ondergebracht in een aparte vleugel van het gebouw.

2.6. Personeel

Woonzorgbegeleiders lopen deels 'alleen' op een woning in Zorgcentrum Beatrix. In de praktijk lopen ze ongeveer de helft van hun werktijd alleen op de woning. Dit betekent dat een woonzorgbegeleider meestal de eerste vier uur van haar dienst alleen in de zorgbehoefte van alle bewoners van de woning moet voorzien. In de tweede helft van zo'n dienst wordt de zorgbehoefte in de woning gedeeld met een woonzorgbegeleider waarvan de dienst start. Deze woonzorgbegeleider werkt dan de tweede helft van een 8 uur de dienst alleen. De personele bezetting van een woning komt hierdoor uit op 4,5 FTE. Er is een flexpool voor de in totaal 17 woningen waar zondig een beroep op kan worden gedaan. Een woning levert zoveel mogelijk zorg aan haar bewoners, dit is onafhankelijk van andere woningen. Dit geeft de woningen de vrijheid en verantwoordelijkheid om zelfstandig invulling te geven aan de zorgbehoefte van de bewoners. De woonzorgbegeleiders zelf hebben verschillende niveaus en verschillende specialisaties overeenkomstig met de Wet BIG. De kleinschalige opzet maakt het mogelijk om in te spelen op de behoeften van bewoners op een dusdanige manier dat 'bedbellen' niet meer nodig zijn. Het kleinschalige karakter van deze zorg resulteert er dus in dat woonzorgbegeleiders de zorgbehoefte perfect aanvoelen.

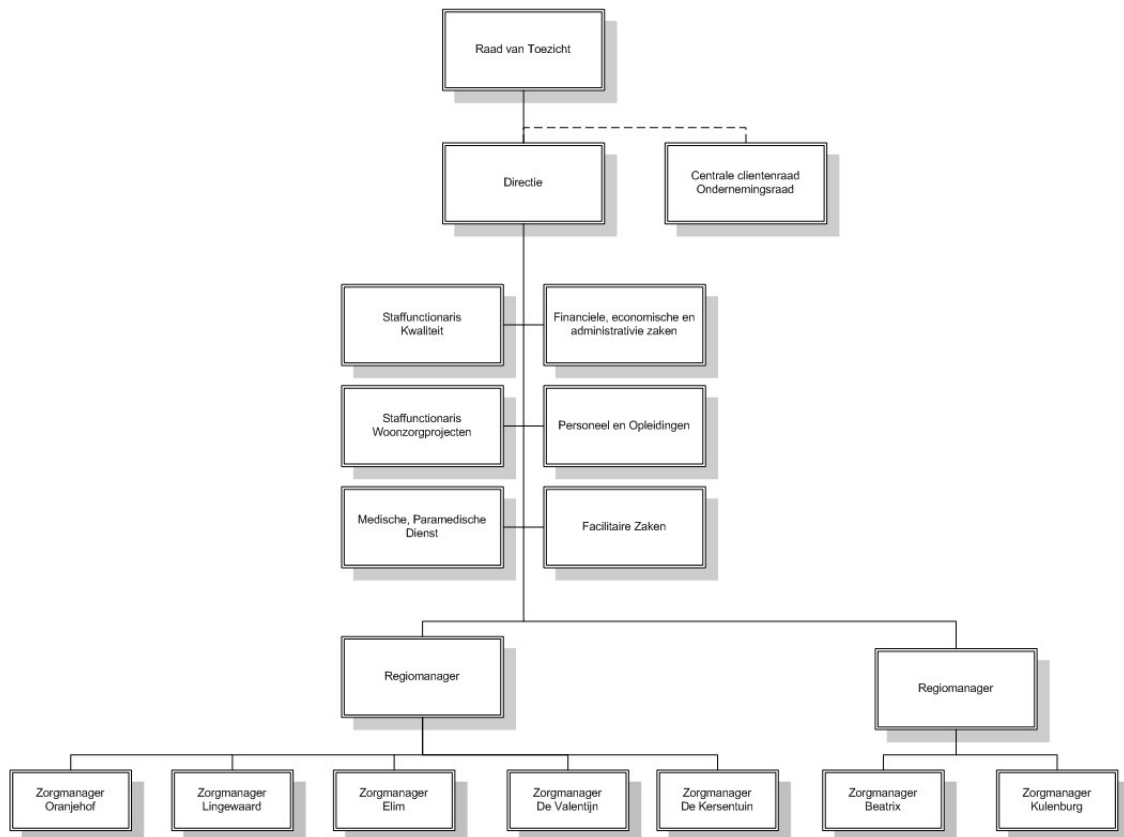
In zorgcentrum Beatrix vormen vier woningen één unit. Elke unit wordt geleid door een teamcoördinator. Deze coördinator geeft advies en neemt bepaalde taken op zich. De teamcoördinatoren worden aangestuurd door een zorgmanager. De zorgmanager stuurt de intramurale dienst en andere ondersteunde diensten. Boven de zorgmanager gaat de structuur over in de Stichting.

⁴ De zorgproductie is in de andere vestigingen anders georganiseerd

⁵ Een psychogeriatrische cliënt heeft behoefte aan zorg door geestelijke beperkingen

⁶ Een somatische cliënt heeft behoefte aan zorg door lichamelijk beperkingen.

De andere locaties van de ZDB kennen geen woningen maar afdelingen variërend naar het aantal bewoners. Op deze afdelingen wordt nu nog taak gericht gewerkt en daar wijkt de structuur af van de hierboven geschetste locatie. Renovatie en nieuwbouw van de andere locaties moeten uiteindelijk wel tot een soort gelijke structuur leiden maar dat traject is nog niet afgerond. Iedere locatie heeft een zorgmanager en deze zorgmanager staat onderaan in het organigram in Figuur 3. Het organigram in Figuur 3 geeft de totale managementstructuur van ZDB weer.



Figuur 3: Organigram ZDB bron [15, blz. 13]

2.7. Management

Het organigram (Figuur 3) toont een gedecentraliseerde organisatiestructuur. Op centraal niveau worden lange termijn doelstellingen en kaders opgesteld. Dit niveau draagt zorg voor de uniformiteit binnen de stichting. Daarnaast worden PR- en communicatietaken uitgevoerd op dit centrale niveau. Binnen het centraal vastgestelde kader mogen de regiomanagers zelfstandig invulling geven om hun doelstellingen te halen. De regiomanagers zetten de decentralisatie lijn voort. Wat decentraal kan wordt in de regel decentraal geregeld. In het organigram (Figuur 3) staan 6 staffuncties, die enerzijds regiomanagers en anderzijds het topmanagement van advies voorzien. Daarnaast heeft een deel van deze afdelingen direct contact met de klanten en hebben ze eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Onder de regiomanager vallen, zoals zichtbaar is in het organigram, meerdere locaties die stuk voor stuk geleid worden door een zorgmanager. Deze is verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken op een locatie.

2.8. Cultuur

Elke locatie heeft een eigen cultuur met een eigen regionaal karakter. Organisatiebreed is er sprake van een informele cultuur. In deze cultuur kan iedereen elkaar met je en jij aanspreken, van directeur tot woonzorgbegeleider. Er zijn ook geen uniformen te vinden in de organisatie. Enerzijds draagt dit bij aan de huiselijke sfeer maar dit benadrukt natuurlijk ook de informele sfeer binnen de organisatie. Medewerkers zijn erg betrokken bij de organisatie en bij de omgeving. Dit duidt op een hechte cultuur.

2.9. Productiecijfers

De productie van de stichting is globaal weer te geven in het volgende cijferoverzicht (Tabel 3). Het toont een operationeel gezonde onderneming. Het wettelijke budget volgt uit de met het zorgkantoor overeengekomen productieafspraken. Dit wijkt af op het moment dat er meer of minder zorg geproduceerd wordt. In 2005 was er sprake van een productie die boven de afgesproken hoeveelheid uitkwam. Dit gebeurt dus wanneer meer van een bepaald type zorg aangeboden wordt door de instelling dan toegestaan (op basis van de productieafpraak). Als een andere type zorg minder geleverd wordt leidt dit niet automatisch tot een vereffening in het budget. Via aanvullende afspraken met het zorgkantoor kan dit wel worden verrekend.

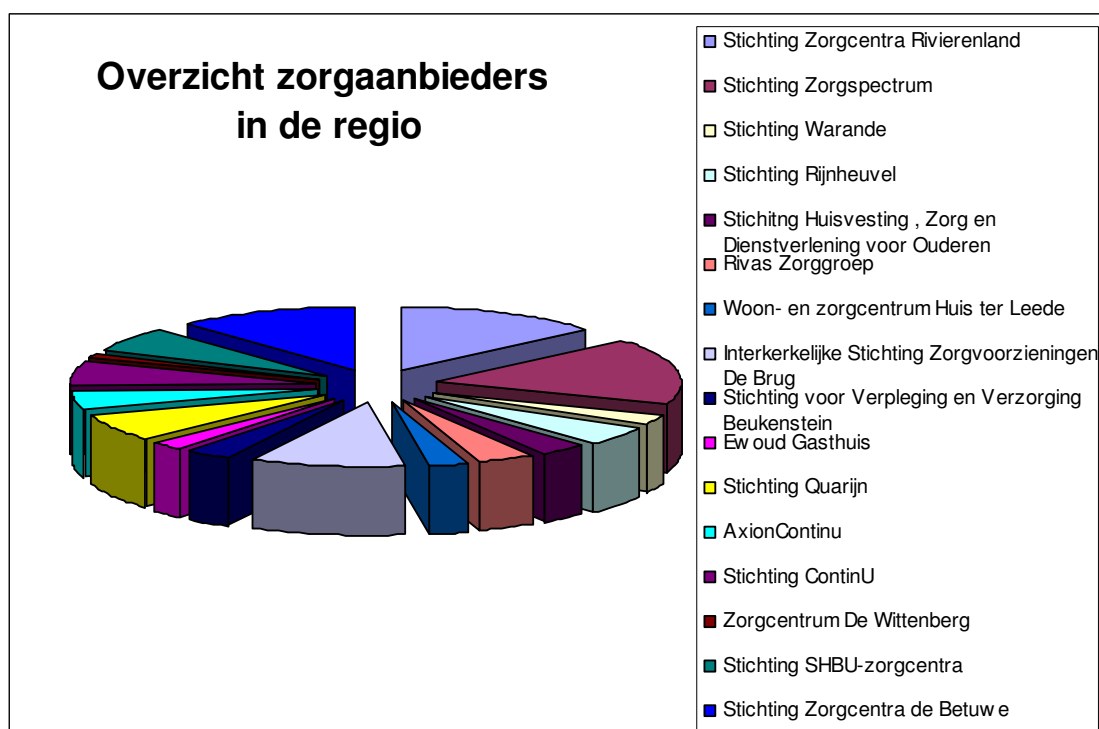
Intramurale klanten	431 klanten
Toegelaten intramurale plaatsen	483 plaatsen
Extramurale klanten (exclusief dagactiviteiten)	122 klanten
Klanten dagactiviteiten	54 klanten
Uren extramurale productie	32.027 uur
Werknemers in loondienst	760 werknemers
FTE werknemers in loondienst	450 FTE
Totale bedrijfsomzet	€ 26.598.976
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 25.860.399
Overige bedrijfsopbrengsten	€ 738.577
Bedrijfsresultaat	€ 384.693

Tabel 3 Kerngegevens 2005 [1, blz. 2]

2.10. Concurrenten

Gelet op het regionale karakter van de zorgvraag is een representatief beeld van de concurrenten van ZDB te krijgen door te kijken naar het zorgaanbod in de regio. Om een beeld te krijgen van de concurrentie is gekeken naar de keuze mogelijkheid van zorgvragers in de regio. Zorgvragers kunnen via een website [24] gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS op zoek naar een zorgaanbieder in de categorie verzorging en verpleging. Dit levert meer dan 13 zorgaanbieders op met meerdere locaties. Figuur 4 geeft de zorgaanbieders weer in een straal tot 20 km van Culemborg.

ZDB heeft in haar omgeving een flink aantal concurrenten voor de intramurale zorg. Opvallende is dat er ZDB een van de 3 grote zorgaanbieders is die gezamenlijk de helft van de regio van dit type zorg voorziet, ze heeft dus een relatief groot marktaandeel. Overigens hebben alle zorgaanbieders wachtlijsten voor intramurale zorg in de regio [25], dus de gevolgen van concurrentie is minimaal.



Figuur 4: Zorgaanbieders in een straal tot 20 km rond Culemborg [Bron: Bijlage XIII]

3. Onderzoeksopzet en aanleiding

Dit onderzoek heeft tot doel om voor ZDB de effecten van de zorgzwaartebekostiging aan het licht te brengen. In het eerste hoofdstuk van dit verslag is reeds aangegeven wat er gaat veranderen. Aan de hand hiervan kan een probleemstelling worden geformuleerd die precies aangeeft wat er in dit onderzoek zal worden onderzocht. Dit gebeurt in paragraaf 3.1. In paragraaf 3.2 worden de onderzoeksvragen afgeleid uit de probleemstelling. In paragraaf 3.3 worden de probleemhebbers geïdentificeerd en tot slot wordt in paragraaf 3.4 de methodologie beschreven.

3.1. Probleemstelling

Dit onderzoek heeft tot doel naast het identificeren van de effecten ook aanbevelingen te doen om de implementatie van de zorgzwaartebekostiging voor ZDB te realiseren.

Op strategisch niveau zullen keuzes moeten worden gemaakt om de kansen te benutten en bedreigingen te beperken van de zorgzwaartebekostiging. Op operationeel niveau zullen daarvoor aanbevelingen moeten gedaan om de gekozen strategie te ondersteunen. Er is voor gekozen om dit probleem als volgt te definiëren:

Wat zijn de effecten van implementatie van zorgzwaartebekostiging voor Stichting Zorgcentra de Betuwe. Wat zijn de kansen en bedreigingen van implementatie van ZZP's in deze organisatie en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?

3.2. Onderzoeksvragen

Uit de bovenstaande probleemstelling kunnen onderzoeksvragen worden afgeleid. Met behulp van de antwoorden op deze vragen kunnen aanbevelingen voor ZDB worden gedaan. Het afleiden van deze onderzoeksvragen gebeurt in deze paragraaf.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging is voor Stichting Zorgcentra de Betuwe reden geweest om opdracht te geven voor dit onderzoek. ZDB wilde duidelijkheid over de effecten van de zorgzwaartebekostiging. Rekening houdend met deze effecten kan ZDB een passende strategie ontwikkelen om de implementatie te realiseren.

Ook wilde ZDB meer duidelijkheid over het verband tussen zorgzwaarte van cliënten en de personeelsformatie op de afdeling. De zorgzwaarte van cliënten op een afdeling is namelijk bepalend voor de werkdruk. ZDB wil deze werkdruk controleren. Dit kan door bij de instroom op de zorgzwaarte te sturen of het personeel anders te verdelen over de afdelingen. Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging zal de zorgzwaarte ook bepalend worden voor de bekostiging van de ZDB. Deze zaken kunnen ook hierom niet los gezien worden van elkaar, het aanpassen van de instroom heeft ook gevolgen voor de instroom van de vergoeding. De centrale onderzoeksvraag is daarom als volgt:

Wat zijn de kansen en bedreigingen van de implementatie van de zorgzwaartebekostiging met ZZP's voor ZDB?

Het antwoord op de hoofdvraag is gegeven door de volgende deelvragen te beantwoorden:

- ❖ Welke eisen stelt de zorgzwaartebekostiging aan ZDB?

- ❖ Welke strategie(ën) beperken de bedreigingen en vergroten de kansen van de bekostiging?
- ❖ Waar liggen de knelpunten bij implementatie van de zorgzwaartebekostiging in ZDB?
- ❖ Hoe beïnvloedt de zorgzwaartebekostiging de relatie tussen ZDB en andere partijen in de AWBZ?

3.3. *Probleemhebbers*

Om het probleem voor ZDB op te lossen is het van belang om na te gaan wie binnen de organisatie te maken krijgen met dit probleem. Niet iedereen in de organisatie is verantwoordelijk voor de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. De personen die hiervoor wel verantwoordelijk zijn worden probleemhebbers genoemd. Het is belangrijk deze probleemhebbers te identificeren om het probleem op te kunnen lossen. De oplossing zorgt ervoor dat de probleemhebbers hun werk beter kunnen uitvoeren. Andere functionarissen maken wellicht deel uit van de oplossing maar voor hen is er geen sprake van een probleem. Dit zorgt voor een verschil in motivatie en acceptatie van de geboden oplossing. Daarom is het noodzakelijk hierop in te spelen. Functionarissen die "slechts" deel uit maken van de oplossing moeten anders worden benaderd. Daarnaast moet de oplossing afgestemd zijn op de verantwoordelijkheden van de probleemhebbers.

De probleemhebbers zijn dus die functionarissen in de organisatie die te maken krijgen met de nieuwe bekostigingsmethoden. De vraag in dit onderzoek is dus wie in de organisatie te maken krijgt met de ZZP's. Dit hoeven dus niet de personen te zijn die helpen het probleem op te lossen. Aan de hand van interviews is antwoord te geven op deze vraag.

Er zijn binnen de organisatie verschillende functionarissen die te maken krijgen met ZZP's, deze worden hieronder weergegeven:

- ❖ Raad van Bestuur
- ❖ Controller
- ❖ De regiomanager
- ❖ De zorgmanager
- ❖ De woonzorgbegeleiders
- ❖ Paramedici

Hieronder wordt beargumenteerd welke van deze functionarissen benoemd worden tot probleemhebber. De Raad van Bestuur is de eindverantwoordelijke voor alles wat er gebeurt in de organisatie dus ook voor de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Dit maakt de bestuurders probleemhebbers. In dit onderzoek is echter gekozen om de analyse van probleemhebbers te beperken tot de direct verantwoordelijken.

Controller

De controller is verantwoordelijk voor de interne en externe informatievoorziening en de administratieve organisatie alsmede de financiële afdeling. De controller is ook lid van het management team en is daar specifiek verantwoordelijk voor het financieel beleid. In hoofdstuk 1 is reeds uitgelegd dat met de invoering van de zorgzwaartebekostiging het financieel risico toe neemt. De visie van de controller is dat deze functionaris deel uit maakt van de oplossing en geen probleemhebber is. [Bijlage I, controller, vraag 7] De controller levert binnen ZDB een faciliterende

dienst en structureert en adviseert maar neemt geen beslissingen. De mate waarin op ZZP's gestuurd wordt (en dus ook risico's wordt genomen) ligt bij de regiomanager. Het doel van de controller is om het financieel risico te beperken en een deugdelijke inzet van middelen te realiseren. [Bijlage I, controller, vraag 0]. Dat maakt hem probleemhebber. De conclusie is echter dat de controller wel probleemhebber is.

De regiomanager

In ZDB draagt de regiomanager verantwoordelijkheid voor het budget van de locaties in de betreffende regio. Het financiële risico bij onder- of overproductie van bepaalde ZZP's komt dus voor rekening van de regiomanager. De strategie, die risico's en mogelijkheden creëert, zal grotendeels ontwikkeld worden door de regiomanager. Hiermee is de regiomanager de voornaamste probleemhebber met betrekking tot de implementatie van ZZP's. De doelstelling van de regiomanager is de mogelijkheden benutten die zorgzwaartebekostiging met zich meebrengt en de risico's te beperken [Bijlage III, regiomanager, vraag 17].

De zorgmanager

De zorgmanager is verantwoordelijk voor het realiseren van de productie (zorg) in ZZP's vastgelegd in de productieafspraken. De zorgzwaarte is een afgeleide van de zorgbehoefte van de cliënt en een bepaalde factor voor de personeelsinzet. Een grotere zorgzwaarte vereist nu eenmaal meer van het personeel. Het is de taak van de zorgmanager om hier een balans in te vinden. Door zijn betrokkenheid bij instroom en de invloed op de formatie van personeel is dat deel van de implementatie van ZZP's zijn probleem. Een goed functioneren van de ZZP's geeft hem de mogelijkheid om de juiste keuzes te maken. [Bijlage II, zorgmanager]. De doelstelling bij zorgzwaartebekostiging is meer te sturen op zorgzwaarte met betrekking tot de beschikbare capaciteit. [Bijlage II, zorgmanager, vraag 0 en 13]

De woonzorgbegeleiders

De woonzorgbegeleiders kunnen niet als probleemhebbers beschouwd worden. Ze kunnen beter gezien worden als onderdeel van de oplossing. Doordat ze de zorg realiseren kunnen ze inschatten of een ZZP toereikend is in de zorgbehoefte ten opzichte van de geïndiceerde ZZP. Dit zal het financiële risico beïnvloeden. Hun positie in het zorgleveringsproces stelt ze in staat toe te zien op de toereikendheid van het ZZP en de daaraan gekoppelde vergoeding.

In de praktijk is de professionele insteek dat de zorg nu eenmaal geleverd moet worden, wel of niet geïndiceerd. En dus ook onafhankelijk van het feit of zorgzwaarte en ZZP wel met elkaar overeenkomen. [Bijlage III, regiomanager, vraag 9] [Bijlage II, zorgmanager, vraag 4] [Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 8]. Een doelstelling is om bij deze partij bewustwording te creëren dat zij deel uitmaken van de oplossing bij zorgzwaartebekostiging, zij kunnen het financieel risico beperken.

Paramedici

Alle paramedici krijgen in ZZP's een totaal aantal uren toegewezen voor de behandeling van een cliënt. Voorheen stond dit nog los gezien van de zorgzwaarte van de cliënt. Dit betekent dat in de toekomst hun inzet beteugeld zal worden door de zorgzwaarte van de cliënt. In hoeverre zij dan nog hun taken kostendekkend kunnen uitvoeren is dan een belangrijke vraag. Dit maakt ze mogelijk probleemhebbers. Een doelstelling bij implementatie is om een inzet van de paramedische dienst te bereiken op basis van de uren in ZZP.

3.4. Methodologie

In grote lijnen bestaat de methodologie van dit onderzoek uit:

- ❖ Een studie van de beschikbare informatie over zorgzwaartebekostiging. Hierdoor wordt duidelijk gemaakt wat zorgzwaartebekostiging precies is en wat het doel is van de bekostiging, wat er verandert door de zorgzwaartebekostiging.
- ❖ Om de effecten van de zorgzwaartebekostiging in de gehele organisatie in beeld te krijgen is een reeks interviews met verschillende functionarissen binnen ZDB gehouden. Daardoor is een beeld ontstaan wat de zorgzwaartebekostiging betekent voor ZDB en voor de relatie met de andere partijen in de keten.
- ❖ Daarnaast is een functionaris buiten de organisatie geïnterviewd. Deze functionaris is bij een andere zorgaanbieder betrokken bij de implementatie van de zorgzwaartebekostiging.

De geïnterviewde functionarissen binnen ZDB zijn geselecteerd door te analyseren wie in de organisatie te maken krijgen met de veranderingen als gevolg van de implementatie van zorgzwaartebekostiging, zoals besproken in paragraaf 3.3. Dit resulteerde in interviews met de controller, de regiomanager, de zorgmanager en het hoofd van de medische en paramedische dienst.

Daarnaast is ook een interview uitgevoerd met een functionaris niet werkzaam bij ZDB. Bij de selectie van een dergelijke functionaris is het van belang dat deze betrokken moet zijn bij de implementatie van zorgzwaartebekostiging in de organisatie. Dit resulteerde in een interview met een zorgmanager van Humanitas.

Alle interviews zijn voor alle onderzoeksvragen relevant geweest. Daarnaast hebben bepaalde interviews bij beantwoording van bepaalde onderzoeksvragen meer invloed gehad.

De interviews met de controller en de regiomanager zijn zeer belangrijk geweest om de relatie met de andere partijen in de keten te bepalen. De noodzakelijke informatie om een beeld van de kansen en bedreigingen te verkrijgen is op strategisch niveau geleverd door de controller en regiomanager en op operationeel niveau door de zorgmanager en het hoofd van de medische en paramedische dienst.

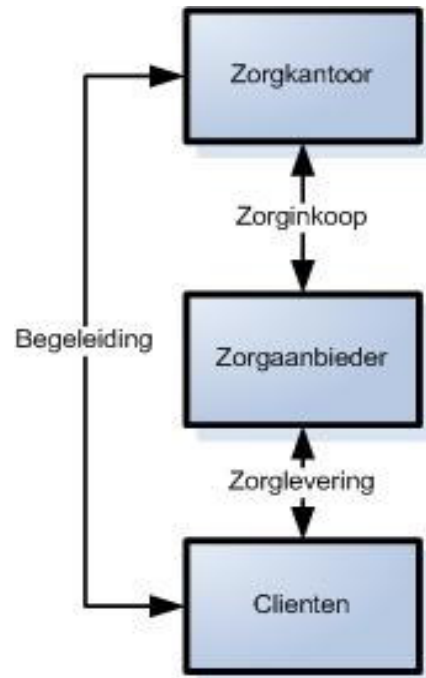
Het interview met de zorgmanager van Humanitas heeft tot doel gehad om te na te gaan hoe een andere organisatie tegen de invoering van zorgzwaartebekostiging aan kijkt. Dit interview is dus belangrijk geweest voor alle onderzoeksvragen.

Uitwerkingen van deze interviews zijn terug te vinden in de bijlagen I tot V.

4. Theoretisch kader

Dit theoretisch kader bestaat uit theorieën gerelateerd aan Supply Chain Management (SCM). De theorieën verklaren de structuur, het gedrag en de doelen van de relaties tussen partijen in een keten. In dit onderzoek bestaat deze keten uit de verschillende partijen in de AWBZ. In Figuur 5 wordt de AWBZ keten schematisch weergegeven. Dat deze keten is op te vatten als een Supply Chain (SC) wordt in dit hoofdstuk aannemelijk gemaakt. Daarnaast wordt stilgestaan bij theorieën met betrekking tot implementatie zodat de implementatie van de zorgwaartebekostiging in ZDB goed kan worden gestructureerd.

Het hoofdstuk begint met een definitie van SCM. Aan de hand hiervan wordt duidelijk wat een Supply Chain is en vervolgens wordt besproken waarom hier sprake is van een SC. Daarna wordt nader ingegaan op die elementen van het SCM die verband houden met de zorgwaartebekostiging. Zodoende zal een model ontstaan dat houvast biedt om de effecten van zorgwaartebekostiging voor ZDB te analyseren.



Figuur 5 Schematisch weergave AWBZ keten

4.1. Inleiding

Definitie van SCM

Er bestaan meerdere definities van SCM. In dit onderzoek is gekozen voor de definitie van SCM gebruikt door Handfield en Nichols [in 16, blz. 226]. Zij definiëren SCM als volgt : "Supply chain omvat alle activiteiten met betrekking tot de stromen van goederen en de transformatie van goederen, van de grondstoffen fase tot de eindgebruiker, evenals de bijbehorende informatie stromen. Grondstoffen- en informatiestromen bewegen zich zowel naar boven als naar beneden in de supply chain. Supply Chain Management is de integratie van deze activiteiten door de verbeterde supply chain relaties, om daarmee een blijvend strategische concurrentievoordeel te behalen." In deze definitie van SCM komen volgens Aulinger [16, blz. 226] twee belangrijke aandachtsgebieden naar voren: de goederenstroom en de informatie stroom. Dit is ook de reden dat deze definitie van SCM is gekozen. In de keten in figuur 5 komen beide stromen voor. Daarin is de stroom tussen cliënt en zorgaanbieder zowel een goederenstroom als een informatiestroom. De stroom tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is een informatiestroom. Net als de stroom tussen zorgkantoor en cliënt. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de informatiestroom. De reden hiervoor is dat partijen in de keten voornamelijk informatie uitwisselen, er is alleen sprake van een goederenstroom tussen cliënt en zorgaanbieder. Dit is de stroom waarbij het goed "intramurale zorg" wordt uitgewisseld. In de informatiestroom spelen de ZZP's de grootste rol. Daarin kunnen de ZZP's beschouwd worden als informatiedragers van het goed zorg. Ze spelen daarom een grote rol bij de zorginkoop. Ook zullen de ZZP's een rol spelen in de

informatiestroom tussen zorgkantoor en cliënt. Zo hoeft het zorgkantoor nu alleen de informatie met betrekking tot het ZZP van de cliënt uit te wisselen.

De aanwezigheid van een informatiestroom en of goederenstroom tussen partijen is niet voldoende om te kunnen spreken van een SC. In de volgende paragraaf zal verder uitgelegd worden waarom er sprake is van een SC.

Is er in de AWBZ keten sprake van een SC?

Volgens Aulinger [16] is er sprake van een SC als de relatie tussen organisaties in een keten aan bepaalde kenmerken voldoet. Deze drie kenmerken hebben betrekking op de richting van de relatie, organisatie van de relatie en de vrijblijvendheid van de relatie. Volgens Aulinger [16, blz. 229] wordt de richting van de relatie in een SC gekenmerkt door verticale verbanden tussen organisaties. Deze verticale verbanden zijn de relaties tussen kopers en leveranciers in een keten. Het tweede kenmerk heeft betrekking op de organisatie van de relatie in een SC. Namelijk dat deze relatie niet wordt geïntegreerd in een aparte organisatie. En tot slot het derde kenmerk, de vrijblijvendheid van de relaties in een keten. Daarover zegt Aulinger [16] dat SC relaties zijn voorbehouden aan de bepaalde partijen, dit zijn de huidige partijen in de keten en deze relaties zijn stabiel en georiënteerd op de lange termijn.

Kijkend naar de AWBZ dan zien we deze karakteristieken ook terug. De samenwerking is niet georganiseerd in een aparte organisatie. De relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is een verticale relatie. Dat de relaties voorbehouden zijn aan de bepaalde partijen is aannemelijk. Op de eerste plaats is een erkenning als zorgaanbieder noodzakelijk. Daarbij komt dat het budget van een zorgkantoor verdeeld wordt over de bestaande zorgaanbieders in een regio, en daarmee op lange termijn vastligt. Ook is de relatie niet vrijblijvend, zorgaanbieder en zorgkantoor kunnen eigenlijk niet zonder elkaar. De bewoners die zij van zorg voorzien hebben nu eenmaal zorg nodig en uitwijken naar een andere zorgaanbieder is in de praktijk geen optie [Bijlage I , vraag 1 en 2]. Het is dus aannemelijk om in de AWBZ voor intramurale zorg te spreken over SC. Dit maakt het mogelijk om het SCM perspectief te gebruiken om de effecten van implementatie van zorgzwaartebekostiging te analyseren.

Tot slot is van een keten sprake omdat er meerdere partijen nodig zijn om op een verantwoorde manier zorg te leveren aan de cliënten. In de AWBZ zijn deze partijen het zorgkantoor, de zorgaanbieder en het CIZ. Ze zijn afhankelijk van elkaar om zorg te kunnen leveren aan de cliënt omdat alleen met de indicatie van het CIZ, de zorgaanbieder zorg kan leveren tegen een vergoeding. Het zorgkantoor heeft de indicatie nodig om zorginkopen of klanten te begeleiden. In de AWBZ zijn er dus verschillende partijen met verschillende taken. Deze partijen moeten dus hun producten uitwisselen om in te kunnen spelen op de zorgbehoefte van zorgvrager. De zorgzwaartebekostiging beïnvloedt de informatiestroom in de AWBZ keten zoals al eerder is opgemerkt. Daarbij is het van belang om na te gaan wat de gevolgen hiervan zijn.

Nu aannemelijk is geworden dat de AWBZ goed beschouwd kan worden als keten wordt duidelijk dat om de consequenties genoemd in paragraaf 1.6 te analyseren voor ZDB, de effecten van zorgzwaartebekostiging in keten verband moeten worden geanalyseerd.

Met de introductie van een maat voor de gehele keten moet de transparantie worden vergroot. Ook de cliënt moet een betere positie krijgen in de AWBZ. De communicatie in een taal door de hele keten lijkt de samenwerking te moeten bevorderen. Daarom is gekozen om de effecten op de samenwerking tussen de

partijen in de keten te onderzoeken om te zien of de transparantie wordt bevorderd en daarmee ook de positie van de cliënt verbetert.

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 4.2 de samenwerking in de keten uitgelegd. In paragraaf 4.4 worden de kosten van het coördineren van de samenwerking in de keten besproken. In paragraaf 4.8 worden de geschiktheid van het coördinatie mechanisme voor de samenwerking getoetst. Tot slot wordt in paragraaf 4.9 de implementatieproces besproken.

4.2. Samenwerking in een keten

Introductie

De relaties tussen partijen in een keten kunnen volgens Kanter [Kanter in 17, hoofdstuk 13] opgevat worden als samenwerkingsvormen. Volgens Kanter bestaat er een heel scala aan samenwerkingsvormen, geklasseerd van sterk tot zwak en van hechte tot afstandelijke relaties. De zwakke en afstandelijke samenwerkingsvormen beperken zich tot het uitwisselen van informatie. Sterke en hechte relaties doen veel meer.

Volgens Gattorna en Walters [17] breiden organisaties hun samenwerking vaak uit om de volgende redenen:

- ❖ Het behalen van strategische doelen
- ❖ Het ontwikkelen van gezamenlijk strategieën
- ❖ Het verminderen van risico's en vergroten van beloningen
- ❖ Het vergroten van opbrengsten op de inzet van schaarse middelen

Gattorna and Walters noemen samenwerkingsvormen alliantie of partnership. Een partnership definiëren Gattorna and Walters als een relatie tussen een buyer en supplier. Dit is de verticale relatie die in een keten voorkomt. Ook Aulinger [16, blz 229] ziet de overeenkomst tussen een strategische alliantie en een verticale keten. Daarnaast merken zij op dat in een strategische samenwerkingvorm de nadruk ligt op samenwerking en partnership in plaats van conflict en concurrentie als de methode waarop een concurrentievoordeel te behalen is.

Of en hoe de in te voeren zorgzwaartebekostiging van invloed is op deze samenwerking en welke verandering dit voor de samenwerking betekent, wordt in deze paragraaf uitgelegd. Met het werk van Kanter [17] is deze samenwerking te analyseren en dit geeft daarmee inzicht in de implementatie van de zorgzwaartebekostiging.

4.3. Waardecreatie door samenwerking

Kanter stelt dat de vaardigheid van het creëren en behouden van een waardevolle samenwerking, een organisatie een belangrijk voordeel geeft. [Kanter, 1994 in 17, hoofdstuk. 13]. Deze vaardigheid wordt aangeduid met de term *collaborative advantage*. Het kunnen opbouwen van een gedegen relatie tussen organisaties kan essentieel zijn om de concurrentie voor te blijven.

Kanter heeft in zijn onderzoek 3 fundamentele aspecten van deze relaties tussen organisaties ontdekt:

- ❖ De relaties moeten een korte termijn opbrengst hebben maar ook op de toekomst gericht zijn, en nieuwe en onverwachte mogelijkheden zichtbaar maken.

- ❖ Succesvolle relaties tussen organisaties houdt in dat samenwerking in plaats van alleen uitwisseling plaats vindt. Er is waardering voor elkaars vaardigheden in de relatie.
- ❖ De relaties kunnen niet worden 'geregeld' door formele systemen maar vereisen een uitgebreid instrumentarium van connecties tussen personen en tussen infrastructuren die leren verbeteren.

