

# Position Paper Kleinschalige Zorg

BRANCHEVERENIGING  
Kleinschalige **Zorg**



**PROFESSIONNEEL, BETROKKEN EN OP MAAT**

Met kleinschalige zorg naar een nieuwe standaard!

Januari 2020

## Inhoud

<b>Position Paper kleinschalige zorg</b> .....	<b>1</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Wat is kleinschalige zorg?</b> .....	<b>4</b>
1.1 Definitie kleinschalige zorg .....	4
1.2 Zorgverlening vanuit 'de bedoeling' .....	4
1.3 Toegevoegde waarde van kleinschalige zorg.....	6
1.4 Ontwikkeling kleinschalige zorg.....	7
<b>2. Dilemma's kleinschalige aanbieders binnen de huidige stelsels</b> .....	<b>8</b>
2.1 Dilemma kwaliteit van zorg.....	8
2.2 Dilemma controle gecontracteerde zorg.....	10
2.3 Dilemma's Zvw .....	10
2.4 Dilemma's Wlz .....	11
2.5 Dilemma's Wmo en Jw.....	13
<b>3. Anders organiseren met oog op kwaliteit en continuïteit van zorg</b> .....	<b>15</b>
3.1 De weg naar meer kwaliteit en continuïteit .....	17
3.2 Persoonsvolgende bekostiging .....	18
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>20</b>
<b>Bijlage 1: samenvatting rapport organisatiescans BVKZ</b> .....	<b>21</b>

## Inleiding

De Nederlandse zorgmarkt is behoorlijk in beweging. De privatisering (2006) en stelselwijzigingen (2015) hebben een grote impact gehad op het functioneren van de zorgmarkt. Hieruit is een maatschappelijk debat ontstaan over de resultaten en effecten die deze wijzigingen opgeleverd hebben. In dit debat krijgt de kleinschalige zorg ook specifieke aandacht.

De bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) treffen op dit moment verschillende maatregelen om de doelmatige besteding van zorggeld te bevorderen. Zo worden alle zorgaanbieders verplicht om transparant te zijn over hun financiële constructies (wijziging WNT en verscherpte regels uitkeren dividend). Ook komt er een meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders (Wtza) en wordt het interne en externe toezicht versterkt (toezichthouders gaan meer en beter samenwerken). Daarnaast zijn ook experimenten uitgevoerd hoe persoonsvolgendheid in bekostiging te kunnen organiseren.

De Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) is van mening dat kleinschalige zorg naast de grote aanbieders veel toegevoegde waarde heeft voor de sector in het algemeen en voor de cliënten en zorgprofessionals in het bijzonder. Zij gelooft in de kracht van kleinschalige zorgverlening en is van mening dat kleinschalige zorg het Nederlandse zorglandschap blijvend verrijkt, nu en in de toekomst!

Daarbij is het nadrukkelijk van belang om het kaf van het koren te scheiden. Zorgverleners dienen te acteren volgens de regels en de wetten binnen de Nederlandse zorg. Deze regelgeving dient echter wel toepasbaar te zijn op alle soorten zorgaanbieders en daarbij ook specifiek de kleinschalige zorgaanbieders. In de praktijk blijkt het echter soms te knellen. In de position paper maakt BVKZ duidelijk waar de dilemma's zitten en biedt ze scenario's voor oplossingen.

Deze position paper is opgebouwd uit een aantal hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt beschreven wat kleinschalige zorg is. In hoofdstuk 2 beschrijven we kort de huidige dilemma's van de 4 wetten die van toepassing zijn op kleinschalige zorg. In hoofdstuk 3 zoomt BVKZ in op de mogelijke en gewenste oplossingsrichtingen.

De doelstelling van deze position paper is, naast het schetsen van de wereld van kleinschalige zorg, het in gesprek gaan met belanghebbende partijen, om te zorgen voor randvoorwaarden waarbinnen de kleinschalige zorg ook in de toekomst haar toegevoegde waarde kan tonen.

## 1. Kleinschalige zorg

### 1.1 Definitie kleinschalige zorg

Voor de term kleinschalige zorg bestaat geen algemeen gedragen definitie. In de ogen van de BVKZ gaat het om de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Hierbij hanteert BVKZ verschillende uitgangspunten:

- Focus op relationele zorg met behoud van individuele identiteit;
- Kleine groepen van zorgvragers/ kleinschalige zorgaccommodaties;
- Eigen regie en waardigheid van zorgvragers;
- Kleine teams van betrokken zorgverleners;
- Gepassioneerde en betrokken ondernemers;
- Flexibele en dynamische zorgverlening;
- Wendbare organisaties.

Door op een samenhangende wijze invulling te geven aan deze elementen kan de positieve kracht van kleinschalige zorg gerealiseerd worden. Uit deze elementen is af te leiden dat, in de ogen van de BVKZ, kleinschalige zorg niet per definitie toebehoort aan kleine zorgaanbieders. Ook grote(re) zorgaanbieders kunnen, op basis van hun organisatie-inrichting, kleinschalige zorg leveren.