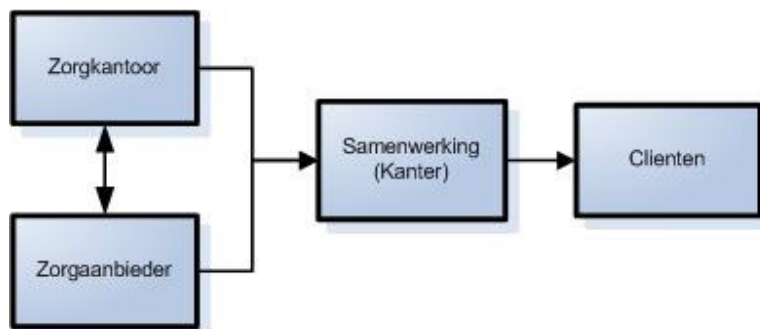
Kanter stelt dat er een continuüm van verschillende soorten relaties, van sterke relaties tot zwakke relaties bestaat. In dit onderzoek is de *Value chain partnerships* het relatie type tussen de organisaties. Dit is een supplier-customer/buyer-relatie. (de relatie tussen zorgaanbieder en zorgkantoor). Dit relatie type heeft betrekking op organisaties in verschillende industrieën, met verschillende maar aanvullende vaardigheden. De koppeling van deze aanvullende vaardigheden resulteert in mogelijkheden om waarde te creëren voor de uiteindelijke eindgebruiker. [Kanter, 1994 in 17, blz. 191].

De waardecreatie in bijvoorbeeld de relatie tussen zorgaanbieder en zorgkantoor betekent dat het zorgkantoor vanuit haar inkoopfunctie waarde creëert die bijdraagt aan het aanbieden van zorg door de zorgaanbieder en vice versa. Volgens Kanter zijn er 8 criteria waarmee getoetst kan worden of dit tot succes leidt.

Deze 8 criteria zijn volgens Kanter:

- ❖ *Individueel excelleren*: beide partijen moeten een bijdrage leveren aan de relaties en moeten een positief motief hebben voor het aangaan van de relatie.
- ❖ *Importantie*: de relatie moet passend zijn met de strategische doelen van beide partners
- ❖ *Interdependence*: de aanwezigheid van een afhankelijk tussen partijen is noodzakelijk. Idealiter is er sprake van aanvullende middelen en vaardigheden.
- ❖ *Investering*: de investering van beide partijen in elkaar benadrukt het aandeel in de relatie en toewijding aan het lange termijn succes van de onderneming
- ❖ *Informatie*: gedeelde informatie is essentieel, informatie is belangrijk voor specifieke, individuele doelstellingen en doelen en zowel technische gegevens, prestaties en informatie over veranderingen in omstandigheden.
- ❖ *Integratie*: de mate waarin partijen koppelingen ontwikkelen en gezamenlijke manieren van opereren om hun samenwerking eenvoudig te faciliteren.
- ❖ *Institutionalisering*: waarmee de relatie wordt geformaliseerd met duidelijke verantwoordelijkheden en beslissingsprocessen.
- ❖ *Integriteit*: bestaat en de partijen gedragen zich met het oog op het verbeteren van de onderlinge vertrouwen.

In Figuur 6 wordt de samenwerking in de keten schematisch weergegeven.



Figuur 6 Samenwerking in de keten

De noodzaak van de strategische samenwerking wordt eveneens veroorzaakt door de trends in de wereldmarkt. Onderzoek van Ohmea [Ohmea 1989 in 17, blz. 193] heeft het over convergeren van behoeften en wensen van klanten. Consumenten krijgen door de toenemende globalisering en snelle technologische ontwikkelingen in toenemende mate toegang tot meer informatie. Consumenten hebben meer keuzemogelijkheden maar ook een verbeterde mogelijkheid om deze met elkaar te vergelijken. Hierdoor zijn consumenten mondiger en worden bedrijven gedwongen klantgerichter te werken. Deze trend zet zich ook door in de gezondheidszorg. Ook hier raakt de patiënt geëmancipeerd [18, blz. 3].

4.3.1. Samenvattend

In deze paragraaf zijn de criteria besproken die het succes van de samenwerking tussen organisaties beïnvloedt. Of de samenwerking tussen partijen in de AWBZ wordt beïnvloed door de zorgzwaartebekostiging kan aan de hand van deze criteria worden voorspeld.

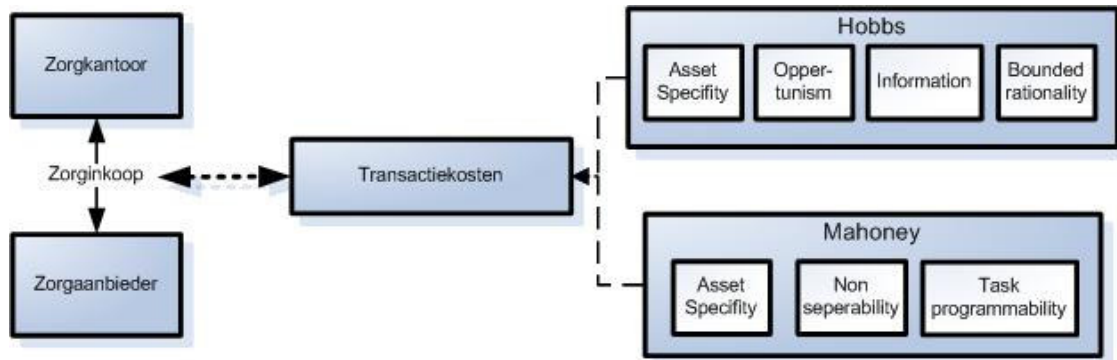
4.4. Transactie kosten en SCM

In een keten werken organisaties samen waarbij deze samenwerking bestaat uit het uitwisselen van informatie in de informatiestroom en goederen in de goederenstroom. De uitwisseling van informatie en goederen worden transacties genoemd. De kosten die daaraan verbonden zijn transactiekosten. De hoogte van deze transactiekosten houdt verband met risico's waarmee de transactie omgeven is. Deze risico's ontstaan uit een aantal factoren die in deze paragraaf besproken worden. Figuur 7 toont het schema dat hieronder wordt toegelicht.

In de AWBZ keten worden transactie uitgevoerd om zorg aan de klant te leveren. De transactie die voorheen in dagen zorg en bedden werden afgehandeld, worden in de zorgzwaartebekostiging in de 10 ZZP's uitgevoerd. Of dit effecten heeft op de transactie wordt aan de hand van de theorie in deze paragraaf getoetst.

Transactiekosten en de reductie hiervan is een centraal concept in supply chain management (SCM) concludeert Hobbs [19, blz. 26]. Het reduceren van transactie kosten leidt tot meer efficiëntie in de relatie tussen organisaties en kan zo een voordeel opleveren voor partijen. SCM is een actieve benadering voor het bereiken van goede samenwerking en een snelle uitwisselen van informatie en reduceert het niveau van de transactiekosten en levert daarmee een bijdrage aan dit voordeel. Hobbs [19] geeft inzicht in de relaties tussen partijen en de wijze waarop transactiekosten deze relatie beïnvloedt. Transactiekosten spelen een rol in de AWBZ

keten, en de invoering van zorgzwaartebekostiging en ZZP's zal tot een verandering in deze transactiekosten leiden. Met de inzichten van Hobbs[19] kunnen veranderingen door de zorgzwaartebekostiging voor partijen in de AWBZ voorspeld worden.



Figuur 7 De transactiekosten beïnvloeden het inkoopproces, Hobbs en Mahoney verklaren hoe.

4.5. Transactiekosten

Het uitwisselen van producten en informatie tussen organisaties vindt plaats door middel van een transactie. Op een markt worden vraag en aanbod, de koop en verkoop op elkaar afgestemd door een marktmechanisme. Het gebruik van dit marktmechanisme zelf brengt ook kosten met zich mee. Bijvoorbeeld kosten om prijzen te achterhalen, de onderhandelingskosten en kosten om contracten op te stellen. Deze kosten worden transactiekosten genoemd volgens Coarse [in 19, blz. 16].

Dus transactiekosten ontstaan door het gebruik van het marktmechanisme en kunnen volgens Hobbs [19, blz. 17] verdeeld worden in drie categorieën:

1. Informatiekosten
2. Onderhandelingskosten
3. Monitoringskosten

Informatie kosten zijn kosten gemaakt voor het vergaren van informatie zoals het zoeken naar prijzen, kopers en verkopers. De onderhandelingskosten ontstaan als gevolg van noodzakelijke onderhandelingen tussen partijen en het opstellen van contracten. De monitoringskosten tenslotte ontstaan na het aangaan van het contract, hierbij gaat het om kosten ontstaan om de naleving van de afspraken te controleren.

4.6. Analyse van Transactiekosten

Transactiekosten zijn belangrijk omdat ze economische activiteiten en de verticale coördinatie beïnvloeden [19, blz.18]. In de transactiekosten theorie zijn 4 belangrijke concepten die gedrag van partijen verklaren en daarmee risico's zichtbaar maken [19, blz. 17]. Dit zijn:

Bounded rationality

De mogelijkheid om een rationele keuze te maken is gelimiteerd ondanks de intentie om rationeel te willen kiezen. Dit speelt vooral een rol in complexe en onzekere situaties waar de mogelijkheid van mensen om een rationele beslissing te nemen verhinderd wordt.

Opportunism

In dit concept staat het risico centraal dat bepaalde situaties gebruikt worden door partijen om maar vooral hun eigen belangen na te streven. Dit gebeurt zeker niet altijd door elke partij maar dit is een risico waarmee rekening moet worden gehouden.

Asset specificity

Wanneer één bepaalde partij investeert in voorzieningen specifiek gericht op een bepaalde transactie en deze voorziening maar beperkt of niet aangewend kan worden voor andere doeleinden dan speelt dit concept een rol. Hierdoor ontstaat een risico voor de investerende partijen. Deze partij loopt het risico dat de afnemende partij opportunistisch zal handelen omdat de investerende partij nu eenmaal vastzit aan de transactie. De afnemende partij heeft niet geïnvesteerd en geniet hierdoor een grotere vrijheid en kan verleid worden deze situatie uit te buiten.

Information asymmetry

Er is sprake van informatie asymmetrie wanneer een partij meer informatie heeft dan de andere partij. Er is als het ware sprake van publiekelijk beschikbare informatie en privé informatie, de laatste informatie is slechts beschikbaar voor één of enkele partijen.

De informatie asymmetrie kan op twee manieren tot opportunistisch gedrag leiden: In de eerste plaats kan vooraf verborgen informatie leiden tot een verkeerde selectie. Door het gebrek aan informatie is geen onderscheid te maken tussen twee verschillende producten en wordt zodoende de verkeerde geselecteerd. Dit kan opportunistisch gedrag van partijen in de hand werken, het bewust verborgen houden van informatie bijvoorbeeld.

De tweede manier waarop informatie asymmetrie tot opportunisme kan leiden is dat achteraf verborgen handelingen plaats vinden. Partijen kunnen zich op deze manier opportunistisch gedragen doordat hun gedrag niet direct zichtbaar is voor andere partijen en op deze manier hun economische positie verbeteren.

4.7. SCM en Transactiekosten

Hobbs gebruikt een heel brede definitie van verticale integratie, zij benadert verticale integratie als een manier van het afstemmen van verschillende schakels in een productieketen. Volgens haar benadering is de relatie tussen het zorgkantoor en zorgaanbieder een vorm van verticale integratie waarbij de zorginkoop en zorglevering op elkaar afgestemd worden. Hobbs stelt dat verticale integratie te zien is als een continuüm met aan de ene kant spot markten en ander kant volledige integratie.

De spot markten zijn markten bestaande uit meerdere kopers en verkopers waarbij de prijs volledig bepalend is in de beslissing tot de aanschaf van een product. Daarbij coördineert alleen de prijs de transactie tussen koper en verkoper.

Bij een volledige integratie zijn het management beslissingen in plaats van prijzen die doorslag geven in de coördinatie. Tussen deze twee extremen bestaat een veelheid aan coördinatie mogelijkheden. Dit noemt Hobbs verschillende vormen van SCM.

Het draait dus om de coördinatie bij verschillende vormen van verticale integratie. Een voorbeeld van verticale integratie is een strategische alliantie, hierbij gaan twee onafhankelijke partijen een overeenkomst aan met een strategisch doel voor ogen. Ook contracten zijn een vorm van verticale integratie. In zo'n contract delegeert een partij verschillende controle aspecten aan een wederpartij, deze contracten coördineren de activiteiten tussen partijen. Deze contract kunnen ingedeeld worden in 3 categorieën:

1. Market specification contracts
2. Production management contracts
3. Resource-providing contracts

Market specification contracts

In deze contracten is de inkoper verantwoordelijk voor de afname van de producten. De contracten dragen een beperkt risico en beslissingsmogelijkheden over aan de inkoper krijgt. De controle over het productie proces blijft echter bij de verkoper.

Production management contracts

In deze contracten is er meer controle voor de inkoper dan in de vorm hierboven. De inkoper participeert in het productie management door controle van de processen en een hogere mate van specificatie.

Resource-providing contracts

De inkoper kent hier verreweg de meeste controle. De inkoper is dan het loket van de markt. De inkoper heeft supervisie over de productie en cruciale toeleveringskanalen van de producent.

De mate van verticale coördinatie is volgens de transactiekosten theorie onder andere afgeleid van het karakter en het niveau van de transactiekosten. Een verandering in de transactiekosten veroorzaakt hierdoor een verandering in de uitwisseling van een product. Dit kan zo gevolgen hebben voor het managen van de supply chain, de relaties in de keten. In deze context benoemt Hobbs [19, blz. 20] belangrijke karakteristieken van een transactie:

- ❖ De mate van onzekerheid waarmee de transactie omgeven is
- ❖ De mate van *asset specificity*
- ❖ De frequentie van de transacties

Aan de hand van deze karakteristieken kan een efficiënte vorm van coördinatie gekozen worden. Bij een lage onzekerheid zijn spot markten efficiënt om transacties uit te voeren. Als in een transactie een hoge onzekerheid speelt, is een meer formele vorm van verticale coördinatie vereist. Bijvoorbeeld een alliantie. Hierdoor ontstaat meer controle van een partij om in te spelen op deze onzekerheid.

Kijkend naar *asset specificity*, dan hoort bij een hoge *asset specificity* een hoge mate van verticale coördinatie. En daarbij hoort een SCM benadering: een lange termijn uitwisseling van producten of diensten tussen partijen. Bij een lage *asset specificity* kunnen spotmarkten volstaan.

Een hoge frequentie van transacties zal opportunistisch gedrag door partijen beperken om zo op lange termijn geen transacties mis te lopen. Bij een hoge transactie frequentie tussen partijen is de informatie over elkaar ook hoog. Hobbs zegt dat daarom spotmarkten zich goed lenen voor deze transacties. Echter bij een beperkte transactie frequentie is verticale coördinatie noodzakelijk om misbruik van informatie asymmetrie te voorkomen.

4.7.1. Samenvattend

Door na te gaan of door de implementatie van ZZP's de informatiestroom verandert in de AWBZ keten, kan worden nagegaan of op transactie niveau de relatie tussen organisaties in de keten verandert. Hierdoor kunnen de gevolgen voor de risico's en mogelijkheden rond een transactie worden geanalyseerd. Deze risico's zullen partijen willen vermijden en de mogelijkheden zullen ze willen benutten. Met het werk van Hobbs kan worden geanalyseerd welke effecten de implementatie van

zorgzwaartebekostiging op transactieniveau heeft. En hiermee kan een strategie worden ontwikkeld die mogelijkheden benut en risico's vermijdt.

4.8. Organisatie van transacties

In supply chain management staan verticale relaties centraal. Deze verticale relaties kunnen op verschillende manier gestructureerd worden. De geschiktheid van een structuur kan worden bepaald met het werk van Mahoney [20]. Hiermee kan worden nagegaan of de invoering van zorgzwaartebekostiging en ZZP's een invloed heeft op de geschiktheid van de structuur van de transactie. Mahoney [20] legt namelijk een verband tussen verticale relaties tussen organisaties en de organisatie van controle in deze relatie. Aan de hand hiervan kan een efficiënte vorm van organisatie worden gekozen voor deze relatie en vervolgens worden geëvalueerd.

Mahoney geeft een voorspelling voor de meest geschikte structuur voor een verticale relatie tussen organisaties. Deze structuren coördineren de transacties tussen organisaties. Deze structuren kunnen variëren van verticale contractvormen tot verticaal financieel eigendom. Volgens Mahoney [20, blz. 575] wordt de structuur bepaald door *task programmability* en *nonseparability* eigenschappen van producten. *Task programmability* heeft betrekking op de kennis van het transformatie proces. Bij weinig kennis van dit proces is de inzet van middelen niet goed te koppelen aan het resultaat van het transformatie proces. Hierdoor kan bij een lage mate van *task programmability* niet gekeken worden naar de inzet van middelen als maatstaf voor een beloning. Bij een hoge *task programmability* is de inzet van middelen daarentegen wel een goede basis om te belonen. *Task programmability* wordt door Mahoney verdeeld in een hoge en lage mate van *asset specificity*. (De mate waarin partijen vast zitten aan de transactie als gevolg van investeringen). Door vervolgens ook de mate van *nonseparability* vast te stellen kan een efficiënte structuur voorspeld worden. *Nonseparability* geeft aan in welke mate een koppeling tussen beloning en resultaat van de prestatie mogelijk is. Een lage *nonseparability* betekent dat het resultaat van een prestatie goed te koppelen is aan beloning. Bij een hoge *nonseparability* is het resultaat van prestatie een slechte maatstaf om een beloning op te baseren. Bij een *nonseparability* is dus een manager nodig om het proces te monitoren. In de onderstaande tabel zijn aanbevolen vormen van organisatie van de controle in relatie tot de bovengenoemd factoren.

	Laag <i>task programmability</i>		Hoog <i>task programmability</i>	
	Laag <i>asset specificity</i>	Hoog <i>asset specificity</i>	Laag <i>asset specificity</i>	Hoog <i>asset specificity</i>
Laag <i>Nonseparability</i>	Spotmarket	Long-term contract	Spot market	Join Venture
Hoog <i>Nonseparability</i>	Relational contract	Clan (Hierarchy)	Inside contract	Hierarchy

Tabel 4: Relatie tussen organisatievormen voor verticale controle en productie eigenschappen. [20, blz. 576]

In de tabel staan verschillende organisatie vormen van verticale coördinatie. Met *spot market* worden prijssystemen bedoeld die de coördinatie efficiënt regelen via vraag en aanbod op een bepaald moment. *Long-term contract* is een contract waarbij partijen afspraken maken waarbij de naleving door derden kan worden afgedwongen. (Bijvoorbeeld rechtbanken). Bij een *relational contract* ligt de verantwoordelijkheid voor naleving bij de partijen zelf. Er is sprake van een maatschappelijk afdwingbaarheid. *Inside contract* is een hybride vorm van contract en hierachy vergelijkbaar met het 'manager as monitor' model. *Joint venture* is een overeenkomst waarbij een aparte entiteit gecreëerd wordt voor de verticale coördinatie.

Bij *Hierarchy* is een opdrachtgever en uitvoerder relatie, de opdrachtgever is financieel eigenaar. Bij *Clan* is de organisatie gebaseerd op een onmisbaar gevoel van menselijke solidariteit.

4.8.1. Samenvattend

Door te analyseren of de zorgzwaartebekostiging invloed heeft op de factoren van Mahoney kan worden nagegaan of aan de transactie structuur ook andere eisen worden gesteld. Door bij de implementatie op eventuele veranderingen in te spelen kan een passende strategie worden ontwikkeld.

4.9. Implementatieproces

4.9.1. Introductie

De behandeling van de theorie over implementatie moet inzicht opleveren over hoe succesvol tot een implementatie van het ZZP in zorgcentra de Betuwe te komen. Daarom wordt hieronder de theorie besproken voor het implementatieproces. Dit moet resulteren effectieve aanbevelingen voor een goede implementatie.

4.9.2. Definitie

Alvorens het implementatieproces te analyseren zal eerst duidelijk moeten worden wat er verstaan wordt onder implementatie. De definitie van Hulscher et al [21, blz. 11] is in dit onderzoek het uitgangspunt voor implementatie:

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het(beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg

Onderdelen van implementatie

In de definitie van implementatie komen een aantal onderdelen aan bod. Deze worden nu nader toegelicht. Te beginnen met de *procesmatige en planmatige invoering*, hiermee wordt bedoeld het systematisch doorlopen van verschillende fasen om de vernieuwing en/of verandering te bereiken. Het planmatige kenmerk in de definitie benadrukt een logische fit tussen strategie en uitvoering om implementatie van de vernieuwing te bereiken. Deze strategie richt zich op de werknemers, klanten of de organisatie zelf, en heeft tot doel het feitelijk handelen te wijzigen om zo de vernieuwing te realiseren.

De *vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde* uit de definitie van implementatie verwijst enerzijds naar het afwijken van de in te voeren werkwijzen, technologie of organisatievorm van de normale situatie. Anderzijds dat de vernieuwing of verandering een bewezen waarde heeft, hetgeen betekent dat op wetenschappelijke of systematische wijze aangetoond kan worden dat met een

realisatie van de verandering het vooropgestelde doel kan worden bereikt. Een *structurele plaats verkrijgen* in de implementatie definitie vestigt aandacht op het risico van terug vallen in de oude methoden. Het doel van implementatie is een blijvende verandering te realiseren.

Tenslotte het onderdeel *in (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg*. Dit onderdeel in de definitie geeft aan waar de implementatie gevolgen heeft. Deze definitie maakt inzichtelijk wat er moet gebeuren om de implementatie een succes te noemen. Er moet een proces worden ontworpen om structureel iets te veranderen. Dit proces ontwerpen kan op verschillende manieren.

In de volgende alinea staat het model van Grol centraal om dit proces te ontwerpen.

4.9.3. Fasen van implementatie

In de vorige paragraaf werd het procesmatige karakter van implementatie reeds al benadrukt in de definitie. Door het ontwerp van dit proces op te delen in fasen kan implementatie eenvoudiger worden gerealiseerd. Grol maakt zo'n opdeling in fasen. In deze alinea wordt het model van Grol besproken dat is opgedeeld in 5 fasen.[21, blz. 14]

1. *De ontwikkeling van een concreet voorstel voor verandering van de zorgverlening.* De doelstellingen van de verandering komen in dit voorstel naar voren evenals een bewijs dat het voorstel op een kundige manier deze doelstelling zal bereiken. Dit is de solide basis waarop de verandering steunt dat professionals moet kunnen overtuigen van de effecten van de verandering. Aandacht voor de implementatie in het veranderingsvoorstel vergroot de slaagkans van de implementatie.
2. *Analyseer de situatie:*
 - a) *Bepaal de partijen die betrokken zijn bij de implementatie:* door het vaststellen van de doelen van de betrokken partijen en welke doelstellingen van deze partijen. Hierbij worden ook de partijen buiten de organisatie bedoeld.
 - b) *Inventariseren van de huidige gang van zaken:*
Dus een beschrijving van het huidige proces en eventuele verschillen in het proces tussen verschillende cliënten, zorgverleners, zorginstellingen of onderdelen daarvan. De bepaling van overeenkomsten en verschillen van de huidige en vernieuwde situatie is hierdoor mogelijk.
 - c) *Identificeren van belemmerende en bevorderende factoren* van de vernieuwing. Een implementatie strategie richt zich op het wegnemen van belemmerende factoren en het stimuleren van bevorderende factoren. De identificatie is daarmee dus cruciaal.
3. *Relateer interventies aan belemmerende factoren:* Vaak zijn er meerdere interventies nodig om de verandering te realiseren. Als er meerdere, verschillende interventies nodig zijn om de verandering te realiseren is het koppelen van deze interventies aan de belemmerende factoren noodzakelijk om overzicht te bewaren en een goede toepassing te behalen.
4. *Ontwikkel een plan:* omdat niet alle interventies gelijktijdig worden uitgevoerd en op bijvoorbeeld dezelfde afdeling is het belangrijk een goede taakverdeling te maken en dit vast te leggen in een plan.
5. *Plan uitvoeren en evalueren:* het uitvoeren van het ontwikkelde plan en nagaan of de voorgenomen doelstellingen worden bereikt staat in deze fase

centraal. Het plan uit de voorgaande fase kan zonodig aangepast worden wanneer resultaat achterblijft.

4.9.4. Samenvattend

De implementatie van zorgzwaartebekostiging zal interventies moet aanbevelen voor factoren die de zorgzwaartebekostiging belemmeren. Daarnaast zullen de bevorderende factoren moeten worden gestimuleerd. De eerste fase van Grol's model is al genomen door de overheid. Op de overige fasen is nog wel invloed uit te oefenen door ZDB. Dit onderzoek zal zich daarom richten om in deze fasen aanbeveling te doen om de zorgzwaartebekostiging met haar ZZP's in ZDB tot een succes te maken.

5. Resultaten van Analyse

In hoofdstuk 1 is de redenering van de overheid die de zorgzwaartebekostiging rechtvaardigt al besproken. Daarin komt naar voren dat de overheid tot de conclusie is gekomen dat er meer transparantie nodig is in de AWBZ keten. Met deze transparantie krijgen de cliënt en het zorgkantoor meer informatie om een keuze te maken voor een zorgaanbieder die bij hem past. Op strategisch niveau kunnen er met behulp van het theoretisch kader in het vorige hoofdstuk een aantal effecten van de implementatie zichtbaar worden gemaakt. In deze paragraaf zullen, aan de hand van het theoretisch kader, de verschillende aspecten van de implementatie van zorgzwaartebekostiging nader worden geanalyseerd.

De resultaten van de analyse zijn tot stand gekomen door interviews te houden met verschillende functionarissen binnen ZDB, zie bijlage I tot en met IV. Daarnaast is ook een interview gehouden met een manager buiten ZDB die zich bezig houdt met de implementatie van zorgzwaartebekostiging, zie bijlage V. Met deze interviews is het mogelijk om op twee niveaus te kijken naar de implementatie van zorgzwaartebekostiging op strategisch en op operationeel niveau. Dit hoofdstuk begint met het strategisch niveau en bespreekt vervolgens het operationele niveau in paragraaf 5.6

5.1. Samenwerking in de keten

In deze paragraaf wordt getoetst of samenwerking op basis van de criteria van Kanter wordt beïnvloed. Maar eerst wordt stilgestaan in hoeverre het ontwikkelen van de samenwerking nuttig zou zijn.

Gattorna en Walters gaan in op het doel aspect van de samenwerking. De reden dat de samenwerking bestaat is omdat partijen een gezamenlijk een doel willen bereiken. De voornaamste reden dat in de AWBZ keten samenwerking bestaat is omdat de overheid via wet- en regelgeving heeft bepaald dat dit er zo uit moet zien.

De opsomming van redenen voor een strategische samenwerkingsvorm gegeven door Gattorna en Walters zijn:

- ❖ Achieving strategic objectives
- ❖ Reduced risk while increasing reward
- ❖ Het verhogen van de opbrengst op schaarse middelen

Het zorgkantoor en de zorgaanbieder zouden ook gebaat zijn bij het ontwikkelen van de samenwerking op deze manier. De aanwezigheid van wachtlijsten geeft wel aan dat men graag een hogere opbrengst op bestaande middelen wil in de AWBZ. Wanneer het zorgkantoor meer van zijn cliënten naar zorgaanbieders kan verwijzen en de zorgaanbieder meer mensen kan helpen bereiken beide partijen hun organisatiedoelen.

Ook het reduceren van risico's en het vergroten van de beloning is een reden die beide partijen aanspreekt. Het risico op beheerskosten kan worden teruggebracht wanneer de afstemming tussen beiden partijen goed is.

In het vorige hoofdstuk is reeds aan de orde geweest dat onderzoek van Kanter heeft uitgewezen dat een relatie niet kan worden geleid door een formeel systeem maar dat er meer vereisten zijn. Dit ondersteunt de gedachte dat wet- en regelgeving alleen niet voldoende reden is voor de relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Daarnaast geeft Kanter aan dat een succesvolle relatie tussen

organisaties meer behelst dan enkel de uitwisseling van input en output maar dat samenwerking een belangrijke rol speelt.

Door nu te kijken naar de 8 criteria die Kanter noemt om succes te behalen in de samenwerking kan worden vastgesteld of de implementatie van ZZP's deze criteria beïnvloedt. Zo ontstaat een beeld van de effecten van de zorgzwaartebekostiging.

Individueel excelleren

De ZZP's zorgen voor een variabele capaciteitsvergoeding. Daarmee kan een uitbreiding van capaciteit nu zonder risico door het zorgkantoor worden gehonoreerd, de ongebruikte capaciteit wordt namelijk niet meer vergoed. Het zorgkantoor betaalt namelijk alleen bij zorglevering voor de gebruikte capaciteit. Hierdoor zal een onzorgvuldig beslissing voor de uitbreiding beperkt blijven, en de zorgaanbieder meer vrijheid genieten op dit punt.

Het zorgkantoor heeft meer inzicht in de geleverde prestatie in de individuele verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit maakt het gemakkelijk om te rechtvaardigen waarom keuzes gemaakt worden naar bepaalde verpleeghuizen en verzorgingshuizen toe. Ook de zorgaanbieders hebben meer houvast bij het onderbouwen van de prestaties die ze leveren. [Bijlage II, zorgmanager, vraag 0].

Importantie

De AWBZ heeft tot doel zorg te leveren aan zorgvragers. De zorgaanbieder levert de zorg en het zorgkantoor koopt de zorg in voor de verzekerden. De zorgaanbieders leveren zorg optimaal als zij zoveel mogelijk zorg leveren van een zo hoog mogelijke kwaliteit. Het zorgkantoor draait optimaal als zij zoveel mogelijk zorg kan leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Hierdoor ontstaat een spanning omdat partijen gebonden zijn aan een beperkt budget. Er zal dus een afstemming moeten plaats vinden tussen hun doelen. De ZZP's zullen geen directe impact hebben op de afstemming van die strategische doelen van zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor. Beide partijen zullen op hun niveau in de keten door invoering van ZZP's andere strategische doelen willen bereiken.

Investment: de investering van beide partijen in elkaar benadrukt het aandeel in de relatie en de toewijding aan het lange termijn succes van de onderneming. Er is geen sprake van een specifieke investering in elkaar om de relatie te versterken. Dit is ook wettelijk niet toegestaan, zorgverzekeraars mogen nu eenmaal geen zorg leveren en dus niet investeren als leverancier van zorg. Het succes van de samenwerking staat op dit punt dus onder druk. Het blijft een eenzijdige investering van de zorgaanbieder om ZZP's aan de man te krijgen en het is te hopen dat het zorgkantoor meegaat. [Bijlage I, controller, vraag 1].

Informatie: de implementatie van de zorgzwaartebekostiging zorgt voor een standaardisatie van de informatie. De zorgaanbieder deelt meer informatie over de prestaties die ze levert ten opzichte van andere aanbieders. Voorheen speelde de zorgzwaarte van de bewoner een beperkte rol op de vergoeding. In de nieuwe situatie een heel grote. Hierop komt een reactie van het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan met deze informatie effectiever zorg inkopen, lettend op haar doelstelling en mogelijk meer invloed op de invulling proberen uit te voeren. [Bijlage I, controller, vraag 8 ; Bijlage III, regiomanager, vraag 2; Bijlage IV, hoofd Paramedische Dienst, vraag 9].

Integratie: ZZP's zijn persoonsgebonden, via een zorgplan worden de ZZP's verschillend vertaald naar zorg. De tien ZZP's verschillen in uren en naar verwachting worden ze per instelling anders ingevuld. Deze manier van bekostigen vergt een andere controle door het zorgkantoor. De mate waarin hier rekening wordt gehouden bij implementatie van ZZP's beïnvloedt de samenwerking. Een eenvoudige

controle mogelijkheid door het zorgkantoor beïnvloedt het verloop van de samenwerking.

Institutionalisering: ZZP's leveren een bijdrage aan de institutionalisering. Er wordt op een formele manier uitgedrukt welke prestaties geleverd moet worden. Het zorgkantoor krijgt meer inzicht in de prestaties van de zorgaanbieder. Door dat er meer inzicht ontstaat zijn de verantwoordelijkheden duidelijker in de verwachtingen van partijen.

Integriteit: Het is lastig aan te geven of dit aspect verandert. Zorgkantoor en zorgaanbieder zijn op elkaar aangewezen, beide partijen willen immers in de zorgvraag voorzien. Afzonderlijk is dit niet mogelijk. Of de extra informatie die ZZP's opleveren voor het zorgkantoor reden is zich ondermijnend te gedragen en de situatie te misbruiken is niet bekend. Ook voor de zorgaanbieder is het een mogelijkheid om te laten zien dat de ZZP's bewijzen dat ze geen misbruik maken van het vertrouwen. Op voorhand is dit aspect lastig te beoordelen omdat de zorgaanbieder en het zorgkantoor immers op elkaar zijn aangewezen. [Bijlage I, controller, vraag 2].

Conclusie

De invoering van zorgzwaartebekostiging en de daarbij horende ZZP's heeft invloed op de samenwerking. Aan de hand van de criteria van Kanter kan geconcludeerd worden dat het succes van de samenwerking tussen zorgkantoor en zorgaanbieder wordt beïnvloed door de implementatie van ZZP's.

Hier is essentieel om bij implementatie van ZZP's in ZDB te toetsen of er geen negatieve effecten zijn voor de samenwerking en welke mogelijkheden er zijn om de samenwerking te verbeteren.

5.2. Transactie kosten en Supply Chain Management

Na hierboven het succes en de redenen van samenwerking tussen organisaties te hebben besproken zal in deze paragraaf het gedrag in verband met de zorgzwaartebekostiging worden behandeld. Het gedrag in de keten kan worden verklaard door de transactiekosten te bekijken, de werking hiervan is in het theoretisch kader behandeld.

De transactiekosten zijn onder te verdelen in verschillende categorieën aan de hand van Hobbs: Informatiekosten, onderhandelingskosten en monitoringskosten.

Informatiekosten

Met zorgzwaartebekostiging ontstaan 10 indicatiecategorieën met 10 verschillende tarieven voor de sector verzorging en verpleging in de AWBZ. Elke zorgaanbieder ontwikkelt een ander aanbod per ZZP. In de praktijk zullen de ZZP's een andere invulling hebben per zorgaanbieder. Dit verschil wordt veroorzaakt door het verschil in middelen per zorgaanbieder maar ook door een verschil in visie. Deze verschillen in kaart brengen legt beslag op middelen van het zorgkantoor. Voor het zorgkantoor nemen hierdoor de informatiekosten toe. Het zorgkantoor zal om een goede prijs kwaliteit verhouding te bepalen de zorgaanbieders op de 10 verschillende ZZP's met elkaar moeten vergelijken. Dit zorgt voor een toename van de kosten voor de oriëntatie op de markt. In de huidige situatie waarin een tarief per bed en per dag geldt voor alle zorg met verblijf is het veel eenvoudiger om te vergelijken dan in een situatie met 10 verschillende ZZP's. De informatiekosten zullen daardoor stijgen. Ook voor de zorgaanbieder is het per ZZP ontwikkelen iets dat meer tijd zal vergen. Er zal een nauwkeurig afgestemd aanbod moeten worden ontwikkeld per ZZP om zo aantrekkelijk te blijven in de ogen van het zorgkantoor en hun cliënten. Overigens

zal een deel als basiszorg vastliggen. (Zoals bijvoorbeeld het helpen met eten). Er is daarnaast nog ruimte voor verschillen in bijvoorbeeld de dagbesteding maar ook de dagstructurering kan verschil maken.

Onderhandelingskosten

De onderhandelingskosten zijn kosten gemaakt voor het opstellen van het contract dat de productieafspraken vastlegt. Deze productieafspraken zullen met de komst van de zorgzwaartebekostiging meer details bevatten dan voorheen. De productieafspraken worden dan opgedeeld in 10 verschillende ZZP's en per ZZP zal het zorgkantoor toch scherpe eisen gaan stellen. [Bijlage I, controller, vraag 8]. Naar verwachting stijgen hierdoor de onderhandelingskosten omdat het meer moeite kost voor zorgkantoor en zorgaanbieder om de productieafspraken overeen te komen.

Monitoringskosten

De kosten voor het naleven van de gemaakte productieafspraken worden met de invoering van zorgzwaartebekostiging beïnvloed. De zorgaanbieder krijgt in de praktijk te maken met hogere monitoringskosten. Nu de vergoeding volledig variabel is met de zorgzwaarte van de cliënt wordt vereist dat de zorgzwaarte van de cliënt beter in de gaten wordt gehouden. Dit betekent dat er kosten gemaakt moeten worden om herindicaties aan te vragen die in het verleden niet nodig waren. [Bijlage I, controller, vraag 6]. Daarmee stijgen de monitoringskosten aan de kant van de zorgaanbieder. [Bijlage III, regiomanager, vraag 15]. Ook het zorgkantoor heeft meer expertise nodig in relatie tot de verschillende ZZP's. Daarnaast is de administratieve last voor beide partijen sowieso door de detaillering in 10 ZZP's groter. Beide partijen zullen door invoering van ZZP's te maken krijgen met toenemende monitoringskosten.

In het bovenstaande is duidelijk geworden dat de transactiekosten voor zowel zorgaanbieder als zorgkantoor toenemen door de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Deze verhoging van kosten is natuurlijk alleen verantwoord als het daadwerkelijk tot een verbetering leidt in het voorzien van de zorgbehoefte bij cliënten. Een succesvolle samenwerking kan leiden tot een beperkte stijging van deze kosten doordat de activiteiten van de partijen beter op elkaar afgestemd zijn.

5.3. Transactiekosten en gedrag

Aan de hand van transactiekosten is het gedrag van partijen in de AWBZ keten te analyseren. In het theoretisch kader zijn reeds deze concepten toegelicht. Deze concepten *bounded rationality*, *opportunism*, *asset specificity* en *information asymmetry* worden hieronder in verband met het ZZP gebracht.

Bounded rationality

De zorgzwaartebekostiging moet leiden tot een grotere mogelijkheid voor cliënten en zorgkantoor om bewust te kiezen voor een zorgaanbieder, zo stelt de overheid. Op dit ogenblik is een keuze nogal beperkt. Dit wordt veroorzaakt door de onzekerheid en complexiteit van zorg. Voorbeelden van onzekerheid bij zorg zijn o.a. de hoeveelheid zorg en het tijdstip waarop de zorg nodig is. De complexiteit van zorg is o.a. een gevolg van de verschillen in zorgbehoefte en de diversiteit aan zorgdisciplines noodzakelijk om in de zorgbehoefte te voorzien. Daarbij fluctueert de zorgbehoefte ook nog van dag tot dag. Met de invoering van de ZZP's wordt een onderverdeling gemaakt naar zorgzwaarte die voor alle partijen geldt. Waar voorheen de onderverdeling per instelling kon verschillen is er nu een vooraf bepaalde standaard. Het zorgkantoor en de cliënten kunnen zo beter het aanbod van

zorgaanbieders vergelijken. De zorgzwaartebekostiging geeft hiermee meer inzicht in de prestaties die van de instelling verwacht kan worden in relatie tot het ZZP. En dat maakt het mogelijk om te kiezen voor bepaalde prestaties. De complexiteit van de situatie wordt teruggebracht, hierdoor ontstaat een positief effect op het begrip *bounded rationality*.

Overigens zullen de effecten in de praktijk echter maar beperkt blijven wat betreft de keuze mogelijkheid van een cliënt door verschil in aanbod te vergelijken. Het effect zal zelfs waarschijnlijk maar marginaal zijn. Hier zijn meerdere redenen voor. Op de eerste plaats zal de cliënt vaak uit sociale en geografische redenen kiezen voor een bepaalde zorginstelling. [Bijlage III, regiomanager, vraag 26]. Op de tweede plaats bestaan er wachtlijsten, hierdoor is een keuze maken vaak niet eens mogelijk. Op de derde plaats kan ook het inkoopbeleid van het zorgkantoor de keuzemogelijkheid beperken. Of de implementatie van ZZP's daadwerkelijk meer keuze mogelijkheden opleveren is dus nog maar de vraag.

Opportunism

Het risico van nastreven van voornamelijk eigen belangen neemt met de implementatie van zorgzwaartebekostiging eerder toe dan af. De zorgaanbieders lopen een groter risico omdat ze nu volledig afhankelijk worden van de geleverde zorg en niet meer kunnen rekenen op een vaste vergoeding op basis van capaciteit. [Bijlage III, regiomanager, vraag 15].

Dit risico kan worden teruggebracht door te sturen op gunstige ZZP's. Hierdoor kunnen bepaalde ZZP's te weinig worden aangeboden. Een voorbeeld zijn de zwaardere ZZP's, deze bevatten meer uren en daarmee zal naar verwachting een grotere omzet te generen zijn. Inzetten op deze ZZP's resulteert in een grotere omzet en dit kan het risico daarmee terugbrengen. Hierdoor kunnen echter personen met lichtere ZZP's buiten de boot vallen. Dit zal bovendien worden versterkt door de wachtlijsten die er nu al zijn.

Ook het zorgkantoor kan opportunistisch handelen door zich met de inhoud van ZZP's te bemoeien. [Bijlage I, controller, vraag 8]. Feitelijk is dat niet mogelijk, in de ZZP's staan uren waar de cliënt recht op heeft. In de praktijk is dit nog niet uitgesloten. Met de implementatie van de zorgzwaartebekostiging neemt het risico op opportunistisch gedrag toe.

Het toenemen van financieel risico voor de zorgaanbieder en het willen beperken daarvan kan opportunistisch handelen in de hand werken.

Een zorgaanbieder kan ook een soberder aanbod voor ZZP's aanbieden maar wel binnen de grenzen van wat er in het ZZP moet worden aangeboden. Hierdoor neemt de kwaliteit voor de cliënten af maar houdt de zorgaanbieder meer geld over.

Wanneer de vrijgekomen middelen besteedt worden aan meer aanbod zal voor andere cliënten de toegankelijkheid toenemen. Maar bij een reserveren van deze middelen voor andere doeleinden trekt de cliënt aan het kortste eind en resulteert dit slechts in een afname in kwaliteit van ZZP's.

Asset specificity

De zorgzwaartebekostiging resulteert voor zorgaanbieders in een toename van de asset specificity. De mate waarin een zorgaanbieder vast zit aan een bepaalde ZZP is toegenomen omdat de vergoeding die de kosten dekt hieraan gekoppeld is. Er is met zorgzwaartebekostiging een bepaald niveau aan zorgzwaarte nodig om de kosten te dekken die zijn gebonden aan de investering van een bepaalde manier van zorglevering. Hierdoor is de afhankelijkheid van de zorgaanbieder aan bepaalde ZZP's toegenomen. Het is namelijk de enige partij die gebonden is via de investering in een bepaalde capaciteit en in bepaalde middelen. Hiermee is de zorgaanbieder

overgelaten aan het zorgkantoor voor afname van deze ZZP en ook de vraag vanuit de markt. Het zorgkantoor kan namelijk in de verleiding komen om zich meer opportunistisch te gedragen. Door de gebondenheid van de zorgaanbieder aan zijn investering kan deze geen kant op.

Information asymmetry

Er zijn twee vormen van informatie asymmetry. De ene vorm leidt tot een verkeerde selectie, de andere tot verborgen handelingen. De zorgzwaartebekostiging kan opportunistisch gedrag bij selectie veroorzaken. Als voor bepaalde ZZP's een groter aanbod is dan kan dit cliënten aanzetten om zich dusdanig te gedragen zodat een verkeerd beeld van de zorgzwaarte ontstaat. Er wordt een verkeerde ZZP afgegeven aan de cliënt en deze wordt opgenomen, vervolgens moeten de zorgaanbieders alles recht zien te trekken. Zo kan er in een verzorgingstehuis een te zware ZZP terecht komen en een te lichte ZZP in een verpleeghuis. [Bijlage IV, hoofd Paramedische Dienst, vraag 1 en 6 en 11]. Dit kan problemen geven in formatie van personeel en bij controle leiden tot een lagere vergoeding. Natuurlijk is het CIZ verantwoordelijk voor een juiste indicatiestelling maar het risico van een te lage vergoeding ligt bij de zorgaanbieder en waarschijnlijk ook als de herindicatie een lagere ZZP aanwijst. Het verbergen van informatie kan zich uiten in het aannemen van een bepaalde ZZP zwaarte terwijl daar in uren eigenlijk geen ruimte voor is. Dit komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede. Het is voor een zorgaanbieder aantrekkelijk om dit te doen omdat zo een hogere vergoeding ontstaat. Voor een zorgaanbieder die zich eerlijk opstelt kan deze vorm van concurrentie vervalsing nadelig zijn en demotiverend. Daarnaast is het voor het zorgkantoor een probleem omdat zij niet de ingekochte kwaliteit krijgt.

5.4. Supply Chain Management en Transactiekosten

De zorgzwaartebekostiging zorgt voor een toename van de transactiekosten. Niet alleen voor de zorgaanbieder maar ook voor het zorgkantoor stijgen de transactiekosten. In het theoretisch kader is aandacht besteed aan die aspecten die bepalend zijn voor efficiënte coördinatievormen. Deze coördinatievormen waren zowel spot markten, contracten en verregaande vormen van verticale integratie als allianties.

In de huidige situatie wordt in de productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder voor verschillende groepen cliënten een bepaalde productie afgesproken. Bijvoorbeeld het aantal cliënten somatiek dat per jaar van zorg wordt voorzien. Het toezicht gebeurt aan de hand van registratie van het aantal dagen zorg geleverd aan cliënten.

Deze manier van contracteren in de huidige situatie komt dus overeen met een *market specification contract* genoemd in het artikel van Hobbs. De zorgaanbieder controleert namelijk het gehele productie proces.

Volgens Hobbs zijn er drie aspecten die de mate van verticale integratie beïnvloeden. Dit zijn de mate van onzekerheid waarmee de transactie omgeven is, de mate van *asset specificity* en de frequentie van de transacties. Hiervoor is al besproken dat met de implementatie van de zorgzwaartebekostiging de transactiekosten veranderen. De mate van onzekerheid rond de transactie neemt toe: de zorgaanbieder krijgt te maken met hogere mate van onzekerheid door het toenemende risico op opportunisme. Effecten van de informatie asymmetry vergroten het financiële risico voor de zorgaanbieder en daarmee neemt de onzekerheid toe.

De mate van *asset specificity* neemt bij de invoering van ZZP's toe. Zorgaanbieders zijn meer gebonden aan specifieke cliënten door een specificatie in ZZP's. Niet iedere

cliënt is per definitie geschikt om een lege plaats te vullen. Ook zal niet iedere cliënt evenveel opleveren. Ook zal het niet rendabel zijn om voorzieningen gericht op zwaardere ZZP's te exploiteren met lichtere ZZP's. [Bijlage III, regiomanager, vraag 18, Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 11]. De tarieven zijn hiervoor waarschijnlijk niet toereikend. De zorgaanbieders zijn meer afhankelijk van bepaalde transacties, het leveren van bepaalde ZZP's. De *asset specificity* neemt dus toe. Tenslotte zal de frequentie van de transactie niet veranderen. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder zullen even vaak als in het verleden tot transacties komen.

Op basis van het werk van Hobbs sturen deze veranderingen aan op een hogere mate van verticale integratie. Het zorgkantoor zal zich meer willen gaan bemoeien met de activiteiten van de zorgaanbieders om een betere invulling van haar wensen te willen krijgen. Dit zal betekenen dat de productieafspraken qua contract categorie verschuiven: een verschuiving van market specification contract naar production-management. Het zorgkantoor zal dus meer participeren in productieprocessen en meer specificeren dan voorheen. Bij implementatie van ZZP's in ZDB zal hier op ingespeeld moeten worden om voor bepaalde ZZP's een voorkeursaanbieder te worden.

5.5. Structuur van verticale coördinatie

Voor gebruik van het Mahoney model is het noodzakelijk de volgende factoren in te vullen. *Task programmability* en *nonseparability* en *asset specificity*.

Asset specificity

Zowel Hobbs als Mahoney bedoelen hetzelfde met deze term. Op dit moment is er beperkt sprake van *asset specificity*, er is een vergoeding naar capaciteit en naar verpleegdagen onafhankelijk van zorgzwaarte. In de nieuwe situatie is alleen de zorgzwaarte van de cliënt bepalend voor de vergoeding van de zorgaanbieder. Op korte termijn geldt dat een zorgaanbieder zal zich moeten richten, afgestemd op de middelen die beschikbaar zijn, op bepaalde ZZP's. Een verpleeghuis is niet rendabel te exploiteren met alleen ZZP 1 of 2. Dus alleen die ZZP's die in tarief zijn afgestemd op de ingezette middelen zullen het voor de zorgaanbieder mogelijk maken de exploitatie op een rendabele manier uit te voeren. [Bijlage III, regiomanager, vraag 18, Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 11]. De ZZP's verhogen dus de *asset specificity*, om een zorgzwaarte te kunnen behandelen is een bepaalde investering in apparatuur nodig, deze moeten voldoende bezet worden. Een tillift bijvoorbeeld is niet rendabel voor één cliënt, er zullen meerdere cliënten het apparaat moeten gebruiken om de investering hierin rendabel te maken. Met de aanschaf van een apparaat kies de instelling voor een bepaalde ZZP.

Task programmability

Op cliënt niveau wordt met de invoering van zorgzwaartebekostiging gemeten welke zorg noodzakelijk is voor de cliënt. De huidige situatie maakt geen verschil tussen een cliënt die 1 uur nodig heeft of een cliënt die 10 minuten nodig heeft. [Bijlage III, regiomanager, vraag 9]. Doorslaggevend is het bezit van een verblijfsindicatie, wat een vergoeding per dag inhoudt onafhankelijk van het aantal uren dat noodzakelijk is. De *task programmability* oordeelt of de input als maatstaf voor beloning geschikt is. De implementatie van de zorgzwaartebekostiging verhoogt de *task programmability*. In de huidige situatie staat de input los van de prestatie, de zorgbehoefte van de cliënt speelt een beperkte rol bij beloning. De beloning die hier tegenover staat is één vast tarief onafhankelijk van de zorgzwaarte. Dus als een cliënt deze indicatie eenmaal bezit krijgt de zorgaanbieder onafhankelijk van de zorgzwaarte dit tarief. Binnen het tarief bestaat geen verschil tussen cliënten met

een verblijfsindicatie. Terwijl hun zorgzwaarte wel verschilt. Dit verandert met de implementatie van ZZP's. Vooraf is reeds bekend welke hoeveelheid zorg moeten worden geleverd en hierop is het tarief afgestemd. Dit betekent dat de input nu wel een rol speelt in de beloning van de prestatie. Dus nu neemt de *task programmability* toe. Er is hier sprake van een overgang van laag naar hoog.

Nonseparability

In de zorg is de *nonseparability* hoog. (De mate waarin de output beloond kan worden, dit is lastig (hoog) wanneer niet duidelijk is welke onderdeel de prestatie levert). De geleverde prestatie wordt namelijk niet alleen bepaald door het aantal uren geleverde zorg. Andere factoren spelen hier ook een rol.

De mate waarin een cliënt zich in zijn nieuwe sociale omgeving kan vestigen en synergie effecten binnen een woonzorgteam spelen een rol in de prestatie. Ook de mate van aanpassing aan de nieuwe dagstructuur en de houding van de cliënt zullen de prestaties beïnvloeden. [Bijlage IV, hoofd Paramedische Dienst, vraag 1]

Conclusie

De plaatsing van de factoren in de tabel van Mahoney geeft voor de huidige situatie: *Task programmability* laag, *nonseparability* hoog en *asset specificity* laag. Bij deze situatie is de efficiënte coördinatievorm volgens Mahoney een *relational contract*. Een *relational contract* is een overeenkomst met als kenmerk dat de controle op naleving alleen mogelijk is als partijen vanuit een goede samenwerking de relatie besturen. Bij deze overeenkomst is men aangewezen op samenwerking: de lage *task programmability* maakt sturing op input niet mogelijk en een hoge *nonseparability* maakt sturing op output ongeschikt.

Door de implementatie van zorgzwaartebekostiging veranderen de variabelen van het model van Mahoney: *Task programmability* gaat van laag naar hoog, *nonseparability* blijft hoog en *asset specificity* van laag naar hoog. In Tabel 4 op blz. 39 is af te lezen dat dit betekent dat de organisatie van de coördinatie zich verplaatst naar *inside contract* of naar *hierarchy*. De aanbeveling *inside contract* om efficiënt te coördineren wordt ook wel de *manager as monitor* genoemd [20, blz.576]. Bij een *inside contract* vorm is de manager degene die de coördinatie in goede banen kan leiden. Dit komt omdat bij een lage *asset specificity* de manager de mogelijkheid heeft om te productmiddelen aan te wenden voor andere producten. De manager van de zorgaanbieder is hiermee dus coördinator omdat hij autoriteit heeft de beslissing te nemen om uit te wijken naar andere ZZP's om zo alsnog tot een rendabele exploitatie te komen. De manager heeft daarbij de taak om toezicht te houden bij de verdeling van middelen omdat de toegenomen *task programmability* een rechtvaardiger verdeling mogelijk maakt.

Bij de contract vorm *hierarchy* is er sprake van een relatie waarbij de ene partij opdracht geeft en de andere partij deze uitvoert. De voorgeschreven effectieve coördinatie vorm is vertical financial ownership. [20, blz. 578]. Het verschil met de *inside contract* is de hoge *asset specificity*. Deze gebondenheid aan de transactie resulteert in een hiërarchische verhouding. Door de opdracht gevende partij eigenaar te maken zal deze zich niet langer opportunistisch kunnen opstellen. De investering zou hier immers niet meer door renderen.

De efficiënte verticale coördinatie, *joint venture*, is door de huidige wet en regelgeving onrealistisch. Zorgverzekeraars kunnen en mogen geen zorg uitvoeren, dus het bezit van een zorgaanbieder is uitgesloten. [AWBZ artikel 41].

De beperking van dit model is dat slechts gekozen kan worden voor hoog of laag. Het toont echter wel de gevolgen als de karakteristieken op een continuüm worden gezien. Door de *asset specificity* als een continuüm te zien van laag naar hoog wordt

aangetoond dat een strategie gericht op een bepaalde ZZP leidt tot een meer hiërarchische verhouding met het zorgkantoor. Door dit te beperken is de manager van de zorgaanbieder beter in staat zelf de organisatie te sturen.

5.6. Operationele analyse

In deze paragraaf wordt ingegaan op de risico's en mogelijkheden van de zorgzwaartebekostiging. Zorgzwaartebekostiging zorgt voor toename van het financieel risico. Daarnaast zal een betere afstemming tussen de zorgzwaarte en de personeelsformatie een mogelijkheid zijn om de werkdruk beter te verdelen. Dit wordt hieronder nader geanalyseerd.

5.6.1. Financieel risico

De noodzaak van een passende indicatie

Door de invoering van de zorgzwaartebekostiging neemt het financieel risico voor de zorgaanbieders toe. Deze toename komt voort uit het volledig variabel worden van de vergoeding voor de geleverde zorg. Hierdoor wordt het essentieel dat het ZZP, waaraan deze vergoeding is gekoppeld, aansluit bij de werkelijke zorgzwaarte van de cliënt. Een afwijking waarbij het meer uren kost om in de zorgzwaarte van een cliënt te voorzien dan wordt vergoed in het ZZP, resulteert in een te lage beloning. [Bijlage I, controller, vraag 6, Bijlage II, zorgmanager, vraag 12]. Dit leidt tot verliezen op de exploitatie van de zorgaanbieder. Alleen de zorgaanbieder loopt financieel risico en niet de andere partijen in de keten. In de wet- en regelgeving is vastgelegd dat het zorgkantoor wettelijk is beschermd tegen financieel risico van de zorgkosten.[1, blz. 15]

Ook het CIZ loopt geen enkel risico wanneer de werkelijke zorgzwaarte afwijkt van het ZZP. Zij stelt slechts de indicatie op het moment dat de aanvraag plaats vindt. Daarbij komt dat het formeel de cliënt is die een herindicatie zal moeten aanvragen wanneer zijn werkelijke zorgzwaarte niet meer past bij het ZZP. Toch is alleen de zorgaanbieder de dupe van zo'n afwijking. De cliënt wordt namelijk gespaard, de zorgaanbieders en haar medewerkers voelen zich maatschappelijk verplicht de noodzakelijke zorg te leveren.

Om het financieel risico te beperken zal de zorgaanbieder dus maatregelen moeten nemen om er voor te zorgen dat de indicatie overeenkomt met de werkelijke zorgzwaarte. [Bijlage III, regiomanager, vraag 15]. Daardoor is de werkelijke zorgzwaarte geïndiceerd en is er een actuele ZZP met een daaraan gekoppelde, toereikende vergoeding.

5.6.2. Aanbod afstemmen op zorgvraag

De zorgaanbieder wordt gedwongen met zijn aanbod dusdanig in te spelen op de zorgvraag in de regio volgens de voorwaarden van het zorgkantoor. [Bijlage III, regiomanager, vraag 15]. Deze zorgvraag wordt vooraf ingeschat en vastgelegd in de productieafspraken met het zorgkantoor. Door het uitblijven van een vaste vergoeding voor capaciteit is het belangrijk dat het zorgaanbod van de aanbieder op één lijn is met de zorgbehoefte in de regio. Er zijn namelijk geen inkomsten voor lege bedden bij zorgzwaartebekostiging.

Daarbij speelt ook de visie van het zorgkantoor een rol. Dit is mede bepalend voor het type ZZP's dat gecontracteerd wordt in productieafspraken en daarmee dus ook voor het zorgaanbod van de zorgaanbieder. Dit heeft vervolgens invloed op het financieel risico dat de zorgaanbieder loopt. Dit is geen gebalanceerde verhouding. Het gevaar van opportunisme dat al eerder genoemd is neemt toe.

Het aanbod specificeren in ZZP's vergroot eveneens het financieel risico voor de zorgaanbieder. Het tijdstip en de hoeveelheid van de vraag naar een bepaalde ZZP is onzekerder dan wanneer de totale zorgvraag als één geheel kan worden beschouwd.

Op dit ogenblik kan vrijwel iedere indicatie met verblijf en behandeling een bed vullen. [Bijlage III, regiomanager, vraag 15]. Met zorgzwaartebekostiging zal er moeten voldaan worden aan een bepaald zorgzwaarte criterium, om exploitatie rendabel te maken. [Bijlage III, regiomanager, vraag 18, Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 11]]. Dit betekent dat als de zorgaanbieder om welke reden dan ook andere zorg levert dan is vastgelegd in productieafspraken, er geen of te weinig vergoeding tegenover staat. Hierdoor speelt de nauwkeurigheid van de inschatting van het aanbod een grotere rol.

Aantrekkelijke invulling van ZZP

Een aantrekkelijke invulling van ZZP's kan meer cliënten opleveren. Wanneer een zorgaanbieder een aantrekkelijke invulling geeft aan een ZZP vergroot dit de kans op de afname van het betreffende ZZP. Het effect van een aantrekkelijke invulling heeft echter een marginale invloed. Op de eerste plaats wordt door de wachtlijsten het aanbod beperkt en zal urgentie een grotere rol spelen dan dat daadwerkelijk een vrije keus kan worden gemaakt gebaseerd op het aanbod van een zorgaanbieder. Op de tweede plaats is al eerder opgemerkt dat sociale en regionale voorkeuren een hogere prioriteit hebben dan een aantrekkelijk ingevulde ZZP. [Bijlage III, regiomanager, vraag 26]. Een derde punt is dat de visie van de zorgaanbieder, de manier waarop zorg levering vorm krijgt, een grotere rol speelt. De visie zorgt nu reeds voor een onderscheid van zorglevering tussen zorgaanbieders. De komst van zorgzwaartebekostiging zal voor de opgesomde punten echter niets veranderen. [Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 6]. Tenslotte is er qua invulling maar een beperkte mogelijkheid om ZZP's aantrekkelijk te maken. De dagbesteding per ZZP is een kleine component. Deze varieert van een half uur tot twee uur per week. Op dit punt kan er feitelijk verschil gemaakt worden door het scala aan mogelijkheden dat zou aansluiten bij de wensen van de cliënt. Op het totaal aantal uren in een week is dit slechts een fractie. Maar het zou wellicht als trekpleister kunnen werken.

Zorgplan

De uren vastgelegd in het ZZP worden besteed in een zorgplan. Bij de invulling wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, en dit wordt in het zorgplan vastgelegd. Het aantal uren in het zorgplan kunnen niet minder zijn dan het aantal uren dat zijn vastgelegd in het ZZP. De cliënt krijgt dan minder uren zorg dan waar hij of zij recht op heeft. Bovendien kan het zorgkantoor hier niet mee instemmen, het zorgkantoor betaalt immers voor alle uren. Krijgt de cliënt meer uren in zijn zorgplan dan in het ZZP geregeld is, dan zal er voor deze uren geen vergoeding plaatsvinden. Door een slechte vertaling van het ZZP naar het zorgplan ontstaan dus problemen. Het zijn namelijk de uren in het ZZP die worden vergoed en niet die uren die zijn vastgelegd in het zorgplan. Terwijl de in het zorgplan vastgelegde uren moeten worden geleverd.

Daarbij komt dat meer uren aan een bepaalde cliënt toewijzen ten koste gaat van een andere cliënt die de uren nodig heeft. Dit is niet rechtvaardig. [Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 9]. Hoewel dit op papier toch betrekkelijk eenvoudig kloppend te maken is, zal dit met de praktijk overeen moet komen. Daarbij komt de ontwikkeling van het zorgplan tot contract in juridisch opzicht, daarmee kan de cliënt eisen dat het exact aantal vastgelegde zorguren wordt nageleefd.

Aandacht voor herindicaties

De noodzaak om een herindicatie aan te vragen bestaat niet in de huidige situatie. [Bijlage III, regiomanager, vraag 9]. Een herindicatie van een cliënt met indicatie verblijf en behandeling heeft geen effect. Het levert geen extra vergoeding op en gebeurt daarom ook niet.

In de nieuwe situatie ligt dit anders. De zorgplannen van de verschillende cliënten dienen een bepaalde hoeveelheid activiteiten te bevatten en tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt. ZZP's werken met een totaal aantal uren die aangepast kunnen worden aan de wensen van de cliënt, er kan zo zonder herindicatie geschoven worden in functies als dat nodig is.

Bij een verzorgingshuis ligt dit anders. [Bijlage III, regiomanager, vraag 30]. Er kan in de huidige situatie een herindicatie aangevraagd worden die wel extra vergoedingen met zich mee brengt. Dit is de aanvullende verpleeghuiszorg. Hierdoor kan extra zorg geleverd worden aan een cliënt zonder dat deze hoeft te verhuizen. In verzorgingshuizen zal daarom op basis van routine het aanvragen van een herindicatie eenvoudiger in te passen zijn

5.6.3. Mogelijkheden

De zorgzwaarte van cliënten wordt inzichtelijker gemaakt met ZZP's. Met deze verbeterde inzicht in zorgzwaarte bestaat de mogelijkheid de personeelsformatie beter af te stemmen op de zorgbehoefte van cliënten. [Bijlage II, zorgmanager, vraag 0]. Dit laatste beïnvloedt de doelmatigheid van de geleverde zorg. Wanneer de personeelsinzet optimaal is afgestemd op de zorgzwaarte, is de geïndiceerde zorgbehoefte in uren gelijk aan de personeelsinzet in uren. Er kan beter rekening worden gehouden in de planning bij het inspelen op de zorgbehoefte van cliënten. Cliënten worden niet tekort gedaan door een structurele onderbezetting vanwege een te hoge zorgbehoefte van cliënten op een afdeling. [Bijlage V, zorgmanager Humanitas, vraag 8 en 9]. De betrouwbaarheid van de zorgverlening neemt toe, dit kan worden gezien als een kwaliteitswinst. Een belangrijke voorwaarde is dan dat het ZZP op een juiste manier de daadwerkelijke kosten weerspiegelt.

In de huidige situatie is er een vaste hoeveelheid personeel per afdeling. Het inzicht in zorgzwaarte dat de ZZP's geven kan in de nieuwe situatie worden gebruikt om personeel doelmatiger te verdelen. Hier wordt bedoeld het inzetten van minder personeel "lichtere ZZP's" en meer personeel op "zwaardere ZZP's". Dit zorgt voor rechtvaardigheid, in verdeling van middelen op bewoners en personeel, een mogelijkheid die niet onbenut mag blijven. Overigens zal er altijd een minimum aan woonzorgbegeleiders op een afdeling aanwezig moeten zijn.

5.6.4. Beperking van ZZP's

De zorgzwaarte is slechts een indicatie van de werkelijke zorgbehoefte van een cliënt. De zorgbehoefte van de cliënt wijkt in de praktijk af van de geïndiceerde zorg. In de ZZP's wordt weliswaar gewerkt met een gemiddeld aantal uren en een bandbreedte om fluctuaties op te vangen, in de praktijk schiet dit toch mogelijk tekort. [Bijlage IV, hoofd Paramedische Dienst, vraag 1].

Bij inzet van personeel in relatie tot zorgzwaarte spelen nog andere factoren een rol. Dit zijn onder andere:

- ❖ Synergie binnen een woonzorgteam
- ❖ Sociale eigenschappen van cliëntengroep
- ❖ Aanwezigheid van dagstructuur bij cliënten

Met *synergie* binnen een woonzorgteam wordt de mate bedoeld waarin de woonzorgbegeleiders elkaar aanvullen in een team en het gemak waarmee samen een prestatie wordt neergezet. De samenwerking zal altijd verschillen omdat er sprake is van mensen die samenwerken en het gedrag van mensen leidt tot dit soort fluctuaties. Een hoge synergie in een team zal de ervaren zorgzwaarte verlagen. Met *sociale eigenschappen van een cliëntengroep* wordt de mate bedoeld waarin cliënten met elkaar overweg kunnen. Het al dan niet met elkaar overweg kunnen van cliënten

op een afdeling beïnvloedt de ervaren zorgzwaarte. De zorgzwaarte wordt als zwaarder ervaren wanneer cliënten slecht met elkaar overweg kunnen. Een conflict tussen bewoners oplossen of voorkomen vergt nu eenmaal extra energie en aandacht. In ZZP's wordt hier niet expliciet rekening mee gehouden.

Aanwezigheid van dagstructuur bij cliënten verlicht de taken van het woonzorgteam. [Bijlage II, zorgmanager, vraag 4]. Als dit ontbreekt bij een cliënt kost zorglevering meer tijd. Cliënten die al enige tijd verblijven in de instelling hebben doorgaans meer structuur en zullen gemakkelijker van zorg kunnen worden voorzien.

Deze opsomming is onvolledig maar illustreert wel de beperkingen van zorgzwaarte meting in ZZP's. ZZP's werken met gemiddelde uren en dus is er rekening gehouden met variaties tussen cliënten. De ZZP's kunnen niet eenzijdig worden gebruikt om de prestaties van personeelsleden te beoordelen. Daarbij spelen de opgesomde factoren ook een rol. De geïndiceerde zorgzwaarte geeft pas een goed beeld van de werkelijke zorgzwaarte wanneer deze wordt geanalyseerd met meerdere factoren. De ZZP's kunnen dus maar beperkt worden gebruikt om inefficiëntie door onderbezetting te verklaren (of verschillen in werkelijke zorgzwaarte en ervaren zorgzwaarte). Overigens kunnen bovenstaande factoren wel worden beïnvloed, maar het doel van deze voorbeelden is erop te wijzen dat het niet gemakkelijk is om een conclusie te trekken op basis van enkel de zorgzwaarte.

Tenslotte kan er nog opgemerkt worden dat de synergy van het woonzorgteam een voorbeeld is van de *task programmability* in het model van Mahoney. Er is immers geen duidelijk aan te wijzen input als er sprake is van synergy.

De verschillen in sociale eigenschappen van cliënten is een illustratie van de *non separability* gebruikt in het model van Mahoney. Bij de inzet van middelen speelt dit een rol. Deze beide variabelen zijn dus gerelateerd aan beperkingen die ook voor ZZP's gelden. Men zal dus moeten stilstaan bij de beperking van ZZP's, zeker als hierop zal worden gestuurd.

5.7. Kernresultaten

De volgende kernresultaten geven aan wat de effecten zijn van de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. De kernresultaten van deze analyse worden hieronder opgesomd:

Op strategisch niveau:

- ❖ Op basis van de criteria van Kanter kan worden gezegd dat de implementatie van de zorgzwaartebekostiging gevolgen zal hebben voor de samenwerking tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder.
- ❖ De transactiekosten zullen toenemen met de invoering van de zorgzwaartebekostiging doordat er nu tien zorgzwaartepakketten zijn waarover overeenstemming moet worden bereikt met betrekking tot de informatie-, onderhandelingskosten en monitoringskosten.
- ❖ De zorgzwaartepakketten zullen een positief effect hebben op het concept *bounded rationality*, een keuze tussen verschillende instelling zal gemakkelijker zijn omdat deze nu algemeen gestandaardiseerd zijn.
- ❖ De verwachting is dat *opportunism* eerder toe dan afneemt met de komst van ZZP's. Het zorgkantoor kan zich met de inhoud van de pakketten gaan bemoeien en zo de kwaliteit van de pakketten onder druk zetten. De zorgaanbieders kunnen zich alleen op aantrekkelijke zorgzwaartepakketten gaan richten waardoor bepaalde groepen cliënten maar in beperkte mate hun zorgzwaartepakket kunnen ontvangen
- ❖ *Asset specificity* wordt vergroot door de invoering van zorgzwaartebekostiging. Dit betekent dat de zorgaanbieder meer risico loopt doordat deze in

- toenemende mate gebonden is aan bepaalde ZZP's. Dit kan zorgen voor een verhoogd financieel risico omdat de zorgaanbieder zich opportunistisch kan opstellen bij de zorginkoop.
- ❖ De risico's als gevolg van *Information asymmetry* kunnen toenemen als bepaalde ZZP's relatief weinig worden aangeboden. Dit leidt tot de selectie van verkeerde cliënten en heeft gevolgen voor de formatie en de financiële vergoeding.
 - ❖ De zorgzwaartebekostiging geeft het zorgkantoor meer mogelijkheden om zich te bemoeien met het productieproces van de zorgaanbieder. Door deze toenemende specificatie mogelijkheid verschuift de contract vorm volgens Hobbs in de richting van een production-management contract. De zorgaanbieder kan hier op inspelen door meer rekening te houden van de wensen van het zorgkantoor.
 - ❖ De zorgzwaartebekostiging resulteert in het toenemen van de *task programmability* en *asset specificity* in het model van Mahoney. Hierdoor zijn er voor een afstemming van het zorginkoop proces twee efficiënte vormen van coördinatie mogelijk. *Hierarchy* waarbij er sprake is van een opdrachtgever en een producent van zorg. Hierbij is de opdrachtgever financieel eigenaar. In de tweede contractvorm is een *inside contract* te coördineren met een *manager as monitor*, zodat tijdig kan worden ingespeeld op verandering in de vraag van zorg vanuit de markt.

Op operationeel niveau:

- ❖ Door de zorgzwaartebekostiging zal de zorgaanbieder er voor moeten zorgen dat de werkelijke zorgzwaarte van de cliënt altijd overeenkomt met die in de indicatie. Dit zal het risico op een te hoge of een te lage vergoeding beperken.
- ❖ Zorgzwaartebekostiging segmenteert de zorgvraag in ZZP's. Hierdoor is niet meer elke cliënt geschikt voor opname door de zorgaanbieder. De cliënt moet aan meer eisen voldoen om te passen bij de productieafspraken. De toename van dit risico vereist een goed overzicht van de vraag vanuit de markt.
- ❖ De implementatie van ZZP's geeft de zorgaanbieder de kans zich beter te onderscheiden via het aanbieden van bepaalde ZZP's. Hierdoor is het gemakkelijker voor cliënten en het zorgkantoor om de zorgaanbieders onderling te vergelijken. Dit heeft echter maar een marginaal effect.
- ❖ Met de zorgzwaartebekostiging wordt het zorgplan belangrijker gemaakt door de overheid, het krijgt een meer formele rol. De inhoud hiervan moet kloppen met de ZZP van de cliënt om de verantwoording naar cliënt en zorgkantoor mogelijk te maken.
- ❖ Herindicaties zijn bij zorgzwaartebekostiging belangrijker, veranderingen in zorgzwaarte zorgen voor het toe- of afnemen van de vergoeding. Dit was niet het geval in het oude bekostigingssysteem. Er moet tijdig een herindicatie komen om de gemaakte kosten en vergoedde kosten te laten overeenstemmen.
- ❖ Doordat de zorgzwaarte van cliënt nu onafhankelijk is uitgedrukt in eenheden wordt het mogelijk om de werkdruk beter te verdelen over het personeel. Dit kan door de instroom van cliënten aan te passen aan de capaciteit van de instelling. Daarnaast behoort ook het schuiven met personeel tot de mogelijkheden.
- ❖ De zorgzwaarte in een ZZP is slechts een indicatie van de werkdruk die een cliënt met zich meebrengt, er zijn ook andere factoren die een rol spelen op de werkdruk. Deze factoren beperken de ZZP als middel om de werkdruk te bepalen op een afdeling.

6. Oplossingsmogelijkheden

In dit hoofdstuk worden verschillende oplossingsmogelijkheden gegeven om zorgzwaartebekostiging vorm te geven. Het model van Grol heeft duidelijk gemaakt dat het wegnemen van belemmerende factoren en het stimuleren van bevorderende factoren het succes van de implementatie vergroot. Het hoofdstuk begint daarom met een opsomming van deze factoren in relatie tot de zorgzwaartebekostiging. Door vervolgens een aantal passende strategieën op te sommen kan een keuze gemaakt worden.

Aan het einde van het hoofdstuk vindt toetsing van deze strategieën aan het theoretisch kader plaats om te bepalen of deze aan de voorwaarden voldoen.

6.1. Belemmerende en bevorderende factoren van ZZP's

In het vorige hoofdstuk zijn belemmerende en bevorderende factoren van zorgzwaartebekostiging aan het licht gekomen. Deze factoren worden hieronder puntsgewijs opgesomd. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen het strategisch niveau en het operationele niveau.

Strategisch niveau

Belemmerende factoren:

- ❖ Groter financieel risico door uitblijven capaciteitsvergoeding
- ❖ Meer sturing op instroom vereist
- ❖ Markt wordt gesegmenteerd, al dan niet gedwongen keuze voor bepaalde segmenten

Bevorderende factoren:

- ❖ Sturing op zorgzwaarte mogelijk, betere afstemming op competenties
- ❖ Meer beoordeling op prestatie, betere positionering op markt mogelijk
- ❖ Klantgericht: kan met dezelfde indicatie zowel in verpleeghuis als verzorgingshuis worden geholpen

Operationeel niveau

Belemmerende factoren:

- ❖ Volgen ZZP in relatie tot patiënt belangrijk, in de huidige situatie onbelangrijk
- ❖ Meer sturing op instroom vereist, productie afspraken vullen kan niet met elke cliënt
- ❖ Kennis vereist van ZZP, om tijdig herindicatie aan te vragen en zorgplan invulling te geven

Bevorderende factoren:

- ❖ Betere verdeling werkdruk in woonzorgteam
- ❖ Rechtvaardigt inzet van paramedische dienst, middelen.
- ❖ Rechtvaardiger voor cliënt, via zorgplan

Op strategisch niveau zijn er andere oplossingsmogelijkheden dan op operationeel niveau. Daarnaast zijn de strategieën te bespreken voor de relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Een strategie kan ook worden gebruikt om de relatie tussen organisatie en afzonderlijke locaties te coördineren.

De relatie zorgaanbieder-CIZ heeft geen betrekking op deze relatie omdat de indicatiestelling onafhankelijk gebeurt en het de cliënt is die de aanvraag doet. Er is in principe geen invloed vanuit de zorgaanbieder als het CIZ zijn taak goed uitvoert.

Op strategisch niveau worden beslissingen genomen m.b.t. de productieafspraken met het zorgkantoor. Op dit niveau speelt de beslissing welke ZZP's dus gecontracteerd zullen worden en welke ZZP's passen bij ZDB. Op operationeel niveau is het van belang dat de maatregelen de gekozen strategie ondersteunen. Daarvoor zijn dan ook andere maatregelen noodzakelijk. Op beide niveaus is de strategie gericht op het zorgkantoor, de reden hiervoor is dat het CIZ geen andere bijdrage levert dat het leveren van een indicatie en daarop kan formeel gezien geen invloed uitgeoefend. [Bijlage I, controller, vraag 14 , Bijlage II, zorgmanager, vraag 19 en Bijlage III, regiomanager, vraag 25]. Vandaar dat deze relatie buiten beschouwing is gelaten in dit hoofdstuk.

6.2. Oplossingen strategisch niveau

De zorgzwaartebekostiging differentieert de zorgbehoefte in verschillende productsoorten, de ZZP's. Waar er eerst één prijs was waarbij de zorgaanbieder zelf een product onder verdeling maakte, zijn er nu verschillende zorgproducten, die qua uren en prijs verschillen. Op strategisch niveau ontstaat zo dus een portfolio van verschillende producten. De producten variëren in het aantal beschikbare uren en de daarop gebaseerde vergoeding. De keuze voor een oplossing is daarom gebaseerd op portfolio management.

6.2.1. Focus op een of enkele ZZP

Doordat zorgzwaartebekostiging een vergoeding biedt op basis van zorgzwaarte is het interessant om alleen cliënten met een bepaalde zorgzwaarte te voorzien in zorg. De zorgaanbieder richt zich dan op één ZZP. De voor- en nadelen van deze strategie worden hieronder besproken.

Voordelen

Een focus op een bepaalde ZZP heeft de volgende voordelen:

- ❖ Betere afstemming tussen processen en middelen mogelijk
- ❖ Vergroting kennis en ervaring met betrekking tot ZZP
- ❖ Minder verschillende processen
- ❖ Meer aandacht voor een product

Een betere afstemming tussen processen en middelen mogelijk

Een strategie waarbij gespecialiseerd wordt op een ZZP betekent dat mensen en middelen beter kunnen worden afgestemd op het zorgleveringsproces. Een voorbeeld van een verhoging van de bezettingsgraad op middelen is het gebruik van speciale bedden of zuurstofapparaten. Deze apparaten zullen nauwelijks worden gebruikt bij de lagere ZZP's. Wanneer hierin geïnvesteerd wordt is het verstandig te richten op de hogere ZZP's zodat de apparatuur vaker gebruikt wordt. Er kan zo meer rendement worden gehaald op de investeringen in faciliteiten. Ook personeel en opleidingscursussen kunnen beter worden afgestemd op de behoeften van de cliënten in het ZZP. Hoger opgeleid personeel dat is aangetrokken kan zo ook uitsluitend worden ingezet op cliënten met hogere ZZP's en hoeft niet te worden ingezet op lagere ZZP's. Voor hoger opgeleid personeel moet meer worden betaald en voor een hogere ZZP ontvangt een zorgaanbieder een hogere vergoeding. De gehele exploitatie is met één ZZP eenvoudiger te volgen en rendeert beter. Er moet

dan natuurlijk wel voldoende aanbod zijn van die ZZP. Een scherpe afstemming in het aanbod van het ZZP is bovendien een voordeel ten opzichte van de concurrentie. Deze kan op prijs of kwaliteit niet concurreren door teveel of te weinig aanbod bij invulling van het ZZP.

Vergroting kennis en ervaring met betrekking tot ZZP

De focus op één of bepaalde ZZP's vergroot de kennis van het ZZP. De indeling van het ZZP zal eenvoudiger zijn, en kan worden gestandaardiseerd. De inhoud van het zorgplan is zo ook beter afgestemd op het ZZP en op de cliënt. De cliënt kan zo rekenen op een meer betrouwbare levering, een vergroting van de kwaliteit. Er kan beter binnen uren van ZZP gepland worden. Een afwijking van het ZZP capaciteit is ook sneller gesignaleerd, hierdoor blijven gevolgen als te weinig vergoeding beperkt. En kan tijdig een herindicatie en aanpassing van het zorgplan plaatsvinden.

Eenvoudiger

Door te specialiseren op één ZZP is het mogelijk om gericht activiteiten aan te bieden. Dit betekent dat het activiteiten aanbod beperkt kan worden tot cliënten met het ZZP in kwestie. Dit kan mogelijk leiden tot een reductie in de variatie aan activiteiten. Een reductie in de variatie van activiteiten leidt tot minder afstemming tussen activiteiten. Het plannen wordt eenvoudiger en reduceert de administratieve last, ook bij verantwoording naar het zorgkantoor. Bijvoorbeeld de inzet van personeel op elke afdeling is met één ZZP voor alle afdelingen alleen afhankelijk van het aantal cliënten. Ook het vergelijken van afdelingen onderling is eenvoudiger, de zorgzwaarte is immers gelijk en dit maakt het managen gemakkelijker.

Meer aandacht voor een ZZP

Er hoeft maar één marktsegment in de gaten worden gehouden. Dit beperkt de activiteiten. De focus op een product zal ook de kwaliteit van dat ene product verbeteren. Daarbij komt dat het onderhandelen over één product minder tijd in beslag zal nemen.

Nadelen

Een strategie gericht op één ZZP is niet zonder nadelen. Deze nadelen zijn:

- ❖ Beperkte mogelijkheid om aan de marktvraag te voldoen
- ❖ Zorgzwaarte ligt vast
- ❖ Minder afwisseling in werk
- ❖ Geen synergie van verschillende producten

Beperkte mogelijkheid aan de marktvraag te voldoen

Door alleen cliënten van een bepaalde zorgzwaarte aan te nemen is de vraag vanuit de markt beperkt. Deze specialisatie wordt dus beperkt door het aanbod in de regio. Daarnaast is het naar verwachting ook lastiger om de cliënten aan te trekken op basis van een beter aanbod. De redenen zijn reeds besproken in paragraaf 5.6.2. Ook onzekerheid over het tijdstip en de duur van de zorgvraag spelen een grotere rol. Dit vergroot het risico om met een lege plaats te blijven zitten en dat verhoogt het financieel risico.

Minder sturing op zorgzwaarte noodzakelijk

Door af te stemmen op een bepaalde ZZP is de sturing op dit punt weg. Er is minder flexibiliteit. Hierdoor zijn de mogelijkheden om bijvoorbeeld de werkdruk te verlichten beperkt onder omstandigheden van een zwakkere formatie.

Minder afwisseling in werk

De ZZP's variëren in de diversiteit van werkzaamheden en hebben elke een zwaartepunt op een bepaald soort zorg. Zo hebben cliënten met lagere ZZP's bijvoorbeeld meer behoefte aan ondersteunde activiteiten, terwijl cliënten met hogere ZZP's meer behoefte hebben aan bijvoorbeeld verpleging. Wanneer een zorgaanbieder zich concentreert op één ZZP, ligt het zwaartepunt altijd op één bepaald soort activiteiten. Voor medewerkers zal een keuze voor een bepaalde ZZP de afwisseling in werkzaamheden beperken. Doordat de ZZP's gebonden zijn aan bepaalde groepen zal een focus overigens ook de sfeer binnen de instelling beïnvloeden. Mensen met een lagere ZZP zijn over het algemeen bijvoorbeeld actiever. Dit beeld is bepalend voor de instelling maar dit is niet een uitgesproken voor of nadeel.

Geen synergie van verschillende producten

Het verschil in zorgzwaarte van cliënten kan positieve effecten hebben voor de sfeer op een afdeling. Een cliënt met een lichtere ZZP kan de sfeer op een afdeling positief beïnvloeden doordat een gesprek met een cliënt met een zwaardere zorgzwaarte naar verwachting sneller en vaker tot stand komt. Deze synergie zal uitblijven bij een focus op één ZZP.

6.2.2. Diversificatie van ZZP

Naast de focus op ZZP's is de andere kant van het spectrum een breed aanbod van ZZP's. In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van een diversificatie strategie genoemd, te beginnen met de voordelen:

Voordelen:

- ❖ Relatief grotere marktvraag, spreiding risico
- ❖ Bredere maatschappelijke steun en positief imago
- ❖ De mogelijkheid om de werkdruk te verlichten door de sturing op zorgzwaarte
- ❖ Hoger rendement op voor alle ZZP gedeelde middelen
- ❖ Aansluiting op extramurale activiteiten

Relatief grotere marktvraag

Met een aanbod gericht op alle ZZP's kunnen cliënten uit de gehele markt, dus onafhankelijk van zorgzwaarte, in hun zorgbehoefte worden voorzien door de zorgaanbieder. Het vullen van plaatsen is hierdoor gemakkelijker. Een breed aanbod sluit aan op de gehele markt. In de gehele markt zijn alle ZZP's aanwezig. De mogelijkheid om een bed te vullen is hierdoor groter waardoor het risico van een leeg bed beperkt blijft.

Bredere maatschappelijke steun en positief imago

Met een breed aanbod aan ZZP's kan een doorsnee van de maatschappij worden geholpen die behoefte heeft aan AWBZ zorg. Het feit dat iedereen dan geholpen kan worden door de organisatie zal een positief imago creëren. Dit ondersteunt eventuele extramurale activiteiten die worden aangeboden naast de intramurale; cliënten hoeven zich niet af te vragen of ze wel in aanmerking komen.

Verlichten werkdruk door de sturingsmogelijkheid op zorgzwaarte

Met een sturing op zorgzwaarte wordt het mogelijk om gericht cliënten aan te nemen. Dit kan de werkdruk op bepaalde plaatsen verminderen en op andere plaatsen verhogen. Er vindt zo een gelijkmatigere verdeling van het werk plaats. Dit

is rechtvaardiger. Bovendien kan een spreiding van werkdruk het ziekteverzuim terugbrengen.

Aansluiting op extramurale activiteiten

Een breed aanbod vraagt ook om een breder aanbod van personeel en middelen. Hierdoor zijn mensen en middelen breder inzetbaar. Met dezelfde mensen en middelen is het mogelijk om beter aan te sluiten op extramurale activiteiten omdat deze hier ook inzetbaar zijn en activiteiten elkaar kunnen aanvullen.

Hoger rendement op voor alle ZZP's gedeelde middelen

De investering op de door alle ZZP's gebruikte middelen en kennis is groter. Bepaalde middelen kunnen voor alle ZZP's worden ingezet, bij inzet op één ZZP kan het gebruik laag uitpakken. Eén contact van de klanten service kan sneller een potentiële klant opleveren. Bij een focus op één ZZP zal die kans kleiner zijn omdat de zorgbehoefte van de potentiële cliënt refereert naar een niet leverbare ZZP.

Nadelen:

De nadelen van de diversificatie strategie:

- ❖ Onderlinge vergelijkbaarheid van afdeling neemt af
- ❖ Faciliteiten kunnen minder rendabel worden geëxploiteerd
- ❖ Verschillen in zorgzwaarte tussen afdelingen
- ❖ Vereist meer kennis van personeel om verschillende ZZP's te herkennen
- ❖ Minder onderscheidend
- ❖ Complexer in administratief opzicht.

Onderling vergelijkbaarheid van afdeling neemt af

Wanneer verschillende ZZP's worden aangeboden is het lastiger om afdelingen onderling te vergelijken. De omvang van afdelingen kunnen verschillen in totale zorgzwaarte. Dit komt omdat de samenstelling van ZZP's nu verschilt. Dit leidt tot verschillen in de te leveren prestaties, zoals het totaal aantal uren zorg. Het bijhouden van de verschillen in de te leveren prestaties vraagt meer tijd van het management. De afdelingen kunnen niet zonder meer één op één worden vergeleken.

Faciliteiten kunnen minder rendabel geëxploiteerd

De instroom van verschillende ZZP's leidt tot verschillend gebruik van faciliteiten en dus verschillen in de bezettingsgraad van bepaalde faciliteiten en activiteiten. Dit zal tot een minder rendabele exploitatie leiden.

Verschillen in zorgzwaarte tussen afdelingen

De verschillen in zorgzwaarte vraagt om een betere coördinatie tussen afdelingen onderling. De middelen moeten worden gedifferentieerd naar zorgzwaarte verdeeld over de afdelingen. Dit speelt geen rol bij de keuze voor één ZZP.

Vereist meer kennis van personeel om verschillende ZZP's te herkennen

Door de verschillende ZZP's is het signaleren van de afwijking in de werkelijke zorgvraag lastiger te signaleren. Tussen cliënten met allemaal dezelfde zorgzwaarte is het eenvoudiger om een client met een afwijkende zorgzwaarte te herkennen. Bij cliënten met verschillende ZZP's is dit dus lastiger, dit komt doordat er minder referentie is naar andere cliënten omdat de ZZP's van cliënten verschillen. Dit vraagt meer vaardigheid en inzichten in ZZP's van medewerkers. Het risico van een te hoge of lage vergoeding voor de zorgbehoefte van de cliënten neemt toe. En dat kan ook

resulteren in een hogere werkdruk, er kan immers geen extra personeel worden ingezet omdat dit leidt tot een onrendabele exploitatie.

Minder onderscheidend

Als een focus op één bepaalde ZZP ligt, zal dit leiden tot een grotere aantrekkingskracht voor cliënten met die ZZP. Wanneer een zorgaanbieder gebruik maakt van een diversificatie strategie, dan is het minder gemakkelijk voor de zorgaanbieder om zich met zijn zorgaanbod te profileren. Het is dan moeilijker om op te vallen in vergelijking met concurrenten.

Of een zorgaanbieder van een cliënt kan verwachten dat hij weet of zijn ZZP past bij een zorgaanbieder is nog een tweede punt van twijfel. Als deze verwachting ongegrond is worden veel cliënten weggestuurd bij een aanbieder die een focus strategie volgt. Daarnaast is het dan nog maar de vraag of de cliënt de weg weet te vinden naar de zorgaanbieder zonder eerst ergens anders in zorg te worden genomen.

Een breed zorgaanbod van ZZP's kan daarom worden gezien als een lagere drempel voor potentiële cliënten en dit is voordelig omdat de markt in omvang ook groter is en de zorgaanbieder dan gemakkelijker benaderd kan worden.

Het is dan ook lastig om dit eenduidig als voor- of nadeel te noemen. In relatie tot het zorgkantoor is onderscheidendheid waarschijnlijk belangrijker om een bepaalde ZZP productie afspraak gegund te krijgen, vandaar dat hier gekozen is om dit als nadeel van een breed aanbod te zien.

Complexer in administratief opzicht

Het aanbieden van meerdere ZZP's betekent een complexere administratie. Er moeten meerdere verschillende activiteiten en controles plaatsvinden en op elkaar worden afgestemd. Er is minder standaardisatie mogelijk van deze processen, of juist meer omdat elke ZZP gestandaardiseerd moet worden. Hierdoor kost coördinatie meer tijd, en daarmee kost dit ook meer in administratief opzicht.

6.2.3. Hybride vorm

Naast de twee hierboven genoemde strategieën is er een hybride vorm mogelijk; samengesteld uit de twee bovenstaande strategieën. Bijvoorbeeld een focus op een ZZP per locatie of een focus op een beperkt aantal ZZP's. Deze vormen zullen in meer en mindere mate te maken hebben met dezelfde voor- en nadelen. Dus van één ZZP naar meerdere ZZP's zal proportioneel meer voor- en nadelen met zich meebrengen. Het is dus niet mogelijk om een combinatie te maken waarbij alleen de voordelen toenemen en de nadelen geheel verdwijnen. De bovenstaande strategieën vormen dus de twee uiteinden van het spectrum.

6.3. Operationele strategie

Op operationeel niveau zijn er interventies nodig die de implementatie van de zorgzwaartebekostiging begeleiden. In deze paragraaf worden deze interventies besproken.

Operationeel niveau:

Belemmerende factoren:

- ❖ Kennis vereist van ZZP, om tijdig herindicatie aan te vragen en zorgplan invulling te geven
- ❖ Volgen van de indicatie en dus ZZP in relatie tot patiënt belangrijk, in de huidige situatie is dit onbelangrijk
- ❖ Meer sturing op instroom vereist, productie afspraken vullen kan niet met elke cliënt

Bevorderende factoren:

- ❖ Betere verdeling werkdruk in woonzorgteam
- ❖ Rechtvaardigt inzet van paramedische dienst
- ❖ Rechtvaardiger voor cliënt, via zorgplan

Kennis van ZZP's

Kennis van ZZP's is belangrijk. Dit is voor de hand liggend maar moet wel worden genoemd. De kennis is doorslaggevend voor de zorg die een cliënt verwacht. De ZZP's bepalen namelijk hoeveel uren er beschikbaar zijn. Medewerkers zullen voldoende kennis moeten hebben om een afwijking van de zorgbehoefte tijdig te signaleren zodat een nieuwe passende ZZP kan worden vastgesteld. Een gedegen training over ZZP's en de ruimte die ze geven voor invulling van het zorgplan is noodzakelijk.

Controle op zorgplan

Het ZZP vormt de leidraad voor het zorgplan omdat in het ZZP staat beschreven welk cliëntprofiel bij het ZZP hoort. Daarnaast worden ook de uren die beschikbaar zijn voor de cliënt voorgeschreven in het ZZP. De cliënt moet dus overeenstemmen met het cliëntprofiel.

Daarbij komt dat het zorgplan meer en meer de status van een overeenkomst krijgt. Deze overeenkomst zal zowel door de cliënt als door het zorgkantoor worden gebruikt om na te gaan of de zorg volgens afspraak geleverd wordt. Afwijking kan zorgen voor een ontevreden cliënt en zelf in het korten door het zorgkantoor. Een goede controle op het zorgplan aan de hand van het ZZP zal dit voorkomen. Een goed protocol om de controle te sturen is van belang. Dit voorkomt een niet te rechtvaardigen zorgplan, zowel richting cliënt als richting het zorgkantoor en beperkt de (financiële) consequenties hiervan.

Bewust zijn van gevolgen

Woonzorgmedewerkers moeten bewust worden van de gevolgen van een afwijkende ZZP. In de huidige situatie heeft een afwijking van indicatie geen gevolgen, de vergoeding blijft ongewijzigd zolang er maar een geldig indicatieverblijf en behandeling is. In de nieuwe situatie is dit niet het geval. Een verkeerde indicatie en een daaraan gekoppelde verkeerde ZZP heeft financiële consequenties, de vergoeding kan zo dus achterblijven bij de activiteiten. Door medewerkers bewust te maken van deze gevolgen kan het risico van een verkeerde indicatie worden beperkt.

Het stimuleren van dit bewustzijn kan op een aantal manieren. Zo kan op basis van de ZZP's eenvoudig de omzet per afdeling worden uitgerekend ($ZZP \times \text{tarief}$). Op deze manier kunnen afdelingen het resultaat van hun inspanningen zien. Afdelingen die het zwaarder hebben, genereren meer omzet. Als men op de afdeling een herindicatie aanvraagt voor een hogere ZZP wordt de omzet omhoog bijgesteld. Dit benadrukt bovendien de relatie tussen de vergoeding en de zorgzwaarte. Ook het onderling vergelijken van afdeling is mogelijk, maar het is aan te raden hierbij een corrigerende methode te gebruiken om zo verschillen in afdelingsgrootte en cliënttype ongedaan te maken. Zo kan op basis van productieafspraken een geplande omzet gemaakt worden met betrekking tot de te produceren ZZP's per afdeling. Wanneer dit als percentage van de huidige omzet wordt weergegeven wordt duidelijk of de afdeling genoeg omzet draait. Dit kan aanzetten tot onderlinge competitie en motiverend werken. Er is sprake van natuurlijk verloop dus de omzet per afdeling is niet altijd te beïnvloeden en men kan hier dus niet op afgerekend worden.

Bewuster sturen op ZZP's

Met productie afspraken naar zorgzwaarte is het noodzakelijk cliënten te selecteren op zorgzwaarte. Dit om te voorkomen dat de productie quota niet gehaald worden. Een ander motief om te sturen is de werkdruk. Op de afdelingen zelf zullen medewerkers kunnen eisen om een bepaalde zorgzwaarte niet te overschrijden of extra personeel eisen om dit te vereffenen. Het bewust maken van medewerkers dat ze op die manier hun werkzaamheden kunnen verlichten zet medewerkers er toe aan zich beter te richten op ZZP's. De sturing vraagt overigens wel om een instrument om het zorgzwaarte niveau op de verschillende afdeling te volgen.

Een goed selectiebeleid is van belang, niet iedere zorgvrager is dus zonder meer geschikt voor opname. Hoewel dit misschien lijkt te gaan leiden tot een maatschappelijk minder verantwoorde situatie waar urgentie een ondergeschikte rol lijkt te gaan spelen, is er uiteindelijk wel een eerlijkere verdeling van middelen in de AWBZ. Deze verdeling is vooraf namelijk goedgekeurd door het zorgkantoor. Iedere AWBZ verzekerde is immers gelijk.

Paramedische diensten

Ook behandelaars krijgen een bepaalde hoeveelheid uren voorgeschreven via ZZP's. Hun werkzaamheden zullen hierop afgestemd moeten worden. Dit betekent dat ze de mogelijkheid hebben de tijd te benutten maar ook de tijd moeten vrijmaken voor de cliënt. Door de indicatie kan de cliënt dit afdwingen. Ook hier geldt dus dat er voldoende kennis moet zijn van de ZZP's. De behandelaars hoeven zo niet meer terug te vallen op historische inzet maar spelen in op een actuele cliëntenbehoefte.

Zorgbemiddelaar

Een zorgbemiddelaar als oplossing voor de implementatie van ZZP's heeft voor- en nadelen. Deze oplossing is afgeleid uit een interview met de zorgmanager van Humanitas. [Bijlage V, zorgmanager Humanitas,]. Hierbij is één medewerker een soort kennisbank met betrekking tot ZZP's. Deze medewerker ondersteunt de invulling van het ZZP in het zorgplan. Als medewerkers een afwijking in een zorgbehoefte waarnemen kan de zorgbemiddelaar worden ingeschakeld. Deze kan besluiten of een herindicatie en/of aanpassing van het zorgplan noodzakelijk is. Dit heeft als voordeel dat de 'bureaucratie' niet op het bord van het woonzorgteam komt. Zij hoeft slechts te signaleren en de zorgbemiddelaar in te schakelen. De kennis van ZZP's en vertaling naar zorgplan is op maat. Een inhoudelijke wijziging

van de ZZP's is voor de organisatie ook eenvoudig te verwerken met een zorgbemiddelaar.

Nadeel is de extra kosten van deze medewerker. Humanitas is een grote organisatie waardoor deze functie via schaalvoordelen eenvoudiger te realiseren zijn. ZDB is een veel kleinere organisatie waardoor deze extra functie een grotere impact heeft op de exploitatie kosten. Ook is dit niet helemaal in lijn met de visie van ZDB, waarbij de woonzorgteams integraal verantwoordelijk zijn voor de levering van zorg, dus inclusief het opstellen van zorgplan en herindicaties.

6.4. Toetsing aan het theoretisch kader

De hierboven besproken oplossingsmogelijkheden zullen in deze alinea worden getoetst aan het theoretische kader. Het toetsen aan het theoretisch kader zal het gedrag van partijen en verwachtingen van de verschillende oplossingen inzichtelijker maken. In paragraaf 6.4.1 wordt de focus strategie getoetst, waarna in paragraaf 6.4.2 de diversificatie strategie wordt getoetst. In paragraaf 6.4.3 wordt een hybride vorm besproken.

6.4.1. Toetsing focus strategie

Samenwerking in de keten

Een focus strategie heeft invloed op de samenwerking tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. De punten van Kanter helpen dit te verduidelijken.

Op het punt van *Individueel Excelleren* is de zorgaanbieder een aantrekkelijke samenwerkingskandidaat omdat deze in één ZZP uitblinkt. Het zorgkantoor kan door juist bij deze aanbieder zorg in te kopen meer doelmatigheid behalen en beter inspelen op de zorgbehoefte van de zorgvrager. Daarbij heeft het zorgkantoor als inkoper de taak voldoende vraag te contracteren en de zorgaanbieder heeft de taak om de zorg te leveren. De relatie tussen de partijen geeft meer aanvulling in activiteiten, waarbij het zorgkantoor de marktvraag inschat en de zorgaanbieder de zorg levert.

De factor *Importantie* is in deze strategie versterkt, het zorgkantoor streeft naar het doelmatig inzetten van middelen, een zorgaanbieder met een focus op één ZZP kan een betere bezettingsgraad realiseren op faciliteiten en een hogere doelmatigheid realiseren. Daarmee ontstaat een aanvulling op strategische doelen.

De *Afhankelijkheid* wijzigt, en de kans bestaat dat deze afhankelijkheid verkeerd uitpakt en alleen toe neemt voor de zorgaanbieder. De inkomsten gevormd door één ZZP zullen bij onvoldoende vraag uitblijven doordat het zorgkantoor onvoldoende zorg inkoopt bij de zorgaanbieder. De financiële gevolgen hiervan zijn voor de zorgaanbieder. Er kan een aanvullende afhankelijkheid ontstaan tussen zorgkantoor en zorgaanbieder: meer toewijzing van het ZZP aan één zorgaanbieder maakt het voor andere zorgaanbieders minder aantrekkelijk om zich te richten op deze ZZP. Het zorgkantoor kan echter, met beperkte inspanning, ook nog bij andere aanbieders deze ZZP inkopen, waarmee de afhankelijkheid afneemt. Het gevolg is een scheve verhouding. Deze afhankelijkheid pakt dus al snel beter uit voor het zorgkantoor. En daarmee kan het succes van de samenwerking op het spel worden gezet.

Informatie is eenvoudiger te delen, met een focus op een ZZP is een hogere mate van standaardisatie te realiseren. Er is minder afstemming noodzakelijk tussen beide partijen. Er is meer informatie beschikbaar van een specifieke ZZP en dit zorgt voor meer mogelijkheden in de samenwerking. Het gevaar bestaat dat het zorgkantoor zich met deze informatie meer opportunistisch gaat gedragen

Op de factor van *Investeren* lijkt de zorgaanbieder vooral voor de samenwerking te moeten investeren, door zich te richten op één ZZP kunnen andere ZZP's niet efficiënt worden uitgevoerd. Het zorgkantoor kan, met geringe consequenties, volstaan met ZZP's inkopen bij andere zorgaanbieders. Het zorgkantoor hoeft dus nauwelijks te investeren. Dit is geen vergelijkbare investering, en dit lijkt dan ook qua samenwerking meer toewijding van de zorgaanbieder te eisen. De factor

integratie wordt met een focus strategie beïnvloed, er hangt meer af van de koppeling. Zo moet de koppeling leiden tot zoveel mogelijk doorverwijzingen van cliënten met het ZZP waarop de zorgaanbieder zich richt. Dit vereist een ontwikkeling op dit punt.

Met betrekking tot Institutionalisering is het formeel afhandelen met een focus strategie verder te ontwikkelen omdat de informatie uitwisseling betrekking heeft tot één ZZP. Dit is daarmee eenvoudiger dan met meerdere ZZP's. Er kan meer worden gestandaardiseerd, en dat maakt beslissingen en verantwoordelijkheden duidelijker te verdelen.

Integriteit heeft betrekking op de mate waarin opportunistisch gedrag uit blijft. Dit geeft de integriteit van partijen weer. De zorgaanbieder kan zich niet permitteren zijn integriteit op het spel te zetten, er is immers maar een zorgkantoor en er zijn meerdere zorgaanbieders. Andersom lijkt de schade van een mindere integere beslissing voor het zorgkantoor mee te vallen.

Tabel 5 geeft een samenvatting van de hoe de aspecten van samenwerking worden beïnvloed door de focus strategie van een zorgaanbieder. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat een focus strategie meer samenwerking vereist maar het succes ook groter kan zijn. Er is een beter afstemming tussen partijen te bereiken. Maar hierbij zal de zorgaanbieder een zwakkere positie innemen ten opzichte van het zorgkantoor.

Aspecten	Focus strategie
<i>Individueel Excelleren</i>	
<i>Importantie</i>	
<i>Afhankelijkheid</i>	
<i>Informatie</i>	
<i>Investering</i>	
<i>Integratie</i>	
<i>Institutionalisering</i>	
<i>Integriteit</i>	

Tabel 5 :  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

Transactiekosten

De transactiekosten zijn beperkt met een focus strategie. De informatiekosten nemen af omdat hier sprake is van één ZZP. Onderhandelingskosten zullen naar verwachting minder zijn, er hoeft slechts over één ZZP worden onderhandeld, dit bespaart tijd en daarmee onderhandelingskosten. De monitoringskosten met betrekking tot een ZZP zullen lager zijn dan bij een breed aanbod. Er kan volstaan

worden met het ontwikkelen van een goede methode om het ZZP in kwestie te volgen. De verwachting is dan ook dat bij één ZZP de transactiekosten beperkt zullen zijn.

Aspecten	Focus strategie
Informatiekosten	
Onderhandelingskosten	
Monitoringskosten	

Tabel 6:  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

Bounded rationality vormt een grotere bedreiging in een focus strategie voor de zorgaanbieder wanneer gekeken wordt naar de keuze van de cliënten. Cliënten zullen maar beperkt kunnen kiezen voor een betere kwaliteit omdat sociale en geografisch aspecten een grotere rol spelen bij hun keuze voor een zorgaanbieder. Hiermee is het voordelige effect van de focus op één ZZP beperkt. Het zorgkantoor heeft voor het ZZP in kwestie meer specificatie mogelijkheden, daarbij kan het zorgkantoor ook rationeler beslissingen maken ten opzichte van andere zorgaanbieders.

Opportunism speelt in een focus strategie een grotere rol, het zorgkantoor kan de tarieven voor het ZZP onaantrekkelijker maken zonder dat er minder gecontracteerd wordt, er is immers geen uitwijkmogelijkheid voor de zorgaanbieder. Het risico dat het zorgkantoor dit voordeel uitbuit om meer zorg uit zijn budget te krijgen is aanwezig.

De mate van *Asset Specificity* is hoger bij een focus strategie: er is veel geïnvesteerd in mensen en middelen voor een bepaalde ZZP. Het uitblijven van afname door het zorgkantoor of marktvraag leidt tot problemen. Hierdoor neemt het risico van opportunisme toe en ook de financiële risico's nemen toe.

Information Asymmetry. Kijkend naar de cliënten dan is de focus strategie nadelig, de cliënten bezitten vaak onvoldoende informatie om hun keuze te maken. Een cliënt krijgt zijn informatie van anderen zoals bijvoorbeeld familie of vrienden, op basis van deze vaak onvolledige informatie neemt hij een keuze. Hij zal dan alleen het beste aanbod kunnen kiezen als de zorgaanbieder als optie aan hem gegeven worden. Ten opzichte van het zorgkantoor kan de zorgaanbieder ook worden benadeeld. Door onvolledige informatie kan het zorgkantoor ten onrechte het ZZP waarop de focus ligt, ook bij een voorkeurskandidaat hebben afgenomen. Op basis van onvolledige informatie neemt het zorgkantoor zijn beslissing. Dit kan voor een zekere concurrentie vervalsing zorgen en is in geval van een focus strategie een groot probleem. Ook kan achteraf de markt van onvoldoende omvang blijken op basis van informatie die vooraf niet beschikbaar was, het risico is dan voor de zorgaanbieder. Een focus strategie biedt minder bescherming tegen opportunistisch gedrag door het zorgkantoor. De toenemende *asset specificity* voor de zorgaanbieder werkt nog meer opportunisme in de hand. Verder is er sprake van *bounded rationality*: de keus van zorgkantoor en cliënt om die instelling te kiezen met het beste ZZP aanbod. Deze risico's kunnen worden beperkt door een goede samenwerking met het zorgkantoor, maar daarvoor is een contractvorm die meer macht legt bij het zorgkantoor onvermijdbaar. Zoals besproken in het theoretisch kader is er een verschuiving van

market specification contract richting een production management contract noodzakelijk.

Aspecten	Focus strategie
<i>Bounded rationality</i>	
<i>Opportunism</i>	
<i>Information asymmetry</i>	
<i>Asset specificity</i>	

Tabel 7  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

Organisatie van verticale relatie

In het model van Mahoney levert de analyse van een focus strategie een resultaat in het verlengde van deze contracten. De focus strategie resulteert in een hoge *asset specificity*, er zijn meer middelen toegewijd aan een specifieke ZZP. De *task programmability* verandert onder invoering van de zorgzwaartebekostiging van laag naar hoog. Een focus strategie kan dit versterken omdat de strategie ontwikkeling van één specifieke ZZP stimuleert, dit kan resulteren in meer inzicht in de invullingmogelijkheden. Ook kan de strategie tot meer standaardisering van deze ZZP leiden en daarmee is de input een goede maatstaf voor beloning. De *nonseparability* blijft hoog, dit komt voornamelijk omdat de cliënt eigenschappen deze factor domineren. In de tabel van Mahoney op blz. 39 van dit onderzoek is een focus strategie in dit geval het best te coördineren met een *Hierarchy*. Een contract vorm waarbij er één opdrachtgever is en één uitvoerder. Daarbij is de opdrachtgever de financieel eigenaar. Vertaald zou het zorgkantoor als opdrachtgever en financierder de dienst bepalen. Het probleem is echter dat de het financieel risico voor de zorgaanbieder is terwijl deze uitvoerder is. De strategie is dus niet aan te bevelen in een zorgkantoor – zorgaanbieder relatie.

Dit kan echter wel worden gebruikt binnen de zorgaanbieder zelf, bij de relatie tussen de corporatie en de verschillende locaties van de stichting. De stichting is financieel eigenaar en draagt het financieel risico over de resultaten van de locatie. Hierdoor wordt opportunisme door de corporatie uitgesloten en worden beslissingen zorgvuldiger genomen.

Aspecten	Focus strategie
<i>Asset specificity</i>	
<i>Task programmability</i>	
<i>Nonseparability</i>	

Tabel 8  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

6.4.2. Toetsing Diversificatie strategie

Een diversificatie strategie beïnvloedt de samenwerkingsfactoren op andere wijze.

Het *Individueel Excelleren* waarbij de zorgaanbieders elk een bijdrage leveren aan de relatie is beperkt. Positief van in een breed aanbod is dat het beter aansluit bij de omgeving, maar voor het zorgkantoor zal er minder onderscheid zijn tussen de verschillende aanbieders. Alleen de locatie van de zorgaanbieder en de flexibiliteit om in te spelen op de zorgbehoefte in de regio zijn klantgerichte punten die het zorgkantoor voor de relatie als *Individueel Excelleren* kunnen aanmerken. Het zorgkantoor kan echter ook bij andere zorgaanbieders ZZP's inkopen. Het succes van de samenwerking zal vanuit dit punt dus beperkt zijn.

De *Afhankelijkheid* van het zorgkantoor is met een diversificatie strategie beperkt. De zorgaanbieder heeft meer mogelijkheden een ZZP tarief dat onaantrekkelijk is te mijden. De zorgaanbieder kan dan eenvoudiger overgaan op de productie van een andere ZZP. Op dit punt is er een betere balans in afhankelijkheid voor een succesvolle samenwerking.

Informatie uitwisseling wordt complexer en omvangrijker, het gaat om meerdere ZZP's en dat betekent dat er meer afstemming plaats moet vinden. Er wordt meer informatie gedeeld en de afstemming van deze informatie behoefte vergt meer aandacht.

De *Importantie*, in hoeverre de doelstelling en strategieën in elkaars verlengde liggen, is lastiger te beoordelen. De toenemende flexibiliteit waarmee ingespeeld kan worden op de zorgvraag door de zorgaanbieder op de gehele markt is groter bij een diversificatie strategie, dit kan echter leiden tot een minder hoge bezettingsgraad. Het zorgkantoor is gebaat bij een doelmatige besteding en een hoge bezettingsgraad. Hier kunnen de strategieën toch verder uit elkaar liggen.

Investerings zijn in deze strategie minder nadrukkelijk aanwezig. De zorgaanbieder is minder specifiek aan het investeren om een bepaalde ZZP zo goed mogelijk aan te bieden, de samenwerking is op dit punt minder sterk vertegenwoordigd.

Integratie is minder noodzakelijk in deze strategie. Het brede ZZP aanbod spreidt het risico waardoor de zorgaanbieder bijvoorbeeld minder afhankelijkheid van een doorverwijzing zoals bij de focus op een ZZP.

Institutionalisering is lastiger met een groot aantal verschillende ZZP's. De verantwoordelijkheid en beslissing zijn minder makkelijk vast te leggen. De beslissing voor het aanwenden voor een bepaalde ZZP komt in de onderhandelingen wel tot stand, maar wat als het aanbod achter blijft, wie is dan verantwoordelijk? Bij één ZZP is dat duidelijker. Het institutionaliseren is lastiger.

Integriteit is niet onbelangrijk bij diversificatie. Er is bij beide partijen een gelijke mate van vertrouwen nodig om zorginkoop en zorglevering op elkaar af te stemmen. Bij een diversificatie strategie komt het vertrouwen meer van twee kanten, dit heeft ook te maken met de beter gebalanceerde afhankelijkheid.

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat bij een diversificatie strategie samenwerking een minder grote rol speelt. Natuurlijk is een goede samenwerking van belang maar er hangt minder vanaf in strategisch opzicht.

Aspecten	Diversificatie strategie
<i>Individueel Excelleren</i>	
<i>Importantie</i>	
<i>Afhankelijkheid</i>	
<i>Informatie</i>	
<i>Investering</i>	
<i>Integratie</i>	
<i>Institutionalisering</i>	
<i>Integriteit</i>	

Tabel 9 : ○ : een negatieve verandering, ◐ : een neutrale verandering ● : een positieve verandering

Transactiekosten

De *Transactiekosten* zijn in een diversificatie strategie hoger dan bij een focus strategie en naar verwachting ook ten opzichte van de huidige situatie. Dit komt doordat onderhandelingskosten toenemen, er zijn meerdere ZZP's waarover overeenstemming moet worden bereikt. Ook de *Monitoringskosten* van 10 ZZP's zijn hoger dan van bijvoorbeeld een soort. Voor iedere van 10 ZZP's is bijvoorbeeld een controle protocol nodig om de invulling te controleren. Dit is eenvoudiger bij een ZZP.

Aspecten	Diversificatie strategie
<i>Informatiekosten</i>	
<i>Onderhandelingskosten</i>	
<i>Monitoringskosten</i>	

Tabel 10: ○ : een negatieve verandering, ◐ : een neutrale verandering ● : een positieve verandering

Het effect van *Bounded rationality* is beperkt voor een diversificatie strategie voor de zorgaanbieder. De strategie speelt beter in op de dominante factoren van cliënten in hun keuze van zorgaanbieder. Dit zijn de sociale en geografische aspecten.

Opportunism is te beperken met een diversificatie strategie. Bij onaantrekkelijke tarieven van een ZZP kan eenvoudiger worden uitgeweken naar een productie met alternatieve ZZP's. Het risico dat het zorgkantoor tegen ongunstige tarieven zorg probeert te contracteren blijft hiermee beperkt.

De mate van *Asset Specificity* is relatief laag bij een diversificatie strategie: de zorgaanbieder zit niet vast aan één bepaald soort ZZP. Het uitblijven van afname door het zorgkantoor of marktvraag kan worden opgevangen met de productie van andere ZZP's. Hierdoor neemt het risico van opportunisme af en ook de financiële risico's worden beperkt.

Information asymmetry - de gevolgen van de beschikbaarheid van informatie kunnen worden gespreid over meerdere ZZP's. Als door *information asymmetry* een cliënt wordt opgenomen waarbij de werkelijke zorgwaarde afwijkt van die in het ZZP, dan kan een zorgaanbieder met een gediversificeerd aanbod hier beter mee uit de voeten. Een diversificatie strategie biedt zo meer bescherming tegen *asymmetry* problemen dan een focus strategie.

Aspecten	Diversificatie strategie
<i>Bounded rationality</i>	
<i>Opportunism</i>	
<i>Information asymmetry</i>	
<i>Asset specificity</i>	

Tabel 11  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

Organisatie van verticale relatie

Een diversificatie strategie beïnvloedt de factoren in het model van Mahoney op een andere manier. Hier is de *Asset Specificity* laag. De investering zijn gespreid over een groter aantal ZZP's, hierdoor is de zorgaanbieder niet meer afhankelijk van één ZZP. Er is altijd wel een ZZP af te zetten. Kijkend naar de *Task Programmability*, verschuift de invoering van de zorgwaartebekostiging deze factor van laag naar hoog. Een diversificatie strategie beïnvloedt deze factor nauwelijks. De mate waarin de input gebruikt kan worden voor beloning, wordt met deze strategie niet vergroot of verkleind. Dit blijft dus onveranderd. De *nonseparability* blijft ook in dit geval hoog en om dezelfde reden: de hoge invloed van de cliënt zelf op de output. In de tabel van Mahoney is een diversificatie strategie efficiënt te coördineren met een *inside contract*.

In deze contract vorm is de *manager* aangewezen om het *nonseparability* probleem op te lossen, de manager is door de lage *asset specificity* in staat om gemakkelijker over te stappen op een andere ZZP.

Aspecten	Diversificatie strategie
<i>Asset specifity</i>	
<i>Task programmabilty</i>	
<i>Nonseparability</i>	

Tabel 12  : een negatieve verandering,  : een neutrale verandering  : een positieve verandering

6.4.3. Toetsing Hybride Vorm

Een hybride strategie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is mogelijk, er moet echter voorkomen dat de *asset specificity* hoog wordt. Daarnaast moet een strategisch voordeel aanwezig zijn om de hybride vorm te kiezen. Voor de corporatie – locatie relatie is het coördineren wel geschikt, daar kan een minder hiërarchische vorm wenselijker zijn om beter in te kunnen spelen op de omgeving.

7. Conclusie en Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan om de implementatie van ZZP bij de Zorgcentra de Betuwe te realiseren. In het voorgaande hoofdstuk zijn de oplossingen gepresenteerd. Deze worden in dit hoofdstuk afgewogen en uitgewerkt.

7.1. Strategisch niveau

Op strategisch niveau biedt zorgzwaartebekostiging de mogelijkheid om te kiezen tussen een focus op één of enkele ZZP's tegenover een breed aanbod van verschillende ZZP's. De beslissing wordt gemaakt in samenspraak met de probleemhebbers op dit niveau van de organisatie. Deze probleemhebbers dragen de verantwoordelijkheid voor deze beslissing en zullen aan de hand van deze keuze de hoogte van het financieel risico bepalen evenals de doelmatigheid. Het betreft hier een keuze voor de breedte van de portfolio van ZZP's. Globaal gaat het hier om een afweging tussen enerzijds meer doelmatigheid bij een focus op één ZZP tegen minder risico op een breder portfolio van ZZP's.

De voordelen van een focus op één ZZP weegt niet op tegen het risico dat deze strategie met zich meebrengt. De oorzaak hiervan is dat de structuur van de keten een goede verdeling van het financieel risico tussen zorgkantoor en zorgaanbieder in de weg staat. Zo'n verdeling van financieel risico kan alleen worden gerealiseerd als het zorgkantoor ook investeert in een focus op één ZZP. Het zorgkantoor zou zich daarmee financieel verbinden aan de gekozen strategie van de zorgaanbieder. Dit voorkomt opportunistisch handelen door het zorgkantoor. De huidige ketenstructuur sluit opportunisme niet uit. Zo kan het zorgkantoor bijvoorbeeld ZZP's inkopen bij andere aanbieders nadat één zorgaanbieder voor een focus op deze ZZP heeft gekozen. Het vullen van deze productieafspraken wordt door dit gedrag erg lastig. Dit kan dan weer leiden tot een slecht rendement op de investering door uiteindelijk maar lagere tarieven te aanvaarden bij het zorgkantoor. Door mee te investeren zal het zorgkantoor juist geneigd zijn veel van deze ZZP's te contracteren tegen een gunstig tarief bij de aanbieder die een focus strategie volgt. In de huidige wet- en regelgeving is het niet toegestaan voor het zorgkantoor om dit soort investeringen te doen (artikel 41 AWBZ). Hierdoor blijft het financiële risico van deze strategie volledig bij de zorgaanbieder liggen en niet bij het zorgkantoor. Dit komt bovenop de verhoogde onzekerheid van de vraag naar zorg (onzekerheid of en wanneer voor de geschikte zorgzwaarte een lege plaats gevuld kan worden).

In het vorige hoofdstuk is de een focus strategie afgefallen. Hierdoor kan gekozen worden tussen de hybride strategie of een strategie met een aanbod van alle ZZP's. Beide strategieën hebben voor- en nadelen blijkt uit het vorige hoofdstuk. Om na te gaan in hoeverre deze twee strategieën aansluiten bij de huidige missie en visie van zorgcentra de Betuwe wordt eerst gekeken naar de huidige bezetting van ZZP's.

De huidige bezetting van ZZP's lijkt meer te wijzen op een focus strategie. Bijlage X geeft een tabel van de score van ZZP's die plaatsvond in december 2006. Deze tabel geeft aan dat van de 10 ZZP's er 5 ZZP's verantwoordelijk zijn voor 83,3% van het ZZP aanbod. De bruikbaarheid van deze gegevens is echter beperkt. Op de eerste plaats omdat de aanwezige ZZP's in Zorgcentra de Betuwe niet per definitie een afspiegeling zijn van de vraag in regio. Op de tweede plaats verschilt de belasting op de capaciteit per ZZP, dit zorgt er voor dat 19,1% ZZP1 qua belasting overeenkomt

met ongeveer 5% op ZZP9. Het is hierdoor niet zonder meer mogelijk op basis van het huidige ZZP aanbod een focus op bepaalde ZZP's te kiezen. Het is dus belangrijk te realiseren dat de hoeveelheid van de aanwezige ZZP's in relatie gezien moet worden met de belasting van deze ZZP's op de capaciteit.

De huidige missie en visie van ZDB is gericht op het bieden van zorg aan de inwoners van de regio. Een kenmerk van de vraag naar intramurale zorg is het dominante regionale karakter. De bewoners van de regio willen vaak niet uitwijken, ook niet vanwege als ZZP's ergens anders kwalitatief beter zijn. Omdat de inwoners van een regio een zorgbehoefte hebben die een breedte van ZZP1 tot ZZP10 heeft zal ook de strategie hierop aan moeten sluiten. Dit pleit voor een breed aanbod van alle ZZP's, zodat iedere bewoner in de regio terecht kan bij ZDB. Kortom, met een breed aanbod van ZZP's is beter in te spelen op de zorgvraag in de regio.

Ook de kleinschaligheid van ZDB is met een divers aanbod eenvoudiger te realiseren. Doordat een zorgzwaarte-mix een betere aansluiting geeft op de capaciteit van een kleinschalige unit. Hiermee lijkt de kleinschaligheid meer te sturen op een breder aanbod omdat de zorgzwaarte kan worden afgestemd op de capaciteit van de kleinschaligheid van de afdeling. Zo blijft de werkdruk op een aanvaardbaar niveau. Ook de sfeer op een afdeling met een combinatie van ZZP's is naar verwachting beter dan een afdeling met alleen één zware ZZP. Voor cliënten met een zware ZZP is het waarschijnlijk fijn om met mensen met een lichte ZZP te kunnen wonen. Daarmee sluit een breed aanbod beter aan bij kleinschalige woonvormen.

In de toekomst zullen meer mensen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Een deel van de huidige intramurale zorg verschuift dus naar de extramurale zorg. Het beleid van de laatste jaren is er ook op gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en te verzorgen. [9, blz. 20].

De overheveling van de functie huishouding naar de WMO is hiervan een duidelijk voorbeeld en moet leiden tot meer ondersteuning bij het langer thuis wonen. Binnenkort introduceert de overheid ook een financieringsoptie waarbij het mogelijk wordt extramuraal zorg te leveren aan mensen met een verblijfsindicatie.[4, blz. 25]. Zo ontstaat een groter zorgaanbod. Dit zal betekenen dat aanbieders in de extramurale zorg zullen gaan concurreren met intramurale aanbieders. Het extramuraal realiseren van intramurale zorg zal naar verwachting voornamelijk concurrentie op ZZP's met een lage zorgzwaarte veroorzaken. Deze ZZP's zullen namelijk eenvoudiger te realiseren zijn voor de extramurale aanbieders. Dit betekent mogelijk dat op langere termijn een focus op zwaardere ZZP's onvermijdbaar is voor intramurale zorglevering.

ZDB biedt overigens ook al enige tijd extramurale zorg aan. Met een breed ZZP aanbod vullen de extramurale en intramurale diensten elkaar aan. Met de invoering van de eerder genoemde toekomstige regeling wordt ZDB mogelijk gedwongen zich wat betreft de intramurale zorg meer te focussen op ZZP's met een hogere zorgzwaarte.

Samenvattend betekent dit dat met een diversificatie-strategie met de komst van zorgzwaartebekostiging het vergrote financiële risico voor de stichting Zorgcentra de Betuwe kan worden beperkt. Dus het hanteren van een breed aanbod van ZZP's is de aanbevolen strategie. Een focus strategie zal weliswaar tot een hogere doelmatigheid leiden, maar het zorgkantoor kan met deze strategie onvoldoende financieel risico dragen om opportunistisch gedrag uit te bannen. Uiteindelijk zal voor de intramurale zorg een hybride strategie met meer focus op ZZP's de hogere

zorgzwaarte op langere termijn eerder een gedwongen keuze zijn vanwege de toenemende extramuralisering.

7.2. Operationeel niveau

Op operationeel niveau zijn er bepaalde maatregelen noodzakelijk om de implementatie van de zorgzwaartebekostiging succesvol te laten voorlopen. Dit betekent dat er interventies nodig zijn om een structurele aanpassing te realiseren. Dit hoofdstuk bouwt verder op de gepresenteerde opties in hoofdstuk 6 en geeft uitleg om deze in de praktijk te brengen.

Kennis

De implementatie zorgzwaartebekostiging vereist kennis met betrekking tot ZZP's. De zorgzwaarte is namelijk bepalend voor de soort ZZP en de daaraan gekoppelde vergoeding. Doorgaans betekent een hogere zorgzwaarte een hogere ZZP en dus een hogere vergoeding. Welke zorgzwaarte bij welke ZZP hoort is noodzakelijke kennis voor elke medewerker die cliëntgebonden activiteiten uitvoert. Dit zijn bij ZDB de woonzorgbegeleiders en behandelaars.

Woonzorgbegeleiders zijn doorgaans gewend te denken in medische termen. Bij ZZP's wordt echter uitgegaan van beperkingen. Hierdoor is een andere manier van denken noodzakelijk om de zorgzwaarte van de cliënt in een bepaalde ZZP te plaatsen. De noodzakelijke kennis om te kunnen werken met ZZP's vereist daarom een cursus. Een informatiebrief is te beperkt om deze kennis over te brengen.

Ook de paramedische diensten worden geconfronteerd met de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. De verschillende behandelaars krijgen allemaal per ZZP één vooraf bepaald totaal aantal uur voorgeschreven. Voorheen werden hun uren gebaseerd op de inzet in voorgaande jaren. Nu zal hun inzet mee bewegen met de zorgzwaarte. De verdeling van de uren over de behandelaars moet dus op elkaar afgestemd zijn om het totaal niet te overschrijden. Ook hier geldt dat deze uren voortvloeien uit de beperkingen van de cliënt dus een cursus zal naar verwachting deze manier van denken beter overbrengen dan een informatiebrief.

De twee hierboven genoemde partijen zullen in het zorgplan naar de cliënt aangeven wat hij of zijn kan verwachten qua invulling van zijn of haar ZZP. De invulling van het ZZP ligt voor een deel vast door de zorgbehoefte, maar er is ook ruimte om rekening te houden met de wensen van de cliënt. Door verschillen in ZZP's bij cliënten zal het aantal uren te verdelen over de verschillende cliënten *moeten* verschillen. Is dat niet het geval, dan leidt dat bij bepaalde cliënten tot een tekort in of een overschrijding van het aantal uren te leveren zorg. Dit klinkt misschien onrechtvaardig maar dat is het niet omdat cliënten met een hogere zorgzwaarte nu eenmaal recht hebben op meer zorg. Een goede registratie in het zorgplan is om een tweede reden belangrijk bij de zorgzwaartebekostiging. Het belang hiervan wordt groter in de wetgeving en aan de hand hiervan controleert het zorgkantoor of de invulling van ZZP's aan de eisen voldoet. Binnen de wet wordt het vergelijkbaar met een overeenkomst, cliënten en zorgkantoor zullen dus naleving kunnen eisen. Een zorgplan zal daarom op een lijn moeten liggen met het actuele ZZP.

Herindicatie

De zorgzwaarte moet goed in de gaten worden gehouden om te voorkomen dat de vergoeding achterblijft bij de zorgzwaarte of andersom. Een verandering in de zorgzwaarte vereist een verandering van indicatie. Een wijziging van indicatie levert

een nieuwe ZZP. Met deze nieuwe ZZP is het mogelijk meer uren toe te wijzen aan de cliënt omdat er een hogere vergoeding tegenover staat. Het is een taak van de woonzorgbegeleiders om een verandering in zorgzwaarte te signaleren en vervolgens het herindicatie proces te starten.

In het huidige vergoedingssysteem is de vergoeding onafhankelijk van de zorgzwaarte bij een indicatie met verblijf. Daarmee is er in deze situatie geen noodzaak om een herindicatie aan te vragen bij een verandering in zorgzwaarte. Dat verandert met de komst van de zorgzwaartebekostiging. Er zal duidelijk gemaakt moeten worden dat een hogere zorgzwaarte meer vergoeding oplevert. Deze bewustmaking is een belangrijke voorwaarde om over voldoende financiële middelen te beschikken om in de zorgvraag te voorzien.

De gevolgen van herindicatie en een nieuwe ZZP wordt zichtbaar in de omzetverhoging van een afdeling. Het wekelijks publiceren van de omzet helpt om zichtbaar te maken wat de prestaties zijn van afdelingen. Een afdeling met een hoge zorgzwaarte vergt meer inzet maar heeft ook een hogere omzet. In vergelijking met andere afdelingen zal meer waardering zijn voor afdelingen met een hogere zorgzwaarte en een hogere omzet. Daarnaast benadrukt het publiceren van de omzet de koppeling tussen zorgzwaarte en vergoeding.

Sturing op zorgzwaarte

De implementatie van zorgzwaartebekostiging vereist ook meer sturing in opname. Niet iedere cliënt heeft een passende zorgzwaarte, dan wel een ZZP die plaatsbaar is op een afdeling. Er zal dus een voorkeur zijn in de opname van een bepaalde ZZP op een bepaald moment. Dit komt door enerzijds de gemaakte productieafspraken en anderzijds omdat de zorgzwaarte op een afdeling niet moet leiden tot zeer hoge werkdruk.

De sturing op ZZP's lijkt misschien onrechtvaardig voor cliënten, bijvoorbeeld omdat iemand wordt afgewezen vanwege een te hoge ZZP. Maar deze zorgt juist ook voor rechtvaardigheid. Zorgvragers met een lage ZZP hebben zo ook kans op opname. Deze zorgvragers hebben immers net zoveel recht op intramurale zorg. Daar komt bij dat het de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor is om via productieafspraken te zorgen voor een eerlijke verhouding van ZZP's in de regio. Dit rechtvaardigt daarom de selectie op ZZP's.

Sturing op zorgzwaarte is de verantwoordelijkheid van de zorgmanager. De zorgmanager zal om te kunnen sturen op de hoogte moeten zijn van de huidige zorgzwaarte op de verschillende afdelingen. Door eventueel te schuiven met personeel tussen de woningen kan een gelijkmatige verdeling van werkdruk ontstaan. Bijlage XIII geeft de output van een ontwikkelde excel sheet om dit te realiseren. Na invoering van de verschillende ZZP's die aanwezig zijn op de afdelingen toont de grafiek welke afdelingen positief en welke negatief afwijken van de gemiddelde zorgzwaarte. Door te schuiven met personeel tussen deze afdelingen kan de zorgzwaarte eerlijk worden verdeeld over de afdelingen.

Tot slot moet nog worden opgemerkt dat ook het personeel belang heeft bij goede sturing. Tegenover een hoge zorgzwaarte moet tenslotte voldoende personeel staan. Dit is ook een punt waarop medewerkers gemotiveerd kunnen worden om de zorgzwaarte goed bij te houden en tijdig aan de bel te trekken bij het signaleren van de verandering in zorgzwaarte. Dit vereist natuurlijk wel een reactie van het management als een afdeling vanwege zorgzwaarte extra uren vraagt.

Kleinschaligheid

In zorgcentrum Beatrix wordt gewerkt met kleinschalige woonvormen, zoals eerder te lezen was in hoofdstuk 2. In deze woonvormen staat persoonlijk contact en een integraal aanbod van de woonzorgbegeleiders voorop. Dit resulteert in een tweetal beperkingen met betrekking tot de zorgzwaartebekostiging. Op de eerste plaats ligt het schuiven met personeel niet in lijn met deze filosofie, dit beperkt namelijk het persoonlijke contact. Het is daarom aan te bevelen om de ZZP's zo te verdelen over afdelingen dat schuiven niet noodzakelijk is. Een standaard mix is dus aan te bevelen.

Het tweede punt van aandacht is dat de woonzorgbegeleiders door hun integrale aanbod ook verantwoordelijk zijn voor de huishoudelijke functies op de afdeling. Er moet dus genoeg tijd overblijven naast de uren voor woonzorg om ook de huishoudelijke functies goed uit te voeren. Bijlage XIII illustreert wat er over blijft nadat de zorgzwaarte is uitgevoerd als een afdeling 4,5 FTE te besteden heeft.

Zorgbemiddelaar

In het vorige hoofdstuk is de zorgbemiddelaar genoemd als mogelijke oplossing voor de implementatie van zorgzwaartebekostiging. Dit is een functionaris met als taak het coördineren van herindicatie processen en ondersteuning bij vertaling van ZZP naar zorgplan.

De administratieve afhandeling van een herindicatie geeft de meeste woonzorgbegeleiders weinig voldoening. Woonzorgbegeleiders hechten meer belang aan de verantwoordelijkheid m.b.t. de uitvoering van cliëntgebonden taken. Daarbij komt dat hier ook niet de kwaliteiten van een woonzorgbegeleider liggen. Hierdoor kan het signaleren mogelijk minder goed verlopen. Een voorbeeld hiervan kan zijn het nog even uitstellen van herindicaties terwijl elke dag telt qua vergoeding.

Een aparte functionaris die deze administratieve last overneemt zal de drempel voor een herindicatie verlagen. Daarnaast kan zo'n functionaris veel expertise opbouwen met betrekking tot ZZP's. Dat bespoedigt het afhandelen van een herindicatie. Ook de ondersteuning bij de vertaling van ZZP naar zorgplan verhoogt de consistentie van de zorgplannen. De verantwoording naar het zorgkantoor kan zo eenvoudiger vorm krijgen en reeds bij het opstellen van het plan is aandacht voor deze controle. Dit kan mogelijke problemen voorkomen, zeker wanneer het zorgplan een wettelijk verankerde status krijgt.

De kosten voor een dergelijke functionaris moeten uiteindelijk wel opgebracht worden uit de vastgestelde ZZP tarieven.

Het interview waarbij deze functionaris ter sprake kwam vond plaats in een bedrijf van veel grotere omvang. Het realiseren van een dergelijke functie door die organisatie is vanwege hun schaal eenvoudiger. ZDB heeft deze schaal niet. Daarbij komt dat de verantwoordelijkheid van zo'n functionaris dan verdeeld is over verschillende afdelingen binnen ZDB en dus slecht pas in de divisie structuur van de organisatie.

De conclusie op dit punt is dat er reeds voldoende aandacht is bij de bestaande functionarissen. Daarbij is het bewustzijn van woonzorgaanbieders en de alertheid op verandering in zorgzwaarte ook in het eigen belang van deze medewerkers. Ook de administratieve handelingen om verantwoording af te leggen maken onderdeel uit van woonzorgbegeleiders. Daarbij komt dat van professionals in de AWBZ heden ten dage ook wel administratieve verantwoording en de bijbehorende vaardigheden mag worden verwacht.

De toegevoegde waarde van een zorgbemiddelaar en de kosten die dit met zich mee brengt zijn voor ZDB op deze schaal niet rendabel. Bestaande functionarissen kunnen voldoende inspelen op de implementatie van de zorgzwaartebekostiging.

Dit onderzoek heeft de effecten van implementatie voor ZDB voldoende inzichtelijk gemaakt en daarvoor op operationeel en strategisch niveau aanbevelingen gedaan om in te spelen op de risico's en mogelijkheden. Mijn persoonlijke mening over de zorgzwaartebekostiging is dat een stap in de goede richting is gezet, en de geld- en goederenstroom beter op elkaar af te stemmen zijn. Maar voor het einddoel van de overheid is marktwerking niet meer dan een eerste stap omdat bijvoorbeeld de *nonseparability* problemen nog moeten worden aangepakt.

Verder zijn de ZZP's vanuit technisch bedrijfskundig oogpunt erg interessant, zeker kijkend naar toepassing voor planning en forecasting. Daarbij is een rol voor het CIZ weggelegd. Door bijvoorbeeld overgangskansen voor ZZP's te bepalen voor de sector, kan een voorspelling over de toekomstige samenstelling van onder andere de verpleeghuispopulatie gemaakt worden. Ik hoop dat de implementatie van ZZP's geen verkapte bezuinigingsoperatie is van de overheid omdat de rek om de productiviteit nog verder omhoog te schroeven nu inmiddels wel uit de AWBZ is.

Referenties

Literatuur

- [1] R Douven et. al, *Momentopname van de AWBZ, een analyse van de sterke en zwakke punten*, maart 2004
- [2] *Modernisering AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten veranderd*, Federatie van Ouderverenigingen, Utrecht, juni 2003
- [3] *Wat is het CTG?*, College tarieven gezondheidszorg (CTG), Utrecht, januari 2000.
- [4] *Care voor de Toekomst, Uitvoeringstoets Overheveling zorgkantoortaken*, 26-03-2007 Nza
- [5] *Visiedocument AWBZ-zorgmarkten*, Nederlandse Mededinging Autoriteit, januari 2004, Den Haag
- [6] *Invoering zorgzwaartebekostiging –plan van aanpak 2007-2008-* , ministerie van VWS, 22 februari 2007
- [7] C. I. J. M. Ross-van Dorp, *26 631 Modernisering AWBZ Nr. 193*, Kamerstuk, Den Haag kenmerk DGB/FIG-2630465 16 oktober 2006
- [8] *WMO- Wet Maatschappelijke Ondersteuning*, AGORA platform sociale zekerheid.
- [9] M. Pomp, E. Mot en R. Douven, *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, No 122 Juni 2006, Centraal Plan Bureau, Den Haag.
- [10] *Factsheet Ontwikkelingen in de AWBZ 2007*, december 2006, DVC 60277, Den Haag
- [11] P. G. M. Jansen, *Zorgzwaartepakketten sector V&V* , HHM, augustus 2006, Enschede
- [12] *Zorgcentra De Betuwe, om te wonen of te werken*, Zorgcentra De Betuwe, 2004 (Bedrijfsdocument, informatiefolder, stichting breed)
- [13] *'Doe effe normaal' Kleinschalige zorg in een nieuwe woonomgeving*, Zorgcentrum Beatrix, 2005 (Bedrijfsdocument, informatiefolder, Zorgcentrum Beatrix)
- [14] *ZDB JAARBEELD 2005*, Zorgcentra De Betuwe. 2005 (Bedrijfsdocument, informatiekrant)
- [15] *Contouren ZDB 2006*, Zorgcentra De Betuwe, 2006 (Bedrijfsdocument, intern, stichting breed)

- [16] A. Aulinger, *Supply Chains as Strategic Alliances- A route map for Cooperation Management*, Strategy and Organizations in Supply Chains blz. 225-238, Physica Verlag, Oldenburg, 2003
- [17] J.L. Gattorna, D.W. Walters *Supply Chain Management: A strategic perspective*, Palgrave, New York, 1996
- [18] H.G. Bijker, *Elke verandering is een...*, Enschede, 1999
- [19] J. E. Hobbs, *A transaction cost approach to supply chain management*, Supply Chain Management Volume 1 nr 2, 1996, blz. 15-27
- [20] J. T. Mahoney *The Choice of organizational form: Vertical financial ownership versus other methods of vertical integration*, Strategic Management Journal Volume 13, 1992, blz. 559-584
- [21] Dr. M. Hulscher, Dr. M. Wensing, Prof. dr. R. Grol, *Effectieve Implementatie Theorieën en Strategieën*, Zorgonderzoek Nederland, 2000
- [22] D. Berwick, *A primer on leading the improvement of systems*, BMJ 1996;312:619-622
- [23] *Copyplatform Zorgcentra De Betuwe*, Zorgcentra De Betuwe , 20-02-2007 (Bedrijfsdocument, intern, stichting breed)

Website

- [24] www.kiesbeter.nl, beheerder Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), opdrachtgever ministerie van VWS.
- [25] www.vgzzorggids.nl, beheerder en opdrachtgever Zorgverzekeraar VGZ

Bibliografie

(Alfabetisch op titel)

Twijnstra Trudde in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Audit AWBZ 2005*, 12 juli 2006

R. E. Miles and C. C. Snow, *Causes of Failure in Network Organizations*, California Management Review Volume 34 No. 4, pp. 53-72, The Regents of the University of California, 1992

T. Martijn, *Dynamism in supply networks : actor switching in a turbulent business environment* , Erasmus Universiteit , Rotterdam, 2004

G. Johnson en K. Scholes, *Exploring corporate strategy*, 6th ed, Financial Times Prentice Hall, Essex, 2002

Functies & aanspraken in de AWBZ, CVZ College voor Zorgverzekeringen, juni 2004

D. J. Palumbo , *Implementation and the policy process : opening up the black box*, Greenwood Press, New York, 1990

M. L. Goggin, *Implementation theory and practice : toward a third generation*, Little, Brown Higher Education, London , 1990

S. Lazzarini, F. Chaddad, M. Cook, *Integrating supply chain and network analyses: The study of Netchains*, Journal of Chain and Network Science, Wageningen Pers, Wageningen, 2001

R. L Daft, *Management*, 3th ed, The Dryden Press, Fort Worth, 1994

C. Y. Baldwin and K. B. Clark, *Managing in the age of modularity*, Harvard Business Review Sept – Oct 1997

R. E. Miles and C. C. Snow, *Organizations: New Concepts for New Forms*, California Management Review Volume XXVIII, The Regents of the University of California, 1986

K.I. Hanf, *Policy implementation in federal and unitary systems : questions of analysis and design*, Nijhoff, Dordrecht, 1985

L.F. Locke, *Proposals that work : a guide for planning dissertations and grant proposals*, 2nd edition, Sage Publications, Newbury Park, 1993

H.E.G.M. Hermans en M.A.J.M. Buijsen, *Recht en Gezondheidszorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarsen, 2006

K. R. Harrigan, *Strategic flexibility : a management guide for changing times*, Lexington, Mass, 1985

J.R. Galbraith, *Strategy implementation : structure, systems and process*, 2nd edition, West, St. Paul, 1986

K. Verheijke, *Twee geloven op een kussen...*, PDO mc leergang 13, Gouda, november 2004

Bijlage Interview met H. Bolhuis

Interview op dinsdag 8 mei 2007

Met Henk Bolhuis, Controller bij Zorgcentra de Betuwe

Vragen over functie en afdeling in organisatie

Wat is uw functie ? En binnen welke afdeling?

Wat zijn uw verantwoordelijkheden? Kunt u enkele werkzaamheden beschrijven?

Ik ben de controller van de stichting, mijn functies zijn een beetje twee-lijning. Enerzijds heb ik de verantwoordelijkheid over de financiële afdeling, dat houdt in: boekhouding, financiële administratie, salaris administratie, cliënten administratie. Er werken op deze afdeling ongeveer 10 mensen. Wij doen hier de centrale administratie voor de hele stichting. Alle betalingen, al het betalingsverkeer, alle salarisbetalingen en verwerkingen enzovoort. Dat gebeurt hier allemaal (locatie Landzichtweg). Dat is zeg maar het uitvoerende stuk. En verder verzorgen we ook maandelijks hier de management informatie. De informatie die maandelijks naar de managers gaat zodat zij kunnen sturen. Ik ben mede MT lid (Management Team) specifiek verantwoordelijk voor financiële beleid en planning en controle en dat soort zaken, treasury en noem maar op.

Dit is in het kort mijn functie en verantwoordelijkheden.

Er is niet specifiek een afdeling waar u leiding aan geeft?

De afdeling heet officieel FEAZ, financieel economisch en administratieve zaken. En dat bestaat voor 3 mensen uit de cliënten administratie en 3 mensen op de salarisadministratie en 4 mensen op de boekhouding. Dat is de structuur van de afdeling. Daar ben ik verantwoordelijk voor en daarnaast ben ik verantwoordelijk voor het financiële beleid en het juist uitvoeren en ontwikkelen van procedures en vast leggen van nieuwe procedures op het gebied van AOC/IC. Zorgen dat de productieregistratie goed verloopt. Zorgen dat de management informatie goed verloopt. Zorgen dat we de juiste gegevens krijgen en tijdig verwerken. De juiste informatie voorziening verzorgen voor de organisatie. Zowel intern als extern. Dat is natuurlijk ook de verantwoording naar externe partijen.

Als je kijkt in de hele cyclus van planning en controle, deze begint met het maken van jaarplannen, daar wordt een begroting opgesteld. Die heeft een relatie, uiteraard met die jaarplannen. Zo ontstaat een begroting van exploitatie, investeringsbegroting, productiebegroting dat vormt samen een geheel.

Dat gebeurt in het najaar, eind november begin september worden die vastgesteld. Dan start de cyclus van dat jaar, en vindt een vertaling plaats in budgetten en deelbudgetten. Hier wordt opgestuurd om te zorgen dat we binnen de budgetten blijven, en daar verschaffen we management informatie over en geven we toelichting op. Elke maand gebeurt dat en per kwartaal uitgebreider. Er vindt verantwoording plaats naar de managers en ook een informatiestroom over deze verantwoording naar het MT natuurlijk, Raad van Toezicht en Cliëntenraad, Ondernemingsraad. Al dat soort partijen krijgen die informatie. Dan aan het eind van het jaar ga je afsluiten in de afrondende fase. Eind december ben je klaar met de jaarrekening en dat is dan de verantwoording achteraf, van het gevoerde beleid. Verantwoording van inzet van mensen en middelen. Daar komt het kort op neer.

Hoe relateert uw functie aan ZZP's?

Hier in zorgcentra de Betuwe hebben we ervoor gekozen dat ik als project leider ben aangesteld om er voor te zorgen dat zowel inhoudelijk als in de tijd het traject goed

doorlopen wordt. Voor het inhoudelijke deel kan ik het alleen maar aansturen, ik kan natuurlijk niet de individuele zorgbehoefte van iedere cliënt beoordelen maar ik kan het wel op een andere niveau nagaan of het bijvoorbeeld een plausible score is op locatie niveau. En hoe zich dat verhoudt tot de huidige productie. Enfin ik heb dat traject begeleid en ik adviseer en leg ook weer terug in het MT, hoe gaan we daar nu mee verder? Een voorbeeld van een beslissing in MT overleg is, wij gaan door met scoren (het inschatten van de zorgzwaarte van bewoners in ZZP) ook al is dat niet verplicht. Dit heeft tot doel om in de onderhandelingen met het zorgkantoor dit najaar, de meest actuele situatie van de samenstelling van ZZP te hebben. In die zin ben ik het centrale punt om dat te coördineren en een antenne functie te hebben tot wat speelt er extern. En wat heeft dat voor consequenties en hoe gaan we daarmee om. Iemand in de organisatie moet dat gaan voorspellen of beoordelen: wat gaat dat voor ons betekenen?. Logischer wijs komt dat dan bij mij te liggen. Ook omdat uit administratief oogpunt is te zeggen: de hele registratie en verantwoording is wel iets wat hier ligt. Hier moet de informatie terug komen bij de mensen om te kijken wat gaat dat nu voor ons betekenen.

Huidige situatie:

Inzicht in de relatie tot het zorgkantoor:

3. Kunt u vertellen hoe de productieafspraken met het zorg kantoor nu tot stand komen?

Je kijkt naar het voorgaande jaar, dan heb je een bepaalde productie . Dan ontwikkel je plannen en dan doe je een voorstel voor het volgend jaar. In dit voorstel staat hoeveel productie gedraaid wordt op de verschillende soorten zorg.. Dat heeft dan een relatie met nieuwe initiatieven die we gaan ontwikkelen, woonzorgcentra bijvoorbeeld. Met dat voorstel gaan we dus naar het zorgkantoor, dan heeft dat ook een relatie met afspraken over tarieven. Dan is het afhankelijk van de conjunctuur om het zo maar te zeggen of er veel of weinig geld is. Het zorgkantoor moet namelijk binnen het regio budget blijven. Het zorgkantoor geeft aan of ze het voorstel wel of niet kunnen honoreren en dan wordt er stevig over onderhandeld met als resultaat een compromis. Zowel qua volume als qua tarieven. Dit compromis wordt vastgelegd in de productie afspraken. Er zijn later in het jaar nog 2 rondes om de productieafspraken bij te stellen, bij overproductie moet je er productie zien bij te krijgen en blijf je achter dan kan het zorgkantoor zeggen lever maar in, we geven het aan een andere aanbieder.

Wanneer er meer geproduceerd wordt dan is afgesproken krijg je daar niet zonder meer een vergoeding voor van het zorgkantoor, hoe zit dat?

Ja dat is zo. Maar je kan daar natuurlijk op sturen en beleid in voeren door te realiseren dat wanneer je overproductie draait dan loop je het risico om het niet vergoed te krijgen. Wanneer je dat in de onderhandeling rondes later in het jaar geen vergoeding voor krijgt.

Afgezien dat dit ook een absurd systeem is, moet je zelf de afweging maken ga ik toch die overproductie draaien ondanks het uitblijven van de vergoeding. Dat is beleid en heeft strategische motieven, ik doe het toch maar ik probeer de productiecapaciteit voor het jaar daarop te verhogen. Hierdoor mis je eenmalig een vergoeding maar in de jaren die daarop volgen is het mogelijk een hogere productie te maken.

Zal het zorgkantoor kijken naar deze nieuwe productie capaciteit bij de nieuwe onderhandelingen?

Niet per definitie, hierin onderhandel je met het zorgkantoor. Maar het dit is ook het rare van het systeem, het zorgkantoor heeft wel een beslissing in volume en tarief maar op het moment dat je je nek uit steekt en met marktwerking en concurrentie probeert meer productie te draaien, en je sluit qua inkoop goed aan op wat het zorgkantoor graag wil, dan zal op moment van financiële krapte, het zorgkantoor zeggen nu doen we het uit beheersmatige overwegingen niet. Hun standpunt is : wij willen jullie best wat geven maar we hebben niet meer. Dan moet ik op mijn woorden letten maar dan denk ik wat een slappe hap, het is kiezen of delen: je moet of zeggen jullie sluiten goed aan op ons beleid dus we gaan jullie belonen met extra productie maar een aanbieder die dat niet doet, is zeg maar de geit en de kool te sparen. De zorgkantoren willen wel de regie en de inkoopfunctie maar als het regiobudget krap wordt wijzen ze naar VWS, het is een rare constructie .

*Kunt u iets vertellen over de afhankelijkheid tussen zorgkantoor en ZDB?
Je bent van elkaar afhankelijk, zo simpel is het. Wij kunnen niet zeggen we gaan al te hoge eisen stellen omdat we niet naar een ander zorgkantoor kunnen. We zijn veroordeeld tot het zorgkantoor omdat we daarmee een deal moeten sluiten.
Andersom is ook het geval als het zorgkantoor geen afspraak met ons maakt, we hebben wel 400 cliënten en waar moeten die dan zorg krijgen? Dat is ook het rare er is helemaal geen sprake van marktwerking. Er is maar een marginaal deel waar je over onderhandelt, 5% - 7%, tarieven en volume extramurale zorg. Tarieven intramurale zorg wordt al helemaal niet over onderhandelt, dat komt misschien nog wel maar is nu niet aan de orde.*

*Waarom wordt daar niet over onderhandelt?
Omdat dat gewoon vast ligt, vaste normen en tarieven. Ondanks de maximumtarieven wordt er niet over onderhandelt. Een enkel probeert er weleens iets uit te halen.*

3. Kunt u vertellen hoe nu de (machts)verhouding liggen in het zorgkantoor?

Er is een redelijk machtsevenwicht. Het zorgkantoor zal ZDB moeten contracteren, de stichting heeft 7 intramurale locaties en ruim 400 cliënten, deze kan je niet bij andere zorgaanbieders onderbrengen, daar is geen capaciteit voor. Dit staat nog los van de maatschappelijke problemen die dan zouden ontstaan omdat bijvoorbeeld iemand die zijn hele leven in Culemborg heeft gewoond en hier familie heeft wonen dan gedwongen wordt naar een andere zorgaanbieder moet in bijvoorbeeld Zwolle.

3. Hoe legt ZDB nu precies verantwoording af over de invulling van productie afspraken?

Maandelijks moet een overzicht gestuurd worden van de gerealiseerde productie naar het zorgkantoor. Zo monitort het zorgkantoor hoe de productie zich verhoudt in relatie tot de gemaakte productieafspraken. De ontwikkeling van de productie wordt zo gevolgd en ook meegenomen in de 2^e en 3^e onderhandelingsronden met het zorgkantoor. (zie ook vraag 1) Er is dus een interne registratie die naar het zorgkantoor gestuurd moet worden.

De registratie wordt getoetst aan correctheid, hiervoor bestaat de kader regeling AO/IC productieregistratie. De interne controle gebeurt aan de hand van een intern protocol voor de registratie de productie. Hiervoor is een interne controle functionaris aangesteld en een intern controle plan opgesteld. In het kort komt het erop neer dat je ervoor moet zorgen dat je volgens de indicatie zorg levert en declareert. De functionaris maakt hiervan verslagen en die worden vervolgens naar de verschillende

besturen gestuurd. Deze verslagen gaan ook naar een accountant die ze van een accountantsverklaring voorziet. Op deze manier wordt er een soort garantie afgegeven over de registratie. Bij een negatieve verklaring kan dat gevolgen hebben voor het budget.

3. Wat kan ik me voorstellen bij de contracteer plicht?

Er is intramurale contracteerplicht, extramuraal niet maar daarover zegt het zorgkantoor dat ze 93% garanderen van de productie in het voorgaande jaar. De invloed van de contracteerplicht is dan ook betrekkelijk marginaal.

3. Is de functionele verbinding tussen zorgkantoor en zorgaanbieder uitsluitend zorginkoper en zorgaanbieder?

Er worden geen gezamenlijke initiatieven ontplooid tussen ZDB en Zorgkantoor Nijmegen. Wel worden zaken op elkaar afgestemd. Het zorgkantoor heeft ook een adviserende rol als het gaat om bouw initiatieven, nieuwbouw of renovatie trajecten. Wanneer je ergens een nieuwe zorgvoorziening wil beginnen zal je er met het zorgkantoor immers ook productieafspraken voor moeten maken. We streven er ook naar om dit in goed overleg met het zorgkantoor te doen. Daarnaast geeft het zorgkantoor ook richtlijnen m.b.t. bepaalde procedures zoals bijvoorbeeld overbruggingszorg maar dit ligt toch in het verlengde van de inkoopfunctie.

Nieuwe situatie:

3. Is de bekostiging naar zorgzwaarte i.p.v. via capaciteit en productie het voornaamste verschil of zijn er nog meer gevolgen voor een zorgaanbieder?

Er is een verschil in bekostigingssystematiek waarbij er wordt gewerkt met een integraal tarief. Je gaat daardoor ook meer risico lopen door het wegvallen van de vaste plaatsen bekostiging. De verpleegdagen waren natuurlijk al wel variabel. Daarnaast is een belangrijke gevolg van deze bekostiging dat je meer moet gaan sturen op ZZP's als organisatie. Hierbij is het belangrijk dat je een juiste vertaling maakt van de indicatie naar het zorgplan en naar activiteiten. En dat je duidelijke afspraken maakt met de cliënt hierover. Het is dus ook belangrijk dat medewerkers goed in de vingers hebben wat ze kunnen leveren binnen een indicatie en ook alert zijn als er een nieuwe indicatie noodzakelijk is. Kortom de medewerkers moet goed in staat zijn een indicatie te lezen en te vertalen naar de juiste ZZP en kunnen sturen op de instroom.

In wezen ga je ook meer aanbod gericht werken omdat je moet gaan sturen op wat je hebt afgesproken. En dat is raar.

Is het wel mogelijk om te sturen? Vanwege urgentie e.d.?

Er is dan sprake van een zekere verzakelijking, maar het gaat er natuurlijk om dat het niet te veel uit de pas loopt. Die ene uitzondering daar gaat het niet om. Maar als zich er veel urgenten melden dan zal of het zorgkantoor extra moeten contracteren of wij nemen ze niet op. Dan zullen wij naar een andere aanbieder moeten doorwijzen. Ik denk overigens niet dat het zover komt, maar het zou daar toe kunnen leiden. Anders belicht als we veel ZZP's krijgen waarvoor we geen financiering krijgen omdat die niet in de productie afspraak zitten kunnen we niet helpen, het moet toch ergens vandaan komen. Hier wordt dan toch iemand de dupe.

Blijft er dan niet weinig vraagsturing over?

Dit is een andere discussie maar de marktwerking en vraagsturing verhoudt zich niet tot deze ontwikkeling in de AWBZ - zorg, daarvoor zouden de budgetplafonds moeten worden afgeschaft. Anders is er geen marktwerking.

3. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk/probleemhebber voor de invoering van ZZP's?

Formeel ben ik dat maar feitelijk zijn de regiomanagers de probleemhebbers. Want ik kan faciliteren, het proces begeleiden, ik kan de consequenties in beeld brengen maar uiteindelijk hebben de regiomanagers een probleem want is het uiteindelijk zijn/haar budget dat er onder zal leiden. Het heeft consequenties voor de regiomanagers, feitelijk is het een gezamenlijk probleem want de regiomanagers moeten zorgen dat de medewerkers de zorgzwaartebekostiging goed geïmplementeerd wordt, ik kan het slechts faciliteren, en als zij het niet goed doen wordt het hun probleem want het heeft consequenties voor hun budget . Regiomanagers zijn namelijk integraal verantwoordelijk voor hun budget in onze organisatiestructuur, ik speel er wel een rol in, maar zij zijn verantwoordelijk voor hun eigen budget.

3. Wat is er te onderhandelen met het zorgkantoor wanneer de ZZP's vastliggen met in de organisatie aanwezige cliënten?

De toekomst moet dit uitwijzen, je kan onderhandelen over het tarief, je kunt onderhandelen over wat je levert binnen de bandbreedte van het ZZP. Je wordt geacht zoveel uur van een bepaald type zorg te leveren, het zorgkantoor zou kunnen zeggen er staat 9 uur maar 8 uur is ook voldoende, we verlagen het tarief dan kunnen we wat meer inkopen. Of ik zie een ontwikkeling naar zware ZZP's dan wil je wat meer zwaardere ZZP's gaan verkopen. Het zal meer gaan over volume en prijs.

U zegt dat er onderhandelt kan worden over hoeveel uren er in een ZZP gaan? Maar dit ligt toch vast met de indicatie?

Zorgkantoren denken daar volgens mij anders over. Een ZZP is een gemiddelde, dat betekent, afgaande op wat er in de extramurale zorg gebeurt (daar hebben ze een soort gelijke situatie met gemiddelde en een bandbreedte) als je bijvoorbeeld 4-6 uur zorg leveren, je kunt gaan zitten op 4, 5 of 6 uur, er zijn zorgkantoren die daarover onderhandelen. Er is altijd een grijs gebied en het gaat erom welke afspraak je maakt met cliënten. Als je gaat kijken op activiteiten niveau naar het verschil tussen ZZP3 of 4 dan kun je niet eenduidig zeggen dat hoort bij 3 en dat bij 4, dat blijft een grijs gebied.

In het ZZP staat toch het aantal uren waar een cliënt recht op heeft, daar valt toch niet aan te tornen?

Deze discussie zal nog plaats moeten vinden maar op moment dat de ZZP's er komen zal deze los barsten. Daar durf ik vergif op in te nemen.

Als er in een ZZP een aantal uur staat, dan zal het zorgkantoor zeggen dat is een maximum dus dat mag ook wel een uurtje minder zijn. En dan kan het tarief ook lager.

Uiteindelijk wordt de cliënt er niet beter van. Deze discussie zal nog plaats moeten vinden maar die zal er komen.

Het is zo dat wanneer er krapte is in het budget gaat dat ten koste van de kwaliteit.

Maar het zorgkantoor let toch ook op kwaliteit?

In het inkooptraject zijn er een aantal criteria waar je aan moet voldoen, voldoe je daar goed aan sta je boven aan in de rij en vice versa. De criteria hebben invloed op de kwaliteit, bijvoorbeeld of je een bepaalde erkenning hebt. Maar op moment dat het zorgkantoor de tarieven verlaagd gaat dat ten koste van de kwaliteit.

3. Hoe wil de wat? graag een ZZP ingevuld zien?

Dat weet ik niet maar ik verwacht wel dat daarover een discussie ontbrandt. Ons zorgkantoor vindt kwaliteit belangrijk en steekt niet puur beheersmatig in bij de inkoop van zorg. Maar, zo bleek in de laatste onderhandelingen, de kwaliteit komt onder druk te staan op het moment dat het budget krap is.

3. Welke risico's verwacht u bij de invoering van ZZP's? En bij gebruik?
Het financieel risico neemt toe, een groot deel van het budget wordt variabel en als je bijvoorbeeld qua afspraken niet je productie haalt of het wordt niet vergoed doordat je een andere mix van ZZP's hebt, dan ontstaat een probleem. Ook je interne sturing en interne processen veranderen, dit vraagt ook van medewerkers in de uitvoering een andere manier van werken en een andere manier van denken anders gaat het fout

3. Wat zijn de bezwaren vanuit uw functie tegen ZZP's?

3. Welke mogelijkheden bieden ZZP's? Waar is er "winst" te pakken bij ZZP's?
Voor de interne bedrijfsvoering verschaft het meer bedrijfsmatige informatie. Als je de indicatie goed kan lezen kan je een slag maken naar wat kost het qua inzet van personeel en wat betekent het qua kostprijs. Je kan beter intern sturen, wat een afdeling met een bepaalde mix aan ZZPs heeft kan zoveel personeel inzetten. Daar kan je dan beter opsturen, nu is dit een beetje een grote grijze massa. Kort gezegd je kan processen efficiënter maken.

Hoe zit dat dan als eigenschappen van bewoners meer eisen stellen aan personeel of het team zelf minder goed functioneert, dan kan dat op deze manier niet efficiënter worden?

Natuurlijk speelt dat ook mee, maar dan is het in feite een andere probleem en dat moet je dat niet aan pakken met de inzet van personeel. Als een team niet goed functioneert of bepaalde eigenschappen van bewoners voorkomen dat je efficiënt werkt moet je dat aanpakken.

3. In de toekomst is er sprake van het verdwijnen van het zorgkantoor, is dit voordeling voor ZDB? Geven de ZZP's meer duidelijkheid voor de partijen?

Het zorgkantoor opheffen zal niet veel veranderen, het maakt niet zoveel uit met wie je productie afspraken maakt. Of de zorgverzekeraars een goede partij zijn daar heb ik twijfels over, zij willen immers toch winst maken. Dus die willen goedkoop inkopen en dat gaat ten koste van de kwaliteit en daar is de cliënt de dupe van.

De verzekerden trekken dan toch naar een andere zorgverzekeraar?

Daar verwacht ik eigenlijk niet zoveel van omdat de cliënten niet een collectieve machtsfactor vormen ten opzichte van een zorg verzekeraars. Verzekerden zullen niet gezamenlijk opstaan en dat afdwingen, en dus komt er weer een andere bureaucratisch orgaan voor terug om hier op toe te zien.

Zul je dan met 6 verzekeraars moeten onderhandelen?

Er zijn nu een paar grote zorgaanbieders en een paar grote zorgverzekeraars ontstaan. Deze zijn weer tot elkaar veroordeeld bij het leveren van zorg aan verzekerden en er ontstaat zo opnieuw een machtsstrijd en voor deze organisatie moet je dan afvragen wat dat betekent voor de toekomst. Worden we een niche speler in de markt of gaat ZDB ook op in een grote kolos. Dit blijven natuurlijk scenario's en in de toekomst met dit nieuwe kabinet kan dit zo weer veranderen.

De marktwerking die volgens Hoogervorst moet leiden tot kosten beheersing en beter bij elkaar brengen van vraag en aanbod daar geloof ik niet in. Het heeft meer weg van een bezuinigingsoperatie. Ik vind van de marktwerking moet je of helemaal doen of niet, anders werkt het gewoon niet. Gereguleerde marktwerking kan niet en is een slechte constructie

Overig:

3. Heeft het CIZ nog een belangrijke bijdrage anders dan indicatiestelling?

Invloed binnen de organisatie.

Ze zijn betrokken bij het AZR traject, AWBZ brede zorgregistratie. De ontwikkeling van het berichtenverkeer. Standaardisering van indicatie protocollen. Maar hoofdzaak is indicatiestellen en daar hebben ze het al moeilijk genoeg mee want dat gebeurt zelden op tijd.

Bijlage Interview met T. Dijkman

Interview op woensdag 9 mei 2007

Met Tom Dijkman, Zorgmanager van Zorgcentrum Beatrix bij Zorgcentra de Betuwe

Vragen over functie en afdeling in organisatie

Wat is uw functie ? En binnen welke afdeling?

Wat zijn uw verantwoordelijkheden? Kunt u enkele werkzaamheden beschrijven?

Mijn functie is zorgmanager van Zorgcentrum Beatrix. Een zorgmanager heeft als primaire verantwoordelijkheid alles wat met zorg te maken heeft in zorgcentrum Beatrix. Daarnaast vallen ook de activiteiten en faciliteiten binnenshuis onder mijn verantwoordelijkheid zoals bijvoorbeeld de winkel. Het verschil met de regiomanager is dat deze meerdere locaties onder zich heeft en een wat meer naar buiten gerichte functie heeft ten opzichte van een zorgmanager. Er is overlap tussen deze functies maar de regiomanager's beslissingen zijn doorslaggevend. De zorgmanager is dus verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken, het onderhouden van gebouwen en het samen met anderen ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

Hoe relateert uw functie aan ZZP's?

De sector heeft in principe altijd gevraagd om ZZP's. . We zeggen altijd dat we zulke zware cliënten hebben maar we krijgen er het geld niet voor. Of dat waar is zal blijken. Ik vind het daarom ook reëel om te bekostigen naar zorgzwaarte. Een groot voordeel is dat het nu mogelijk is de formatie af te stemmen op de individuele cliënt, in de praktijk op een groep cliënten, ook wel een woning of afdeling. Daarnaast worden ZZP's ook belangrijk als het gaat om welke productie afspraken gemaakt moeten worden, hoeveel van welke ZZP's. Ook zaken als instroom gaan dan een belangrijke rol spelen. Dit zijn zaken die een zorgmanager aangaan.

Huidige situatie:

3. Kunt u vertellen hoe de productieafspraken nu worden ingevuld met productie?

Als je spreekt over de bedrijfsvoering in het algemeen dan zal het vullen van een plaats als volgt verlopen. Allereerst zijn plekken gelabeld. Je hebt PG (psychogeriatrisch), somatisch en reactievering en dagbehandeling. Dat bepaalt wie je binnen haalt. In principe zal eerst iemand die intern naar een andere afdeling moet worden geplaatst op een lege plek terecht komen. Pas dan zullen cliënten van buiten de instelling geplaatst kunnen worden. Bij zowel de interne als externe plaatsing is er overleg met de afdeling klanten service. Deze afdeling stelt de prioriteit vast met betrekking tot de wachtlijst en stelt vast wie er plaatsbaar is. Komt er iemand van buiten dan krijg ik een naam en kan ik een indicatie opvragen uit het systeem.

3. Hoe haalbaar is het om de productie in te vullen in relatie tot de gemaakte planning?

De gemaakte productie afspraken van intramuraal liggen vast per plek/bed. Er is een capaciteit aan bedden, bijvoorbeeld zoveel plaatsen reactivering. Dat vermenigvuldigd met 365 dagen is het productie aantal voor reactivering. In principe moeten deze voor ongeveer 98% bezet zijn en alles wat er meer gedraaid wordt is meegenomen. Intramuraal geldt dat het aantal bedden bepalend is met betrekking tot de productie afspraken.

3. Kunt u iets vertellen over de zorgzwaarte voor een afdeling? Is dit een indicator waarop gestuurd wordt?

Op dit ogenblik speelt de zorgzwaarte totaal niet mee bij de instroom van een cliënt.

3. Hoe wordt nu de zorgzwaarte bepaald en hoe is deze gekoppeld aan bijvoorbeeld personeelsinzet?

Als meerdere mensen vinden dat een bepaalde woning een hoge zorgzwaarte heeft dan wordt er wel eens een uurtje of 2 per dag aan vast geplakt. Dit zijn dan bijvoorbeeld artsen of teamcoördinatoren die dat signaleren. Maar ook de woning zelf. Dit gebeurt maar zelden en is natuurlijk ook uiterst subjectief. Er zullen ook woningen zijn die niets roepen en gewoon doorwerken.

De mentaliteit is omgaan met goede tijden en slechte tijden. Na een periode van hogere zwaarte volgt over het algemeen weer een periode van lichtere zorgzwaarte. Dat is een gegeven voor medewerkers en deze accepteren dat. Ze weten dat alle woningen gelijk zijn en dat elke woning een conjunctuur van zwaarder naar lichter en weer zwaarder doormaakt. Een voorbeeld is een PG cliënt die in het begin heel veel aandacht vraagt maar naar mate deze went neemt de werkdruk/zorgzwaarte af.

3. Wat zijn criteria bij opname?

Doorslaggevend is welke plaats beschikbaar is en of er een geldige verpleeghuis indicatie is, daarna wordt er wel eens gekeken naar of er een heel hoge zorgzwaarte is op een afdeling en of er dan nog wel een hele zware cliënt bij moet. Ook de man - vrouw verhouding kan een criterium zijn, of dat een bepaalde samenstelling op een woning tot een conflict zou kunnen leiden. En verder is ook het herenigen naar echtparen een criterium. Maar meestal is het degene die bovenaan de wachtlijst staat.

3. Wie zijn er betrokken bij een opname?

Formeel beslist de klantenservice wie er komt. De zorgmanager meldt slechts een open plaats. In de praktijk gebeurt alles in samenspraak waarbij er veel advies van deskundigen is. De klantenservice kijkt inhoudelijk. Andere deskundigen als maatschappelijk werk en verpleeghuisartsen geven advies. En ook de woning kijkt vooraf of het realiseerbaar is en er geen problemen zijn. De feitelijke opname door de woningen doet de evv-er (eerst verantwoordelijke verpleegkundige) bijgestaan door de verpleeghuisartsen. Deze opname gebeurt met familie en cliënten en vaak is maatschappelijk werk daarbij ondersteunend aanwezig.

3. Hoe vaak is er sprake van een substantiële verandering in zorgzwaarte bij een bewoner? (Er is een herindicatie nodig)

Sommige bewoners komen met een tijdelijke indicatie binnen en moeten dan blijven, dan moet er een indicatie verblijf aangevraagd worden. Er zijn bewoners die een indicatie hebben voor een somatische afdeling en hebben gaande weg een indicatie PG nodig.

Een e.v.v.-er zal tijdens een zorgplan bespreking aan de orde stellen of een herindicatie noodzakelijk is. Er zal objectief getoetst worden of dit inderdaad noodzakelijk is. Strikt genomen moet de bewoner zelf of de familie de herindicatie aanvragen maar dit gebeurt in de praktijk door ZDB. Er is wel toestemming nodig hiervoor.

Een zorgplan bespreking vindt eens in de 3 maanden plaats maar als er iets aan de hand is dan wordt dit naar voren gehaald en wordt het eerder besproken.

Team coördinator en e.v.v.-er en verpleeghuisarts zijn standaard aanwezig bij een zorgplan bespreking maar soms familie en ook andere deskundigen (ergotherapeuten en psychologen)

3. Kunt u vertellen hoe het zit met SIP (Standaard Indicatie Protocol) in ZB? *Met een standaard indicatie protocol kan via een ingevuld formulier een indicatie worden aangevraagd. De aanvraag is dan de indicatie. Iemand die indicatie voor verpleging en behandeling heeft bezit een volledige pakket en daar zal nooit een SIP voor hoeven worden aangevraagd.*

Dit geldt voor extramurale zorg, bijvoorbeeld iemand die sondevoeding nodig heeft, met het invullen van het formulier kan deze zorg worden geleverd. Ook een ziekenhuis kan zo revalidatie aanvragen. Een soort aanvulling op een bestaande indicatie.

3. Wie houdt de indicatie van de bewoners in de gaten?
E.v.v.-er en daarnaast dus de verpleeghuisarts en teamcoördinatoren

3. Hoe wordt bepaald welke activiteiten worden aangeboden aan een bewoner? *Bewoners kunnen inschrijven op activiteiten met een activiteiten boekje. Daarnaast geldt een eerlijke verdeling over bewoners. Meestal maken bewoners zelf een keuze al dan niet met familie en e.v.v.-er. Het is niet zodat bewoners aan de hand van een indicatie opgelegd krijgen je moet zoveel uren dit en zoveel uur dat. Via behandeling en verblijf is een breed scala aan zorg aan te bieden vanuit de verwevenheid.*

3. Kunt u wat vertellen over de inzet van paramedische diensten?

Dit gebeurt op basis van een dienstverleningsovereenkomst op regiomanager niveau. Daarbij bepaalt de regiomanager hoeveel er wordt afgenomen en houdt rekening met de geleverde diensten van het jaar ervoor. Dit zijn het aantal uren beschikbaar van de inzet voor het komende jaar.

Nieuwe situatie:

3. Wat vind u van ZZP's? Zijn er mogelijkheden of risico's?
De komst van ZZP's is volgens mij een goede ontwikkeling. Ik ben wel bezorgd met betrekking tot de dagbesteding in de ouderen zorg. Deze scoort laag met toekenning van uren ten opzichte van bijvoorbeeld de GGZ die veel meer dagbestedingen toegewezen krijgen. Hierdoor lijkt de ouderenzorg minder dagbesteding te krijgen toegewezen. Maar per saldo lijkt het een zuivere methode. Het risico van het bedrijf wordt groter. Doordat je bijvoorbeeld je bedrijf hebt ingericht voor zware ZZP's en er lichte ZZP's worden aangeboden. Nu wordt gewoon alles betaald, licht of zware zorgzwaarte. Hierdoor neemt het bedrijfsrisico toe. Verder vraag ik me af wat je nu eigenlijk kunt differentiëren in uren per woning? Voor een zware afdeling, met allemaal zware bewoners die er bijvoorbeeld 24 uur bij moet, betekent dit eigenlijk dat van een andere woningen 24 af moet want het moet natuurlijk budget neutraal gebeuren. Dan wordt een andere woning laag bezet en kan dan nog maar net draaien. Dus wat kan je nu eigenlijk in kleinschaligheid schuiven? Het zal uiteindelijk gaan om 4 uur van ene naar de andere woning. Een woning krijgt namelijk 20 uur een er is 16 uur per dag nodig om de vroege en late dienst te draaien. Dit betekent dat er 4 uur over is om mee te manoeuvreren.

Daarbij komt dat dit eigenlijk tegen het principe van kleinschalig wonen is omdat het persoonlijke contact minder wordt. En wanneer moet er in de uitvoering worden herverdeeld? Direct of pas na een uur? Dit vraagt om meer flexibiliteit. De vraag wordt dan welke deskundigheid, welke woonzorgbegeleiders moeten worden overgeheveld.

Medewerkers willen een rechtvaardig beeld van zorgzwaarte per afdeling, dit beeld komt er met de ZZP's. Hierdoor kan dit voor veel begrip rekenen denk ik.

3. Wat verandert er door de komst van ZZP's aan uw functie?

Voornamelijk op het gebied van instroom zal de verandering ontstaan. Er moet ook aangegeven worden welke ZZP's er binnen moeten komen.

Dit geeft ook spanning met cliënten die voorgaan zoals revalidanten en urgente gevallen. Die spanning is er nu ook al, maar er zullen dan meer belangen worden afgewogen.

3. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk/probleemhebber voor de invoering van ZZP's?

De verantwoordelijkheid is moeilijk aan te geven. Deels ligt het bij mij want ik moet goed in beeld hebben wat de zorgzwaarte is in huis.

3. Is er een voorkeur voor ZZP's in productie afspraken? Allemaal verschillende ZZP's of juist allemaal dezelfde?

Deze beslissing ligt op MT niveau (op niveau van het Management Team) en zal daar gemaakt worden.

De ZZP's zijn min of meer gelabeld, een aantal ZZP's alleen PG en reactivering. Ik vind ZZP1 tot ZZP3 te licht voor verpleeghuiszorg. Ik denk dat het huidige aanbod van verpleeghuiszorg overeenkomt met ZZP4 tot en met ZZP9.

Je zult denk ik je huidige klanten populatie in ZZP's vertalen. En daar productie afspraken op maken.

Een keus voor alleen bepaalde ZZP's is denk ik niet goed. Je kunt niet zeggen tegen mensen: ZZP 4 doen we niet meer, wij helpen geen vier meer.

3. Sluiten de ZZP's aan bij de werkelijkheid? In zorgzwaarte en zorgbehoefte van de clienten?

Ja op een enkele na. Huis breed zijn dat 10 mensen, dat je zegt de uitkomst past niet bij die klant.

3. Wie scoren de ZZP's?

E.v.v.-ers. De teamcoördinator heeft een controleerde rol. De e.v.v.-er kan de hulp van arts of psycholoog inroepen

3. Hoe reëel is het om op ZZP's te selecteren bij opnamen?

Ik denk dat het op jaarbasis gemeten wel reëel is. Je kan in het begin van het jaar veel zware mensen hebben opgenomen, je hebt natuurlijk een maatschappelijke verantwoordelijkheid om deze te helpen. Dan zal je in de tweede helft van het jaar toch lichtere willen.

Maar als er op je wachtlijst alleen zware ZZP's staan dan zal je natuurlijk geen bed leeg houden tot een lichtere zich meldt. Per jaar zijn er zo'n 50-75 opnames en dat zijn wel momenten waarop je kan sturen en dat doe je dan ook. Op het moment zelf spelen er meer zaken mee.

Overig:

3. Heeft het CIZ nog een belangrijke bijdrage anders dan indicatiestelling?

Invloed binnen de organisatie/afhankelijkheid.

Meestal vragen wij een indicatie aan. Daarbij sturen we aan op de indicatie die wij vinden dat bij een cliënt hoort. Het CIZ toetst die dan telefonisch of via een bezoek. De ene keer wat grondiger dan de andere keer. Daarbij informeren ze bij ook bij bijvoorbeeld artsen. Meestal krijgen we die indicatie waarop wij stuurden maar soms ook niet dan is het oordeel van het CIZ altijd doorslaggevend, daar leggen we ons dan bij neer. Het CIZ is onafhankelijk en het is ook hun verantwoordelijkheid dat de indicatie goed gesteld wordt. Maar er is goed met ze te praten.

Bijlage Interview met C. Kasbergen

Interview op dinsdag 15 mei 2007

Met Christa Kasbergen, Regiomanager bij Zorgcentra de Betuwe

Vragen over functie en afdeling in organisatie

Wat is uw functie ? En binnen welke afdeling?

Wat zijn uw verantwoordelijkheden? Kunt u enkele werkzaamheden beschrijven?

Hoe relateert uw functie aan ZZP's?

Ik ben regiomanager en verantwoordelijk voor de regio Culemborg. In feite ben ik verantwoordelijk voor zorgverlening vanuit deze organisatie in deze stad. Dat betekent dat ik verantwoordelijk ben voor de vertaling van het strategisch beleid naar deze stad, en dat ik verantwoordelijk ben voor de productie, de kwaliteit van de organisatie en de financiële middelen.

Huidige situatie:

Vanuit de stichting krijgt de regiomanager een bepaald budget, dit wordt ingevuld d.m.v. productieafspraken:

Nee dit is net andersom, ik geef aan welke productie ik denk te kunnen draaien, en op basis daarvan wordt het budget berekend. Daar gaan een aantal stichtingsbrede zaken vooraf. Ik sluit ook dienstverleningsovereenkomsten met de medische en paramedische dienst en de facilitaire dienst. Dus dan weet ik wat deze contracten me gaan kosten en wat ik aan centrale kwijt ben en dan weet ik wat er overblijft.

Maar ik bepaal binnen het strategisch kader hoeveel productie ik op alles draai.

3. Welke factoren spelen een rol bij het samenstellen van zorg in de productieafspraken voor ZDB?

De mogelijkheden die je hebt. Hier in Zorgcentrum Beatrix hebben we een erkenning als verpleeghuis en ook de andere locatie De Culemborg heeft een erkenning als verzorgingshuis en verpleeghuis. Dat beperkt alles enigszins, want andere zorg, zoals verstandelijk gehandicapten zorg kan je niet leveren want daar heb je geen erkenning voor. Binnen de mogelijkheden, de afspraken die de totale stichting heeft met het zorgkantoor, en het ministerie van VWS qua erkenning ligt de te leveren zorg min of meer vast.

3. Wat is de invloed van de regiomanager op deze afspraken?

Mijn invloed op de afspraken is bijvoorbeeld dat wanneer er meer vraag is naar bedden voor dementerenden dan kan ik bedden verplaatsen naar dementerenden. Zo heb ik bijvoorbeeld uit eigen initiatief een dagverzorging gestart op een bepaalde locatie, ik maak dan een productieafpraak dat ik meer dagverzorging ga leveren maar ik mag zelf weten hoe ik dat ga doen.

Maakt u die afspraak dan rechtstreeks met het zorgkantoor?

Nee, dat gaat via de algemeen directeur en de concern controller die zitten om de tafel met het zorgkantoor, ik lever aan en zij vertalen dat naar afspraken met het zorgkantoor.

Is dat een interactief proces?

Ja, zij zijn nu bijvoorbeeld terug gekomen met een lager tarief maar we hebben budgettaire wel meer mogelijkheden gekregen. Om een fictief voorbeeld te gebruiken het budget is van 1 miljoen naar 1,3 miljoen gegaan maar dan moeten we er wel meer ligdagen en uren extramuraal zorg voor draaien. Er was dus uitgegaan van een miljoen maar er is nu 0,3 miljoen extra mogelijk, de 0,3 miljoen gaat dan naar de

regiomanagers en die geven aan wat er wordt gedaan met dat extra geld. Kortom we kunnen dan meer omzet maken maar we krijgen een lager tarief.

3. Zijn er risico's bij productie en planning? Kun u deze specifiek aanwijzen?
Ja de risico's die er zijn en gelden ook bij de ZZP's. Op een revalidatie afdelingen zijn bepaalde bedden gemarkeerd voor een bepaalde doelgroep en die mensen komen dan niet binnen. De vraag is wat doe je dan? Laat je de bedden open voor een bepaalde categorie klanten of vul je ze met anderen. De gemarkeerde bedden leveren meer geld op met de doelgroep mensen dan met cliënt met een algemene, vaak langdurige, aandoening. De vraag is hoe lang laat je dat bed leeg? Maar krijg je nog wel een vergoeding als je besluit toch maar een andere categorie aan te nemen en daarmee in productieafspraken op een bepaalde categorie achter blijft en waarschijnlijk in een andere categorie de productie overschrijdt? Dat risico loop je maar met dit zorgkantoor hebben we deze ervaring niet, het zorgkantoor vergoedt nog wel zolang je maar niet over het totale budget heen gaat.

3. Hoe stuurt u in uw functie? Wat zijn signalen dat productie op schema is of afwijkt?
Ik stuur door de cijfers te volgen, de maandelijkse productie cijfers. Als er bepaalde zaken achter blijven dan vraag ik de zorgmanager om daar extra op te letten of de productie bij trekt of niet. En probeer ik er achter te komen over nieuwe aanwas van klanten op extramuraal, CVA en dagbehandeling, dit zijn namelijk de spannendste producties op dit punt. De bedden raken wel vol.

3. Kunt u iets vertellen over de zorgzwaarte voor een afdeling/woning is dit een factor waarop gestuurd/opgelet wordt?
Wordt nu niet op gestuurd.

3. Hoe wordt nu de zorgzwaarte bepaald en hoe is deze gekoppeld aan bijvoorbeeld personeelsinzet?
Misschien is dat vorige ook niet helemaal waar. In het verpleeghuis wordt allemaal op dezelfde manier gestuurd, bij Culemborg is het zowel verzorging als verpleging en moet er opgelet worden of er altijd een gediplomeerde verpleegkundige aanwezig is. Dit is in Beatrix standaard altijd het geval. Als regiomanager doe ik er niets mee en laat dat over aan de zorgmanager, dit is zijn taak.

3. Wat zijn criteria bij opname van een bepaalde cliënt? Wie zijn er betrokken bij een opname?
Ik ben er niet bij betrokken. Het criterium is dat iemand een indicatie moet hebben voor verblijf of een tijdelijke opname of een revalidatie opname, kortom een CIZ indicatie. De route is dan klantenservice - zorgmanager- teamcoördinator of e.v.v-er, dat zijn de betrokkenen bij het traject. De medische en paramedische dienst heeft een adviserende functie.

3. Wordt er op dit ogenblik rekening gehouden met de 'zwaarte' van een nieuwe bewoner bij opname? (Of wat is uw mening hierover?)
Bij verpleeghuiszorg niet, maar bij verzorgingshuiszorg wel. Vorig jaar is in een periode toen teveel aanvullende verpleeghuiszorg werd geleverd bewust de instroom aanpast door mensen zonder deze zorgbehoefte aan te nemen. Dit om het overschrijden van het budget te voorkomen. De werkdruk speelde hierin geen factor. Misschien dat de zorgmanager wel op werkdruk in speelt, maar dat is zijn verantwoordelijkheid.

3. Hoe vaak is er sprake van een substantiële verandering in zorgzwaarte bij een bewoner? (Is er een herindicatie nodig)

Weet ik niet, komt bij duurzaam verblijf vaker voor dan bij een verpleegafdeling. Dat komt omdat als iemand een geldige indicatie met verblijf en behandeling heeft, het tarief altijd hetzelfde blijft. Of iemand nu 10 uur verpleging nodig heeft of 5 uur, je krijgt eenzelfde bedrag. Dus is er geen noodzaak om een andere indicatie aan te vragen als er meer uren zorg nodig zijn.

3. Wie houdt de indicatie van de bewoners in de gaten? En wie is verantwoordelijk voor controle op indicatie?

De zorgmanager controleert dat, hij is verantwoordelijk. Het kan zijn dat dit gedelegeerd is maar het is de verantwoordelijkheid van de zorgmanager. Hij kan ook lijsten uitdraaien wanneer indicaties verlopen zijn.

3. Hoe wordt bepaald welke activiteiten worden aangeboden aan een bewoner?

Dat volgt uit de indicatie, op basis van de indicatie wordt een zorgplan gemaakt. Vanuit het zorgplan worden activiteiten bepaald die met de bewoner plaats vinden. Een e.v.v.-er maakt een zorgplan en let op of op een bepaalde afdeling deze activiteiten kunnen worden uitgevoerd?

Ja, er is altijd een e.v.v.-er per cliënt. Een e.v.v.-er kan maximaal 10 cliënten hebben. De e.v.v.-er houdt dus in de gaten of over de hele afdeling voldoende uren gemaakt kunnen worden die in het zorgplan vastgelegd zijn.

3. Kunt u wat vertellen over de relatie met het zorgkantoor? Hoe verantwoordt u de geleverde zorg naar deze instantie?

Elke maand worden alle cijfers aangeleverd, daar zijn afspraken over. Er is een contract waarin ook kwaliteitsafspraken staan, bijvoorbeeld dat de zorgdossiers aan bepaalde eisen voldoen.

Het zorgkantoor komt ook wel eens controleren en dan willen zij een bepaald aantal dossiers zien en kijken of deze voldoen aan de indicatie, of er een zorgplan is en een zorgleveringsovereenkomst. Dan komen ze ook op locatie.

U stuurt zelf niet op die rapportage naar het zorgkantoor?

Nee dat doet de controller.

Geef dat geen problemen, omdat de controller op een andere locatie zit?

Dat kan, als de cijfers niet tijdig bij de controller zijn wordt ik daar wel eens op aangesproken terwijl dit niet mijn verantwoordelijkheid is, wanneer dat tijdig gebeurt kan ik hier op inspelen, maar dat gebeurt niet altijd.

3. Kunt u wat vertellen over de inzet van paramedische diensten?

Ja eens per jaar is er een begrotingsbespreking, hier leg ik voor aan het hoofd van de paramedische dienst zoveel productie wil ik draaien. Het hoofd van de paramedische dienst doet dan een voorstel over inzet van zijn dienst op basis van die productie. Eens per kwartaal bespreken we de voortgang. Dan komt ook de kwaliteit aan de orde en bespreken we welke signalen we kunnen herkennen over het verloop in de toekomst.

Nieuwe situatie:

3. Wat vindt u van ZZP's? Zijn er mogelijkheden of risico's? En welke?

Ik vind het denk ik het goed vanwege het onderscheid in zorgzwaarte per cliënt binnen de intramurale zorg. Een nadeel is de extra bureaucratische rompslomp die dit met zich meebrengt omdat je zult moeten monitoren of een bepaalde cliënt nog binnen die ZZP valt.

3. Wat verandert er door de komst van ZZP's aan uw functie?

Dit vereist een nadrukkelijker sturing op de bewust wording bij het personeel naar wat de ZZP's met zich meebrengen. De bureaucratische kwaliteiten zijn binnen de zorg niet zo goed ontwikkeld, dat besef is er niet en medewerkers moeten dus nadrukkelijker evalueren klopt dit nog met de indicatiestelling. De sturing op die verandering levert verandering in mijn werkzaamheden. Richting ondernemen is het nadrukkelijker kijken naar welke ZZP's heb ik nodig om budgettair goed te kunnen draaien. Hoe ga ik op de instroom sturen en hoe houdt ik de ontwikkelingen intern bij. Om ook de effecten op je inkomsten goed te kunnen monitoren, het is niet meer een productiedag levert 58 euro op. Blijf je in de totaliteit wel voldoende middelen overhouden? Het risico voor managers wordt groter en meer zicht op de marktontwikkeling is vereist etc.

De marktontwikkeling bij houden is toch een taak van het zorgkantoor?

Niet alleen als zorgaanbieder moet je weten waarvoor je gaat staan en wat je gaat afspreken. Je bent zelf afhankelijk van de afspraken met het zorgkantoor maar je moet zelf ook zicht houden op de ontwikkelingen anders ben je geen goede partij in de onderhandelingen met het zorgkantoor. Je hebt wel een verantwoording naar je eigen organisatie om te zorgen voor voldoende productie mogelijkheden om als organisatie voort te bestaan.

3. Wat is de toegevoegde waarde van ZZP's voor uw organisatie?

Er is denk ik meer zicht op de differentiatie van je klantengroep en de ontwikkeling van je producten kan daarop beter aansluiten. Dat kan een vernieuwend elan geven aan je organisatie en dat gaat denk ik gebeuren.

3. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk/probleemhebber voor de invoering van ZZP's?

Binnen de organisatie hebben we afgesproken dat de controller probleemhebber is. Maar dat kan hij nooit alleen zijn, dat is de afspraak. Hij heeft de regie op zich genomen om de administratieve routing vorm te geven. Omdat het ook een administratief verhaal is.

3. Is er een voorkeur voor ZZP's in productie afspraken? Allemaal verschillende ZZP's of juist allemaal dezelfde? Welke factoren zijn van invloed hierop?
Een paramedicus zou strategisch gezien belang hebben bij een grote groep ZZP's 9 (revalidatie) in hoeverre zou dit een rol spelen/ doorwerken?

Ik denk dat de voorkeur niet alleen pakket 9 is daar zullen onvoldoende klanten voor zijn. Voor verpleeghuiszorg ligt het minimum voor de ZZP5 en hoger. Waarbij er denk ik een gezonde mix moet zijn. Dit zegt iets over de leverbaarheid en de sfeer. Mogelijkheid om leuke dingen te doen en te ondernemen worden anders minimaal.

3. Sluiten de ZZP's aan bij de werkelijkheid? In zorgzwaarte en zorgbehoefte van de clienten?

Op dit moment is dat niet in te schatten denk ik

3. Wie scoren de ZZP's?

E.v.v.-ers hebben gescoord, op dit ogenblik is er erg veel onduidelijkheid omdat CIZ geen ZZP's levert maar e.v.v.-er moet kunnen scoren om afwijking van de ZZP te kunnen bepalen.

3. Hoe reëel is het om op ZZP's te selecteren bij opnamen?

Zodra de tendens is dat we met marktwerking aan de slag zijn en we onszelf straks zullen moeten bedruipen zijn wij straks niet meer alleen een maatschappelijke organisatie die op basis van crisis mensen opneemt. Dat is constant het schizofrene dat ze ons als organisaties op zetten.

Aan de ene kant willen ze marktwerking en concurrentie aan de andere kant moet je heel veel samenwerken omdat de kwaliteit dat vraagt. Dat is met ZZP's ook, je financiering hangt er van af maar maatschappelijk moet je wel iedereen opnemen die aan je deur klopt. Dat is je twee kanten uit gooien. Dus ik ga, als organisatie wel degelijk sturen op de instroom. Zakelijk gezien is dat oke maar maatschappelijk gezien niet.

22. Wat verwacht het zorgkantoor van de relatie ZZP's en productiviteit?
Ze zullen op gemiddelden gaan scoren, ze zullen niet uitgaan van het volledige aantal uren in ZZP. Dat schat ik in. Dat doen ze nu ook al, door te zeggen je moet voor minder geld meer productie draaien.

23. Vullen het kleinschalige karakter van ZDB en de ZZP's elkaar aan? Hoeveel schaal is er nodig om variaties op te vangen?
Voor ZZP moet je goed de cliënt en de cliëntontwikkeling kennen en dat is kleinschalig beter te volgen. Doordat je met een klein team werkt met een klein aantal bewoners loopt dat proces gemakkelijker. Dat is bij grootschalig zorg toch een nadeel, daar zal het sneller een taak zijn van een kleine groep mensen die dat dan weer moeten doen, in een kleinschalige setting is het sneller een natuurlijk onderdeel.

24. Is er duidelijkheid over de capaciteit van woningen in ZZP's?
Qua score leken we redelijk binnen de norm te vallen in november 2006 maar het is onduidelijk.

Overig:

25. Heeft het CIZ nog een belangrijke bijdrage anders dan indicatiestelling?
Invloed binnen de organisatie/afhankelijkheid.
Uitsluitend leveranciers van de indicatie.

Klanten:

26. ZZP's zouden volgens de staatssecretaris tot o.a. meer keuze vrijheid voor cliënten moet leiden doordat vergelijking mogelijk is. Wat zijn factoren die de keuze van een cliënt beïnvloeden?
*Heeft niets met de ZZP's te maken volgens mij. De keuze van de klant is gebaseerd op van horen zeggen. Vaak wordt de keuze gemaakt door of samen met de familie, die baseert zich vaak op eerdere ervaringen of die haalt informatie uit de krant etc. Dat beïnvloedt de uiteindelijk keuze van de cliënt, niet het aanbod van de ZZP. En hoe zit het met de andere zorgaanbieders in de regio?
Het komt neer op ervaring met de instellingen van de potentiële cliënten en zijn of haar omgeving.*

27. Hoe speelt ZDB vraaggericht in op zorgbehoefte van cliënt?
Het gaat om de vertaling van de indicatie naar het zorgplan. Dat kan ook via de extramurale zorg maar ook de klantenservice kijkt naar wat de klanten kunnen krijgen en of wij dat kunnen bieden en verwijst eventueel door naar andere aanbieders.

28. Bij opname van een bewoner zal de cliënt moeten wennen aan de dagstructuur. Wordt hier rekening meegehouden in een zorgplan zodat wanneer er sprake is van voldoende gewenning een aanpassing kan plaatsvindt in het zorgplan?

In feite is het zorgplan pas na 6 weken volledig duidelijk. Er is natuurlijk een globaal zorgplan maar pas na 6 weken is er een definitieve versie.

3. Hoe zit het met cliënten met een CVA? Krijgen zij een vergoeding per cliënt of per dag?

Cliënten worden per dag vergoed. Ze hebben een maximum aantal dagen, als ze daarna langer blijven gaan ze over op de normale somatische zorg, en ontvangen we dus minder geld.

3. Moet er een herindicatie worden aangevraagd voor een cliënt met een indicatie verblijf en behandeling als de verhouding in functies in die indicatie veranderd in een verpleeghuis?

Formeel wel, maar het is een papieren exercitie en levert niets meer op. Dus dat gebeurt daarom ook niet.

En een verzorgingshuis?

In een verzorgingshuis kan wel meer vergoeding ontvangen worden omdat er dan aanvullende verpleeghuiszorg kan worden aangevraagd en dat levert meer op.

Bijlage Interview met J. van de Water

Interview op woensdag 23 mei 2007

Met Jos van de Water, afdelingshoofd van de Medische en Paramedische Dienst

Vragen over functie en afdeling in organisatie?

Wat is uw functie ? En binnen welke afdeling?

Wat zijn uw verantwoordelijkheden? Kunt u enkele werkzaamheden beschrijven?

Hoe relateert uw functie aan ZZP's?

Hoofd van de medische en paramedische dienst en lid van het MT(Management Team). Het MT bestaat uit hoofden van andere afdelingen en de regiomanagers. De medische en paramedische dienst is centraal gevestigd in Zorgcentra de Betuwe. Het hoofd van deze dienst is een volwaardige partners van beide regiomanagers waar het gaat om de inzet van behandelaars op de locaties. De locatie managers kopen uren in tegen een vooraf vastgesteld tarief. Het tarief wordt vastgesteld a.d.v. een begroting die voor de regiomanagers aanvaardbaar is. Daarbij is het doel van het tarief de kosten van de dienst af te dekken en eventuele extra opbrengsten komen weer ten gunste van ZDB.

Er is sprake van een dienstverleningsovereenkomst waarin per locatie bruto uren vastgelegd zijn voor de inzet van behandelaars per discipline.

Er bestaat geen bandbreedte, (een minimum en een maximum aantal van personeelsinzet) voor de inzet van personeel van de paramedische dienst maar dat lijkt toch onvermijdbaar te worden. Met een bandbreedte vormt de minimum inzet van de dienst het vaste inkomen en alles daarboven wordt dan gedeclareerd. Deze bandbreedtes zullen moeten leiden tot een zakelijker en efficiënt georganiseerde inzet van de medische en paramedische dienst.

Dus de dienst staat los van de locatie, zoals een stafdienst?

Ja het is een stafachtige dienst met nauwe betrekkingen en wortels in het primaire proces. De kunst is binnen de dienstverleningsovereenkomst, waarin naast de uren en het uurtarief ook kwaliteitsafspraken zijn gemaakt, te evalueren en bij te stellen. Een kwalitatief aspect van de dienstverleningsovereenkomst zijn o.a. dienstenbeschrijvingen waarin op hoofdlijnen wordt aangegeven wat de disciplines doen. Welke typewerkzaamheden en voor welke doelgroep. Welke tijd ermee is gemoeid en hoe de verwijzingen plaats vinden. Daarnaast wordt er geregistreerd hoe de uren worden ingevuld in een tijdregistratie. Zoals de cliëntgebonden tijd, tijd kwijt aan zorgplanbesprekingen en het aantal cliënten die we zien. Hierbij spelen ook effectiviteitsafspraken een rol, zo moet 80% van de netto tijd, cliëntgebonden tijd zijn.

De kleinere disciplines met de uren verspreid over de verschillende locaties halen dit overigens niet vanwege de impact van besprekingen en reistijd.

Deze manier van werken heeft meer bewustzijn opgeleverd met betrekking op de inkoop van inzet. En daarnaast is de evaluatie van de dienstverleningsovereenkomst waardevol.

Uw verantwoordelijkheid ligt dus bij het aansturen van de dienst?

Ik stuur op hoofdlijnen aan, dat betekent dat ik zorg dat medewerkers capabel zijn en blijven in hun functie, en naar de locatie toe hun functie goed kunnen uitvoeren.

Daarnaast moet ik de begroting bewaken en help ik mede het beleid te ontwikkelen van de stichting. Tevens functioneer ik als BOPZ arts, wat ook eindverantwoordelijkheid geeft over de hele stichting, wat tamelijk uniek is voor deze stichting. Daarnaast werk ik voor 30% als verpleeghuisarts.

Huidige situatie:

3. Kunt u wat vertellen over het behandelen van bewoners? Verschilt dat in inspanning voor de verschillende bewoners veel van elkaar? Is deze vraag stabiel per jaar?

Wij werken volgens een multidisciplinair zorg model. Werken met zorgplannen in zorgdossiers die ontwikkeld zijn door arts en verzorgende. Paramedici krijgen een verwijzing van de arts zelf. In de praktijk werkt dit als volgt: bij een nieuwe opname, vooraf wordt al geprobeerd vast te stellen waar liggen de problemen en behoeften van de cliënt, daarbij hoort de reden en het doel van de opname. Direct na opname wordt de cliënt bezocht en worden afspraken gemaakt. Verwijzing naar paramedici wordt op voorhand gedaan op basis van de voorgeschiedenis van de cliënt in combinatie met standaard/basis vragen, ook met oog op preventie. Bijvoorbeeld om het val risico in te schatten wordt de fysio bij opname al geconsulteerd. Vervolgens wordt de cliënt nader bekeken en vindt een nadere verwijzing naar paramedici plaats. Dat is de hoofdlijn.

Na een week of 6 wordt duidelijk wat de aanpak van de cliënt moet worden en ontstaat een voorlopig zorgplan in een bespreking met de betrokken disciplines en als voorzitter de teamcoördinator en de e.v.v.-er. Het zorgplan wordt gemiddeld eens in de drie a vier maanden bijgesteld en afgestemd.

De noodzaak van afstemming is zichtbaar via een simpel voorbeeld: als er wordt gewerkt aan het herstel van de loopfuncties van een cliënt is het niet nodig voor een ergotherapeut om een rolstoel aan te meten. Ondertussen is er natuurlijk veel informeel overleg over de voortgang.

Dus is een zorgplan dan pas na een aantal maanden vorm te geven?

Dat is het stramien, maar bij sommige cliënten weet je het bijvoorbeeld na enkele dagen al en daar bouw je dan op voort. Het opstellen van een zorgplan betekent dat verschillende disciplines van verschillende locaties bij elkaar geroepen moeten worden en dat vergt enige coördinatie. Er is gekozen voor vaste vergader momenten en dan speelt de planning wie er wanneer aan de beurt is ook een rol. Uiteindelijk is dat een dominante factor in het verhaal. Natuurlijk speel je ook in op de vraag van de klant maar dit moet je zien als een compromis.

Ook de verschillen tussen cliënten groepen speelt een rol om in te haken op de vraag over de inzet per cliënt.

Er is een groep cliënten die kort verblijven en na een periode van meer of minder intensieve behandeling naar een zelfstandige thuissituatie terug keren. Hiervoor is iedere week een multidisciplinair overleg en alle cliënten worden eens per 2 weken besproken. Het verschil in de inzet van arts en paramedische personeel is veel groter bij deze groep.

Binnen deze groep zijn er cliënten die herstellen na een beroerte, de zogenaamde VSU. (Verpleeghuis Stroke Unit) Na 4 tot 10 dagen ziekenhuisbehandeling vindt aansluitend opname voor het vervolg traject in ZDB plaats. Dit is een erg arbeidsintensieve groep, geen grote groep en daar zouden we eigenlijk meer uren in willen draaien.

Dan de gemêleerde groep somatische bewoners waarvan een deel komt om te herstellen waarbij het gaat om zorg voor een langere periode. Ook bestaat binnen deze groep een aantal mensen met een grote zorgvraag waarbij niet duidelijk is wat er precies aan de hand is, dit vraagt om een intensieve samenwerking met specialisten om de aandoening te bepalen. En ook een groep die uitbehandeld is maar niet meer naar huis kan vanwege de grote zorgbehoefte, bijvoorbeeld cliënten in de eindfase van de ziekte van Parkinson of mensen met ernstig hartfalen, overigens een ernstig onderschatte groep cliënten: deze mensen zijn behoorlijk geïnvalideerd.

PG, zeg maar de dementen. Maar ook mensen met een gestabiliseerde psychische aandoening, de uitbehandelde psychiatrisch patiënten. Vaak gaat het om oudere mensen en dat rechtvaardigt de inzet van een verpleeghuisarts maar ook paramedische disciplines. Maar de psychologen hebben een grote invloed vanwege de gedragsproblematiek.

Is de vraag stabiel op bewoner niveau?

Heel wisselend, eigenlijk geen uitspraak over te doen. Er is wel onderzoek naar gedaan om op basis van de huidige zorgbehoefte een voorspelling te doen over de toekomstige zorgvraag maar dat heeft geen eenduidig resultaat opgeleverd. Kijkend naar de praktijk kan je dat als volgt zien als ouderen problemen krijgen met lopen is dat op zich geen probleem, pas als ze gaan vallen dan gaat het mis. En hoe vaak vallen ze en wat als ze iets breken. Dat levert veel onzekerheid over de toekomstige zorgvraag.

Maar dan ontstaan er toch problemen als je met gemiddelden gaat werken?

Dat is de kritiek richting de ZZP's.

3. Kunt u iets vertellen over de adviserende functies binnen de organisatie?

De verpleeghuisartsen op iedere locatie, dit is een vast team per locatie, geven advies over de medische inhoudelijke zaken aan de regio en of zorgmanagers. De diëtisten over de voeding. De ergotherapeuten en fysiotherapeuten over de inrichting.

BOPZ advies over invulling. Ook protocol rond euthanasie.

3. Jaarlijks worden er vooraf afspraken gemaakt over het budget van uw dienst, kunt u vertellen hoe dat werkt? Is er een specifieke verdeling m.b.t. verschillende behandelactiviteiten/behandelaars?

We proberen begroting en jaarcyclus te volgen. In de jaarplannen worden de bijzondere activiteiten vastgelegd. Daarnaast heeft de afdeling de mogelijkheid extra extramurale activiteiten uit te voeren om opbrengsten te generen. Deze inkomsten komen dus weer ten goede aan de stichting. Ook staan de afspraken over vervangen van hulpmiddelen in een jaarplan. Maar ook m.b.t. medicijnen etc.

3. Heeft u of uw afdeling contact met andere organisaties in de zorgketen?

(CiZ/Zorgkantoor/Zorgverzekeraar) En kunt daar wat over vertellen?

Vroeger veel contact met CIZ en RIO, zelf was ik ook adviserend lid. Met invoering van CIZ verdwenen, ook wel terecht misschien. Vroeger was er al veel kennis over cliënt nu moet dat nog worden vastgesteld op het moment van opname en dat is jammer. Ook de CIZ informatie is heel globaal en uit de papieren is niet te halen wat er precies aan de hand is. Nu is het contact met het CIZ beperkt tot wel eens advies.

Voorheen nam ZDB zitting in bureau zorgtoewijzing Rivierenland maar dat is nu klantenservice (binnenshuis). Andere onderdelen in de keten als het zorgkantoor

niet. Contact met ziekenhuis over transfers, is op moment wat informeel maar daar wordt aangewerkt om dat formeler te maken. Dat was veel intensiever maar dat is wat verwatert en dat moet worden opgepakt want een transfer goed begeleiden is heel belangrijk vanwege de risico's omtrent een transfer. Op cliënt niveau is er wel goed contact maar over het geheel kan het beter.

In de regio met zuster organisatie in Tiel is er vakinhoudelijk contact. Het draait om kennis uitwisseling. De dienst is redelijk naar buiten toe gericht ook maar er kan veel meer en dat willen we ook.

3. Heeft de zorgzwaarte van een bewoner ook impact op de paramedische dienstverlening?

Ja, dit hangt af van de zorgbehoefte die verbonden is aan de zorgzwaarte. Fysieke zorgzwaarte is dan weer wat anders dan wanneer een grote mate van problemen zich tegelijk voordoet. Dat laatste vraagt weer om een grote alertheid en intensieve zorgvraag. Daar waar de zorgzwaarte te zwaar wordt groeit het aantal momenten dat contact gezocht wordt. Dit fenomeen zien we sinds jaar en dag. Als op een woning 2 of 3 cliënten slecht liggen krijgen we meer telefoon. Dan vraagt men meer om hulp.

Nieuwe situatie:

3. Wat vind u van ZZP's? Zijn er mogelijkheden of risico's? En welke?
Het is een model om zorg te financieren, het zijn ook de instelling zelf die het onterecht vonden dat alleen naar bedden werd gekeken en niet naar zorgzwaarte en zorgbehoefte van cliënten. Het ging toen over bijzondere groepen die meer uren nodig hadden, dit resulteerde in een toeslag voor bepaalde groepen. En dan blijkt dat ineens iedereen van dat soort cliënten heeft en ook deze toeslag gaat vragen. En dan wordt het weer onrechtvaardig om deze instellingen geen toeslag te geven. Dit heeft geleid tot een andere aanpak en de invoering van de ZZP's, althans dat is mijn interpretatie.

Verder geldt voor de ZZP's, het is en blijft een model. Met gemiddelden en aannames e.d. dat blijft een beperking. Daarnaast blijft de indicatiestelling en de daaruit voortvloeiende ZZP's een moment opname, er zit geen dynamiek in terwijl de verpleeghuiszorg en zorgbehoefte van een cliënt wel degelijk een dynamiek kent. Als een patiënt een ZZP3 heeft maar een heup breekt heeft deze wel ineens meer zorg nodig.

Maar dan hoort er een nieuwe ZZP aangevraagd te worden tot de patiënt genezen is en dan kan de indicatie ZZP3 opnieuw gesteld.

Dit is inderdaad een eenvoudig probleem maar wanneer iemand steeds maar weer uit bed komt en dus een intensieve zorgvraag heeft, en niet duidelijk is wat er aan de hand is. Hoe krijg je daarvoor een nieuwe ZZP, is dat net zo eenvoudig. De overgangen zijn vaak subtiel. En dat zijn problemen waar we later mee zullen moeten worstelen.

Qua mogelijkheden kan je intern beter met je geldstromen omgaan. Op afdelingen waar meer cliënten met een hogere ZZP's aanwezig zijn kan ook meer geld naar toe. En je kan gericht beleid op zorgzwaartegroepen ontwikkelen. Ook kan je beter je middelen verdelen en daardoor is ook beter in te spelen wanneer om meer middelen gevraagd wordt.

Kan een vraag om meer middelen ook andere problemen aan het licht brengen wanneer er geen hogere zorgzwaarte wordt geconstateerd? Het CIZ indiceert immers onafhankelijk.

Natuurlijk is duidelijk dat de overheid onafhankelijke indicaties gesteld wil hebben maar dat levert een rare situatie op. Hoe kan een externe persoon in een uurtje of telefonisch vaststellen wat de zorgzwaarte is van een cliënt. En dan ga je voorbij aan een medewerker, de ervaringsdeskundige die veel tijd met een cliënt heeft doorgebracht. Dit geeft een indruk van wantrouwen naar de instelling en de medewerker.

3. Wat verandert er door de komst van ZZP's aan uw functie?

Dat weet ik niet en daar moeten we het nog intern over hebben. Op een bijeenkomst van Nederlandse Vereniging van Verpleeghuis artsen is besproken hoe het zit met de behandelfunctie in de ZZP. Daarbij rees de vraag hoe helder en doordacht dit systeem is, en ook is ter sprake gekomen dat het aantal uren voor behandelaars zeer beperkt is ingevuld in de ZZP's.

Daar hebben we gehoord dat bij een meting van 1000 bewoners gemiddelde aantallen uren bepaald zijn. Dit gemiddelde aantal uren zijn netto uren waarvoor een bruto tarief zal worden bepaald. De bruto en netto verhouding zal dan 50% zijn. De vraag is natuurlijk krijgen we wel voldoende uren, en tegen welke kosten. En hoe zullen de budget houders hiermee gaan rekenen. Per behandelfunctie moet dus goed worden aangegeven wat je wel en niet kan doen. Het andere facet van het probleem dat ontstaat is ook dat aannames die worden gemaakt door de NZA, de tarief steller, anders zijn dan hier intern en dat gaat problemen geven.

3. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk/probleemhebber voor de invoering van ZZP's?

De beïnvloeding mogelijkheden zijn beperkt en dan is het voor niemand een populaire rol om te spelen. Bovendien moet je waarschijnlijk negatieve boodschappen verkondigen aan anderen. Omwille van de neutraliteit en de veiligheid zou ik kiezen dat de controller de verantwoordelijkheid krijgt maar die heeft weer veel afstand van het primaire proces. Dus dat is dan niet handig. Vandaar dat ik twijfel. Alternatief is dan de regiomanager of het de verantwoordelijkheid van het MT maken zodat ook de facilitaire dienst en de medische paramedische dienst hun zegje kunnen doen. De ZZP's zullen bepalend zijn voor de totale inkomsten en die zullen dan verdeeld moeten worden, dus we hebben we er allemaal belang bij.

Er is nu voor gekozen de controller verantwoordelijkheid te geven en de regiomanagers in de uitvoerende zin. Bij het scoren zijn de zorgmanagers verantwoordelijk en dan geeft de paramedische dienst advies. Van het advies vragen wordt weinig gebruik gemaakt, en dat is opvallend. Dus de rol van de medische en paramedische dienst is beperkt maar ik ben erg afhankelijk van wat er wordt gescoord.

3. Is er een voorkeur voor ZZP's in productie afspraken? Allemaal verschillende ZZP's of juist allemaal dezelfde? Welke factoren zijn van invloed hierop?

Als hoofd paramedische dienst is het strategisch gezien niet ondenkbaar dat er een voorkeur is voor een grote groep ZZP's 9 (revalidatie) in hoeverre stuurt de paramedische dienst hierop?

Ik zou ze wel graag in ZZP9 willen hebben maar dat is helemaal niet aan de orde. Eigenlijk moet je je afvragen hoe zakelijk ga je hiermee om, dat is lastig om dat aan te geven. Ons aanbod is zeer gevarieerd naar de cliënten toe. En de vraag is moet je een bed voor een bepaalde ZZP vrijhouden en anderen dan maar langer op een wachtlijst laten staan.

Ik verwacht in een regio met grote steden dat partijen daar meer toe geneigd zullen zijn en meer beleid voor maken omdat ze daar kunnen kiezen en als de ene instelling de zorg niet wil leveren doet een collega instelling dat wel maar in deze regio is de klant erg afhankelijk van ons en zijn we ook wat geïsoleerd. (Dit is erg lastig hoor om hier kort op te reageren).

Maar dat probleem is niet nieuw voor de ZZP. Dat is nu ook al zo. We hebben hier lege bedden voor reactivering en daar nemen we "verkeerde" cliënten op, iemand die niet voor reactivering komt, omdat het thuis niet meer gaat en er een crisis is, de cliënt kan geen kant op en dan wordt dat bed daarvoor benut. Dan komt later een reactiveringscliënt en dan vraagt iedereen hoe heb je dat kunnen doen. (Je ontvangt dan minder geld).

Voor de praktijk moeten we inzetten op een heel breed aanbod omdat we nu ook veel verschillende cliënten binnen krijgen. Dit moet beleidsmatig nog worden vastgesteld. Dus veel verschillende ZZP's binnen halen en maar beperkt aansturen op financieel aantrekkelijke ZZP's. Ik denk ook dat de sturingsmogelijkheden tamelijk beperkt zijn. Maar de regiomanagers en de controller hebben daarin ook een groot belang en een mening over. In mijn dienst zal ik qua omvang e.d. daar ook rekening mee moeten gaan houden.

Zal het zorgkantoor daar bij inkoop- en tarief stelling rekening mee houden m.b.t. de aantrekkelijke ZZP's?

Het zorgkantoor zal daarop inspelen, dat doe ze nu al. Bijvoorbeeld wij leveren eerste lijnszorg binnen het kader van de AWBZ, een kleine beetje. Dit zorgkantoor is mild en toegankelijk om zonder indicatie vooraf een behandeling te laten starten, maar dat is begin 2007 afgeschaft. Voorheen was eerst een indicatie zelfs vereiste om die behandel functie te kunnen produceren en declareren. We hebben daar vorig jaar aardig wat uren weggezet in bijvoorbeeld de geheugenpoli. De groei in deze uren kregen we allemaal vergoed ondanks dat we boven de productieafsprake uit kwamen. Maar het tarief is wel met 6 euro per uur gedaald, dus er wordt wel degelijk in gehandeld. .

Een groot risico dat iedereen op ZZP9 inzet, maar het moet budget neutraal dus dan wordt de spoeling dun en bijten we in onze eigen staart.

3. In de ZZP's staan een gemiddeld aantal uren per cliënt, dekt dit de lading (alleen gericht op aandoening in indicatie)? Dit is dus exclusief uw relatie tot adviserende werkzaamheden binnen de uw functie? Hoe zit het met andere zorgbehoefte, hoe wordt die vergoed? (uit verdiscontering in ZZP tarief)?

Het is lastig omdat te beoordelen, uiteindelijk moet de invulling van het scoreformulier leiden tot een indicatie. Ik volg wat dat betreft lijdzzaam. Er zijn collega's in den lande die roepen vaak niet onderbouwd dat het niet klopt, dat er te weinig uren zijn. Wij hebben enigszins een indicatie uitgaande van een diverse doelgroep en een zekere bandbreedte. Maar er zijn ook collega's bang dat ontwikkel taken niet meer vergoed worden en dat er minder uren te besteden zijn.

3. Sluiten de ZZP's aan bij de werkelijkheid? In zorgzwaarte en zorgbehoefte van de cliënten?

Een lastige vraag, dat weet een beoordelaar zelf het beste. Ik zie hier en daar nog wel hiaten tussen het beeld van de client en de zorgzwaarte. Maar dat komt misschien wel omdat men nog teveel uitgaat van de huidige situatie, niet het perspectief heeft gekozen van een zelfstandige thuis situatie en vandaar uit een zorgvraag heeft ingevuld. Bijvoorbeeld een palliatieve cliënt die nog veel zelf wilde

doen en dat nog wel een tijd goed ging maar op een bepaald punt zeer zorgbehoefstig werd. Deze cliënt scoorde laag in ZZP terwijl dit de hoogste ZZP had moeten zijn. Over het algemeen klopt het beeld redelijk op wat uitzonderingen na. Een voorbeeld van zo'n uitzondering is dat bepaalde mensen ergens volgens een ZZP score niet horen maar wel degelijk thuis horen in de beschermde omgeving. Clienten die laag scoren in ZZP's omdat ze in een beschermde omgeving goed functioneren en zelfredzaam zijn maar in de thuissituatie gaven ze grote problemen: raken in de war, niet aankleden, geen boodschappen doen, geld uitgeven dat er niet is. Mensen binnen laten die er niet thuis horen, dat soort dingen. Maar in een beschermde woonomgeving gaat het wel goed en kunnen ze toch veel zelf.

3. Bent uw betrokken bij het scoren van de ZZP's?

Nee, wel aangeboden om te helpen maar dat is maar twee keer gebeurd.

Waarom maar twee keer?

Dat weet ik niet. Maar we zijn er om te raadplegen maar het lijkt zo goed te gaan, we hebben er wel belang bij dat er goed gescoord wordt.

3. Hoe reëel is het om op ZZP's te selecteren bij opnamen? Wat verandert er aan de verhoudingen in opname?

Voor deze organisatie is dat niet te doen, we zijn te klein om ons te gaan differentiëren op een bepaald cliëntaanbod en daarop cliënten te selecteren. Bepaalde doelgroepen zullen we proberen binnen te halen die hoog zitten in de ZZP's. Wij zijn een te kleine organisatie om een te lange leegstand van een bepaald bed op te vangen en te wachten op een bepaald soort cliënt, daarom zul je het aanbod breed moeten houden.

3. Vullen het kleinschalige karakter van ZDB en de ZZP's elkaar aan? Is het kleinschalige karakter voordelig in de behandeling/uw werkzaamheden?

Als je vol zit is het allemaal geen probleem maar als je een bed leeg hebt kan je als kleinschalig organisatie niet lang een bed leeg houden. Daarbij komt dat je mensen lang op een wachtlijst hebt staan voor er een plek vrijkomt. Dus qua zorgverlening en aanbod is kleinschaligheid beter maar om te sturen is het lastiger.

3. Is er duidelijke capaciteit van woningen in ZZP's voor behandeling?

Evenwichtiger verdeling qua werkdruk of dat een bepaalde woning bezetting tijdelijk wat zwakker is maar de vraag is of de ZZP's wel echt iets zeggen over de zorgzwaarte.

Bijlage Interview met P. Vendeloo

Interview op dinsdag 26 juni 2007

Met Paula Vendeloo van Humanitas in Rotterdam

Vestiging Humanitas-Akropolis Complex

Vragen over functie en afdeling in organisatie?

Wat is uw functie ? En binnen welke afdeling?

Wat zijn uw verantwoordelijkheden? Kunt u enkele werkzaamheden beschrijven?

Mijn huidige functie is zorgmanager van de extramurale zorg maar dat is sinds 3 maanden zo. Ten tijde van de het scoren van ZZP's was ik hoofd van een psychogeriatrische (PG) afdeling. De verantwoordelijkheden daar waren het beheersen van zaken als personeelsplanning, formatie, ziekteverzuim etc. Het draaiend houden van een afdeling en het in de gaten houden van de klanttevredenheid en personeeltevredenheid. Ook een goede belasting van de werkzaamheden en de dagelijkse gang van zaken.

Hoe relateert uw (vorige) functie aan ZZP's?

De ZZP's zijn vorig jaar geïntroduceerd waarbij alle cliënten gescoord moesten worden, niet zo zeer om een financieel plaatje te krijgen maar om te oefenen met het pakket en om te kijken wat komt daaruit en dat vergelijken met de formatie die wij hebben. Op de PG afdeling waar ik werkte hebben we toen dus voor de eerste maal gescoord.

Zorgzwaartebekostiging:

30. Wat vindt u van zorgzwaartebekostiging en ZZP's?

Ik voel wel wat voor de methodiek, want zoals het nu is heb je per cliënt geld en dat kun je zeg maar niet toetsbaar of wat dan ook inzetten waar we maar willen. Ik ben geen voorstander van verplichting, dat past ook niet bij onze stichting maar met de ZZP's heb je een duidelijker plan per cliënt. Naar de cliënt en familie toe praat dat gemakkelijker en er is duidelijkheid over wat er nu echt nodig is. Hierdoor zal je je plan duidelijker kunnen omschrijven. Dat zijn voordelen die ik zie. Het lijkt erg op een extramurale methodiek, daar werken we al meer op deze manier. En door de transparantie van je plan, heb je naar de cliëntkant en de medewerkers kant een beter onderbouwd gesprek. Bijstellen en evalueren wordt zo eenvoudiger, als sturing levert dit meer op daar zie ik mogelijkheden.

Of de ZZP zelf ook goed is daar maak ik me wel zorgen over zoals zijn er wel genoeg uren en zeker op een PG afdeling. Verder vond ik het vrij nieuwe terminologie voor ons in de verpleeghuiswereld, kijken naar de mensen die het formulier in moesten vullen, het is anders denken, denken in beperkingen terwijl de oude garde erg medisch wil denken. Ik zie bijvoorbeeld niets over pillen of injecties. We moeten dus anders denken en dat is lastig. Het kan natuurlijk ook voordelig zijn omdat we zo los komen van hele vaste denkpatronen.

Uiteindelijk zal er een bekostiging aan gekoppeld worden, hoe denkt u daarover? Natuurlijk zorgen de ZZP's naar de klanten toe misschien voor meer transparantie etc. maar we moeten dit doen om kosten te beheersen en in de gezondheidszorg geldt er zal eerder iets af gaan dan er bij komen.

30. Wat zijn de mogelijkheden of risico's ervan?

Mogelijkheden zijn dat je kan sturen en dat je transparant bent en dat je meer duidelijkheid hebt. Vooral ook bij ontevredenheid van cliënten, dan kan je laten zien dit hebben we afgesproken. En speel je er beter op in door vast te stellen of het anders moet of er juist meer zorg moet komen. Mensen krijgen zo waar ze recht op hebben, dat leidt er toe dat bepaalde mensen meer en andere weer minder krijgen dan ze willen.

Een risico is dat er meer tijd gaat zitten in allerlei administratieve rompslomp want je zal nauwkeuriger moeten omschrijven wat je gaat doen, daarbij komt dat indicaties veranderen en dan zal je weer van alles aan moeten passen. Er wordt geroepen er moeten meer handen aan het bed maar door dit soort zaken wordt dat erg lastig. Daar moeten we goed opletten anders zijn we een halve dag aan 't schrijven. Naast de ZZP's heb je natuurlijk ook andere zaken als zorgplannen etc.

Een ander risico is als een cliënt wordt opgenomen, dan zul je al kritisch naar de ZZP moeten kijken, en sturen bij plaatsing op een afdeling, vinden wij de cliënten zwaarder dan zul je daarop toch al moeten gaan sturen. Dat kan natuurlijk ook andersom dat een cliënt lichter is dan de indicatie aangeeft.

Weer een ander risico is dat dit soort methodieken vraagt om wat abstracter denken dan mensen in de zorg gewend zijn. En een afdelingshoofd moet dit natuurlijk ook niet allemaal gaan doen, we hebben tenslotte persoonlijk begeleiders. Dus of mensen dat kunnen behappen en uitvoeren daar moet we goed opletten.

30. Welke knelpunten heeft u gesignaleerd bij de implementatie van ZZP's?

Er zal goed op gelet moeten worden of het aantal ZZP's overeen komt met wat we nu leveren. Ook het personeel moet voldoende op de hoogte zijn maar dat is bij de andere vragen al aan de orde gekomen.

30. Wat verandert er door de komst van ZZP's aan uw functie?

We zullen alerter zijn op indicaties, dat is nu een taak van maatschappelijk werk. We zullen bewuster zijn van de zorgzwaarte van afdelingen. Dat is met de ZZP's ook hard te maken. Maar er wordt ook meer flexibiliteit van medewerkers verwachten, die zullen van lichtere naar zwaardere afdelingen moeten af en toe. En ook het mee bewegen met in zorg zwaarder wordende cliënten vraagt om alertheid.

De ZZP's zullen ook wat meer financieel denken van de afdelinghoofden eisen en het is ook wel belangrijk dat er meer bewust wording is als het om geld gaat.

30. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk voor de invoering van ZZP's binnen uw organisatie?

Ik denk uiteindelijk de directeur van de locatie, we hebben 28 huizen bij Humanitas en elke directeur heeft een soort portefeuille. Zo heeft een directeur van een locatie de portefeuille landelijke ontwikkeling ZZP's, en die volgt op strategisch niveau de ontwikkeling op dit gebied. Per locatie zal de locatie directeur uiteindelijk verantwoordelijk zijn. De ZZP's zijn toentertijd naar mij gedelegeerd om het scoren e.d. te begeleiden en ik maakte deel uit van een klein team dat betrokken was bij de ZZP's. Dit zal nog allemaal verder ontwikkeld moeten worden en een definitieve vorm krijgen en zal maatschappelijk er denk ik ook bij betrokken moeten worden.

30. Is er een voorkeur voor ZZP's in productie afspraken? Allemaal verschillende ZZP's of juist allemaal dezelfde? Welke factoren zijn van invloed hierop?

Als hoofd paramedische dienst is het strategisch gezien niet ondenkbaar dat er een voorkeur is voor een grote groep ZZP's 9 (revalidatie) in hoeverre stuurt de paramedische dienst hierop?

Wij hebben hier bijvoorbeeld alleen verpleeghuis, wij zouden inderdaad kunnen sturen.

Als we een leeg bed hebben zouden we kunnen gaan kijken naar licht of zwaar waar nu niet naar gekeken wordt. In de praktijk hebben we nooit een leeg bed overigens. We hebben hier heel veel levensloopbestendige woningen. We hebben 30% mensen die erg dynamisch zijn en weinig zorg hebben, 30% met lichte zorg en 30% met zware zorg. Dat is voor ons een mooie mix waar wij onze formatie op hebben afgestemd en dat zorgt voor een dynamiek in het gebouw. Dan zal je misschien naar toe willen dat je zegt doe mij maar de zware klant want we liggen licht in zorg en hebben ruimte in de formatie doe mij maar de zware klanten. Maar in Nederland zeggen mensen ik wil naar Humanitas en zullen zich niets van de indicatie/ZZP aantrekken, en kiezen voor iets in de buurt. Als je meerdere bedden leeg hebt en meerdere klanten dan kun je kiezen maar in de praktijk is dat niet zo. Een leeg bed wordt direct gevuld. We zeggen tegen niets of niemand nee want dat mag ook niet volgens onze visie.

De klant bepaalt de keuze en daar gaan wij in mee. Wij kunnen niet kiezen.

30. Sluiten de ZZP's aan bij de werkelijkheid? Dus is zorgzwaarte en zorgbehoefte van de cliënten gemiddeld met elkaar in overeenstemming?

Ja maar het helpt een manager in de zorg vooral. Het is een aanvulling op zijn praktijk ervaring. Een manager heeft vanuit zijn ervaring natuurlijk ook veel inzicht in of zaken zwaar zijn of niet. Maar ook voor verpleegkundigen is het prettig, die hebben vanuit hun achtergrond niet meegekregen om dit soort zaken te onderbouwen en dat kan hiermee wel. Het sluit goed aan. Of het qua zorgzwaarte van cliënten aansluit, dat verwacht ik wel op de meeste afdelingen kwam er een score uit die paste bij de formatie. Uiteindelijk moet het nog blijken maar ik heb er vertrouwen in.

30. Hoe reëel is het om op ZZP's te selecteren bij opnamen? Wordt er nu al rekening gehouden met zorgzwaarte bij opname?

We stuurden voorheen niet op zorgzwaarte, we deden eens per jaar een zorgzwaarte meting en stuurden deze naar de branche vereniging. Dit was meer een verplichting. De resultaten hiervan deden we niets mee want we konden er niets mee.

Toen wij hebben gescoord hebben wij op een afdeling 21 FTE gescoord en we hebben gemiddeld 16 FTE. De afdeling zei wel dat ze het erg druk hadden maar hebben uiteindelijk wel met 16FTE voor 21 FTE zorg geproduceerd. Dat komt omdat de mentaliteit in de zorg is we moeten er tegen aan dus we stropen de mouwen op. Achteraf hadden we met deze getallen geschoven met personeel om dit op te vangen. Bovendien doe je met zo'n bezetting mensen tekort want er is geen tijd meer voor een praatje.

30. Kunt u iets vertellen over de relatie zorgplan en ZZP's?

We zullen wat meer gedetailleerder moeten omschrijven maar we zijn al gewend aan het werken met zorgplannen. In onze organisatie ligt daar toch al veel nadruk op, we houden ons aan de regels van het zorgplan. Alleen dat staat nu niet in uren beschreven en dat zal wel moeten om het met het totaal te laten kloppen. Ik zie niet zo veel verschil met nu behalve dat er meer detail in zal komen door de uren. En daardoor komt er wel meer bewustzijn over het aantal uren dat je kwijt bent aan bepaalde werkzaamheden. Zo kan voorkomen worden dat een lichtere cliënt uren tekort komt omdat die erbij inschieten doordat een zware cliënt teveel uren op eist.

Hoe vaak moet een zorgplan worden bijgesteld?

Het wordt 2 maal per jaar besproken met een cliënt, wanneer de situatie stabiel is. Maar als de zorgvraag verandert gebeurt dit eerder. Als we met de ZZP's gaan

werken dat zullen we de frequentie verhogen en elke 3 maanden het zorgplan bekijken met een afdelingshoofd en maatschappelijk werk. Tenzij de situatie verandert dan zullen we direct reageren.

Is het wel mogelijk om tijdig een nieuwe indicatie aan te vragen?.

Voordat je de indicatie op papier hebt duurt enkele weken maar daar wachten we niet op. We gaan gewoon de zorg leveren. En dat wordt gewoon gedeclareerd, als je zorg moet leveren kun je natuurlijk niet wachten tot een indicatie op papier binnenkomt. Er zullen daarover afspraken gemaakt moeten worden. Daarbij komt dat het maatschappelijk werk gemandateerd kan worden. We hebben zorgbemiddelaars in huis voor de extramurale zorg misschien zijn zorgbemiddelaars ook voor de intramurale zorg nodig.

Wat doet een zorgbemiddelaar?

Zorgbemiddelaars regelen de herindicatie, komen inventariseren en hebben contact met het indicatie orgaan. En die vraagt een herindicatie aan. Dit is toch altijd een proces op papier. De cliënten worden zelden bezocht, een enkele keer steekproefsgewijs.

De zorgbemiddelaar is bij ons in dienst en zij beoordelen of een herindicatie noodzakelijk is. Als de zorgbemiddelaar besluit tot herindicatie kan je de zorg gelijk inzetten en de papieren indicatie volgt dan later.

30. Hoe heeft u de implementatie van zorgzwaartebekostiging aangepakt?

Zie vraag 5

30. Vereisen bepaalde ZZP's meer investeringen dan andere?

Wij zijn een algemeen verpleeghuis, er zijn verpleeghuizen die zich richten op revalidatie, en wij denken dat we met de capaciteiten die we in huis hebben alle ZZP's wel aan kunnen. We zitten heel gemiddeld en hebben niet het idee dat we ons ergens op moeten richten.

Ik verwacht dat het aanbod ook net zo breed blijft zoals het nu is dus dat we daarom ons niet hoeven te richten op een bepaalde ZZP. We richten qua doelgroep op ZZP5 -ZZP8, dat zal de grootste groep zijn en daar zijn we op afgestemd. Natuurlijk is er af en toe een uitschieter een van beide kanten op. En dat hoeven we in de toekomst denk ik niet te veranderen.

30. Welke concrete stappen heeft u ondernomen om ZZP's in te voeren?

Het is gebleven bij het scoren en een bespreking in het middenkader over de komst van de ZZP's. En er is getoetst op de formatie. Er is een bijscholing voor capaciteitsplanning, om te kunnen werken met een meer flexibeler personeelsinzet, die wij noodzakelijk achten .

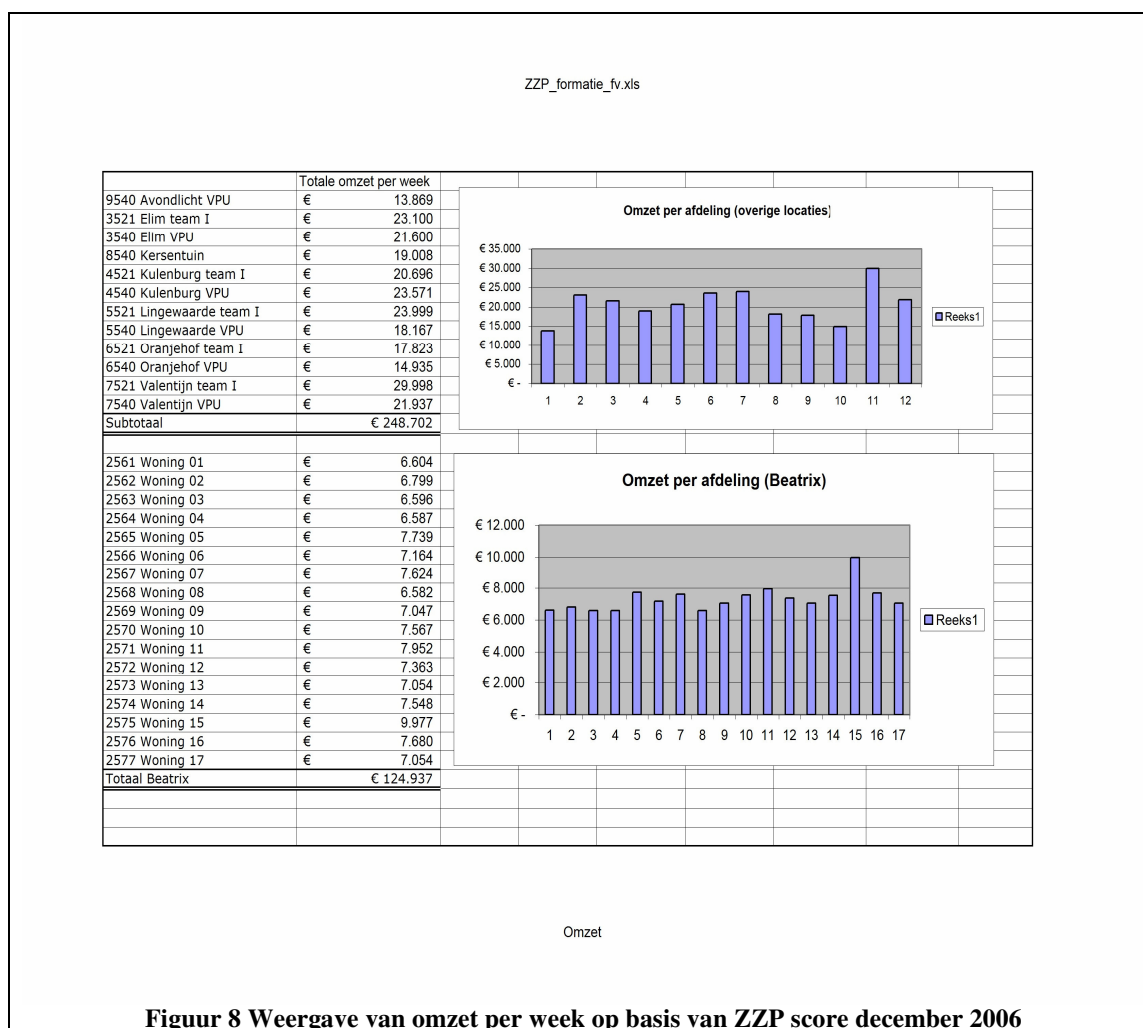
30. Sluiten het aan bij andere ontwikkelingen in de AWBZ?

Zoals meer keuze vrijheid voor cliënten?

Als de ZZP echt bedoeld is voor mensen die naar een verpleeghuis moeten, dan hebben die mensen nauwelijks een keuze. En als je er geen indicatie voor hebt komt je er niet in. Er zijn mensen die willen niet en er zijn mensen die willen wel maar die krijgen de indicatie niet. Dus je kan eigenlijk niet zeggen doe mij maar een ZZP5 of 6 of 7 dat bepaalt een ander. Je kan natuurlijk wel je zorgvraag formuleren, en eenmaal met een ZZP in handen weet een cliënt ik heb recht op zoveel uren zorg. Dus daar kan kritisch naar gekeken worden door cliënten of kinderen van cliënten. Eenmaal in een verpleeghuis kunnen ze misschien wel meer zeggen over hoe ze zaken ingevuld willen hebben.

Bijlage XIII Omzet van afdelingen

In deze excel sheet is de omzet per afdeling op basis van het ZZP tarief naast elkaar gezet. Afdelingen met een hogere zorgwaarde zullen een hogere omzet maken. Door dit verschil zichtbaar te maken worden de prestaties van afdelingen vergelijkbaar. Zo presteert woning 5 heel goed, deze woning heeft 7 cliënten en genereert meer omzet dan woning 9 en 10 terwijl deze elk 8 cliënten hebben. In de huidige situatie met een vaste bijdrage per cliënt is deze prestatie niet zichtbaar, en genereren woning 9 en 10 meer omzet doordat zij meer cliënten hebben.



Bijlage VI Verdeling van zorgzwaarte

Op deze bijlage is het resultaat zichtbaar van een verdeling van de zorgzwaarte over de afdelingen. Met de gemiddelde zorgzwaarte per afdeling kan bepaald worden welke afdeling positief of negatief afwijking van dit gemiddelde. Door afdeling met een negatieve afwijking uren te geven van afdeling met een positieve afwijking ontstaat een eerlijk verdeling van de zorgzwaarte.

ZZP_formatie_fv.xls



Verdeling zorgzwaarte Beatrix

Figuur 9 Verdeling van zorgzwaarte over de verschillende afdeling in 2006

Bijlage VII Zorgzwaarte totalen

De zorgzwaarte totalen per woning. De kolom huishouding geeft aan hoeveel FTE overblijft voor de functie huishouding uitgaande van een vaste inzet van 4,5 FTE per afdeling.

ZZP_formatie_fv.xls

Tijd per client per week	Aantal cliënten	Uren voor woonzorg-team incl dagbesteding	Totaal Paramedische Dienst	Dagbesteding	Totaal		FTE, o.b.v 36 uren/week voor woonzorg	Huishouding (uitgaande van 4,5 fte en na aftrek woonzorg)
2561 Woning 01	7	112,50	10,50	8,00	123	uren/week	3,13	1,38
2562 Woning 02	7	105,00	16,00	4,00	121	uren/week	2,92	1,56
2563 Woning 03	7	110,50	10,50	4,50	121	uren/week	3,07	1,43
2564 Woning 04	7	112,50	10,00	6,00	122,5	uren/week	3,13	1,38
2565 Woning 05	7	138,00	13,00	11,00	151	uren/week	3,83	0,67
2566 Woning 06	7	124,00	12,00	9,00	136	uren/week	3,44	1,06
2567 Woning 07	7	135,50	12,50	9,50	148	uren/week	3,76	0,74
2568 Woning 08	7	109,50	11,50	9,50	121	uren/week	3,04	1,46
2569 Woning 09	8	113,00	13,00	7,00	126	uren/week	3,14	1,36
2570 Woning 10	8	127,00	12,00	5,00	139	uren/week	3,53	0,97
2571 Woning 11	8	136,50	12,50	5,50	149	uren/week	3,79	0,71
2572 Woning 12	8	121,50	12,50	8,50	134	uren/week	3,38	1,13
2573 Woning 13	7	116,50	13,50	3,50	130	uren/week	3,24	1,26
2574 Woning 14	8	128,50	11,50	6,00	140	uren/week	3,57	0,93
2575 Woning 15	12	143,00	24,00	3,50	167	uren/week	3,97	0,53
2576 Woning 16	8	129,50	12,50	5,50	142	uren/week	3,60	0,90
2577 Woning 17	7	116,50	13,50	3,50	130	uren/week	3,24	1,26
Totaal Beatrix	130	2079,5	221	109,5	2300,5	uren/week	57,76	
Aantal cliënten	Aantal cliënten op een locatie							
Uren voor woonzorg	Uren per week clientgebondentijd zowel ob-dag als ab-dag en pv,vp ob-alg en ab-alg(vanwege verwevenheid is in ZZP gekozen dit als							
Totaal Paramedische Dienst	Uren per week per week clientgebondentijd AB-alg en BH geleverd door behandelaars buiten de formatie van woongroep specifiek ger							
Dagbesteding (be)	Omgeslagen tijd dagbesteding uren per week clientgebonden tijd							
Totaal	Uren per week clientgebondentijd woonzorg, behandelaars (paramedische dienst) en omgeslagen dagbesteding							

Beatrix

Figuur 10 Totalen afgeleid van de ZZP voor de verschillende afdeling op basis van de score in 2006

Bijlage XIII Concurrenten van Zorgcentra de Betuwe

Concurrenten van de Zorgcentra de Betuwe in een straal tot 20 km rond Culemborg. Brongegevens afkomstig van www.kiesbeter.nl (website bezocht in juli 2007)

Organisatie	Plaats en capaciteit in aantal cliënten per plaats	Totaal
Stichting Zorgcentra Rivierenland	Beesd 52, Geldermalsen 100, Tiel 346	498
Stichting Zorgspectrum	Houten 172, Vianen 104, Nieuwe Gein 342	618
Stichting Warande	Houten 90	90
Stichting Rijnheuvel	Wijk bij Duurstede 38, Doorn 95, Bunnik 56	189
Stichting Huisvesting , Zorg en Dienstverlening voor Ouderen	Leerdam 112	112
Rivas Zorggroep	Leerdam 139	139
Woon- en zorgcentrum Huis ter Leede	Leerdam 95	95
Interkerkelijke Stichting Zorgvoorzieningen De Brug	Driebergen-Rijsenburg 369	369
Stichting voor Verpleging en Verzorging Beukenstein	Driebergen-Rijsenburg 112	112
Ewoud Gasthuis	IJsselstein 84	84
Stichting Quarijn	Doorn 253	253
AxionContinu	IJsselstein 163	163
Stichting ContinU	Utrecht 220	220
Zorgcentrum De Wittenberg	Haarlem 60	60
Stichting SHBU-zorgcentra	Utrecht 220	220
Stichting Zorgcentra de Betuwe	Culemborg 183, Tiel 52, Maurik 92, Ochten 59, Buren 50	436

Bijlage XIII ZZP Score December 2006

Onderstaande tabel geeft de verschillende ZZP's gescoord in december 2006 weer. De rij *Percentage Totaal* geeft het percentage van het totale aantal gescoorde ZZP's weer. De rij *Totaal* laat de aantallen gescoorde ZZP's zien. De rij *Totaal voor Zorgteam* geeft het totaal aantal uren woonzorg per ZZP. De rij *Uren voor Behandelaars* geeft het totaal aantal uren capaciteit voor behandelaars. (Voor ZZP1 en ZZP2 zijn er geen uren maar een omgeslagen tarief, dus voor deze ZZP is dit eigenlijk geen 0)

Onder het kopje *Landelijk* zijn de landelijke percentages van het totale aantal ZZP's gegeven, gespecificeerd naar instelling en tevens het totaal.

ZZP	<i>ZZP 1</i>	<i>ZZP 2</i>	<i>ZZP 3</i>	<i>ZZP 4</i>	<i>ZZP 5</i>	<i>ZZP 6</i>	<i>ZZP 7</i>	<i>ZZP 8</i>	<i>ZZP 9</i>	<i>ZZP 10</i>
Percentage Totaal (ZDB)	19,1%	5,3%	11,6%	5,3%	26,2%	13,0%	13,4%	1,5%	3,3%	0,4%
Totaal (ZDB)	87	24	53	24	119	59	61	7	15	2
Totaal voor Zorgteam (ZDB)	391,5	168	503,5	276	1963,5	973,5	1281	175	240	56
Uren voor Behandelaars (ZDB)	0	0	79,5	36	178,5	88,5	122	14	60	4
Landelijk										
Verzorgingshuizen landelijk	31,4%	17,8%	12,4%	3,5%	9,7%	11,0%	8,4%	0,8%	1,4%	0,5%
Verpleeghuizen landelijk	2,6%	2,1%	4,8%	2,9%	34,4%	15,0%	21,0%	3,3%	8,4%	1,6%
Totaal landelijk V&V	19,8%	11,5%	9,3%	3,2%	19,7%	12,6%	13,4%	1,8%	4,2%	1,0%

Tabel 13: Bron: ZZP Scoreverdeling.xls december 2006

De rijen *totaal voor Zorgteam* en *Uren voor behandelaars* zijn uitgerekend op basis van de voorschriften voor ZZP's⁷

⁷ dr P.G.M. Jansen, *Zorgzwaartepakketen sector V&V*, HHM, Enschede 24-08-2006