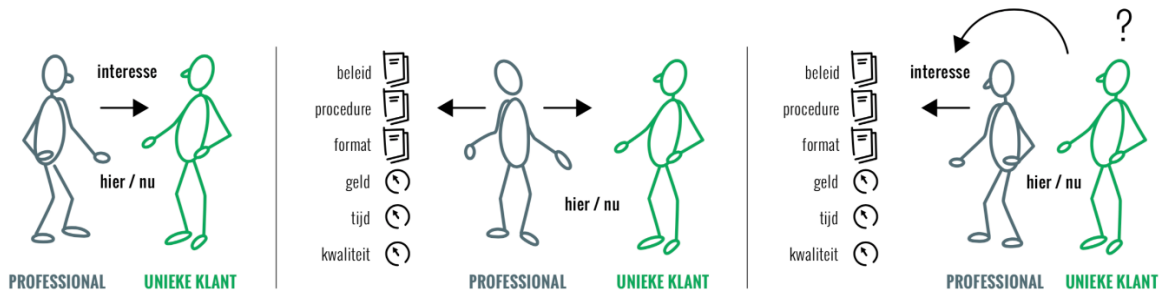
Binnen de BVKZ is er een sterk geloof dat kleinere zorgorganisaties één belangrijke onderscheidende factor hebben ten opzichte van grote zorgorganisaties; een zorgondernemer met een combinatie van passie voor zorgverlening en ondernemerschap. Dit stelt hen vaak beter in staat de kracht van kleinschaligheid te realiseren. De kracht van deze zorgondernemer is het grootst als hij of zij onderneemt vanuit duidelijke zorgvisie, gebaseerd op veelal persoonlijke ervaringen binnen de zorg (als zorgverlener, zorgvrager, of relatie van zorgvrager) en de schaalgrootte van de organisatie die het toelaat dat er directe persoonlijke verbindingen bestaan tussen de zorgondernemer en de zorgvragers (inclusief het ondersteunend netwerk) en tussen de zorgondernemer en de betrokken zorgverleners.

### 1.2 Zorgverlening vanuit 'de bedoeling'

In de Nederlandse zorg is er veel wet- en regelgeving waaraan zorgorganisaties moeten voldoen. Het voornaamste doel van deze wet- en regelgeving is het garanderen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedere Nederlander. Ondanks dit positieve doel heeft de wet- en regelgeving ook negatieve effecten. Handhaving zorgt ervoor dat er, bij de betrokken partijen uit de zorgketen, procedures en systemen opgetuigd dienen te worden om 'in control' te blijven. Dit levert in de dagelijkse praktijk dilemma's op. Het grote risico hierbij is dat de systeemwereld centraal komt te staan in plaats van de mens met zijn zorgvraag.

Wouter Hart geeft in het boek “Verdraaide Organisaties”<sup>1</sup> hier een duidelijke visie op. Met onderstaand figuur laat hij helder zien welk probleem ontstaat wanneer er steeds meer gevraagd wordt van (zorg)professionals vanuit het systeem.

Figuur 1: Overvragen zorgprofessionals



Bron: Hart, W. Verdraaide Organisaties

De focus van de zorgprofessional wordt verplaatst van zorgvragen naar het systeem. Natuurlijk onderschrijft Wouter Hart het belang van de ‘systemewereld’. Deze dient echter niet centraal te staan in de ‘leefwereld’.

De BVKZ onderschrijft de denkwijze van Wouter Hart. Deze denkwijze krijgt binnen de Nederlandse zorg steeds meer draagvlak. Zo dient het ook als onderlegger voor KISS, een samenwerking tussen bestuurders van grotere organisaties binnen de ‘caresector’ die een visie ontwikkelen op de concrete inrichting van de zorg in de nabije toekomst. Volgens het model van Wouter Hart dienen zorgorganisaties zorg te leveren vanuit ‘de bedoeling’. ‘De bedoeling’ staat voor een heldere zorggerichte missie van de zorgorganisatie. Vanuit ‘de bedoeling’ dient er kritisch gekeken te worden naar ‘de eisen’ van de systemewereld. Zorgorganisaties dienen op een dusdanige wijze ingericht te zijn dat ze en voldoen aan de wet- en regelgeving (systemewereld) zonder ‘de bedoeling’ aan te tasten dat ze aangesloten zijn op de leefwereld van de zorgvrager en de zorgverlener. Dit leidt per definitie tot uitdagingen in de organisatie. De wijze waarop de organisatie omgaat met deze vraagstukken bepaalt uiteindelijk de kwaliteit van de zorgverlening. Veel organisaties hebben het probleem dat zij, door de jaren heen, steeds meer de denkrichting van buiten (systemewereld) naar binnen (de bedoeling) zijn gaan hanteren. Kleinschalig georganiseerde organisaties ervaren dit probleem veelal minder. Door de beperkte afstand (beperkt aantal organisatielagen) ligt de focus relatief vanzelfsprekend meer op ‘de bedoeling’. Onderstaand figuur geeft het grote verschil hierin aan.

Figuur 2: De bedoeling

<sup>1</sup> Hart, W., & Buiting, M. (2012). Verdraaide organisaties. *Terug naar de bedoeling*. Deventer: Kluwer.



Bron: Hart, W. Verdraaide Organisaties

### 1.3 Toegevoegde waarde van kleinschalige zorg

Om een compleet beeld te krijgen van de werkelijke toegevoegde waarde van de kleinschalige zorg heeft de BVKZ de heer Terra gevraagd om deze in beeld te brengen. Uit zijn onderzoek zijn een aantal belangrijke aspecten naar voren gekomen.

Kleinschalige zorg wordt over het algemeen hoog gewaardeerd door zorgvragers en hun verwanten. Beleidsmakers, financiers en externe toezichhouders zien en onderkennen echter deze ervaren kwaliteit van zorg maar in beperkte mate. Ondernemers in de ouderenzorg krijgen bijvoorbeeld te horen dat de zorg zo goed gewaardeerd wordt omdat zij de krenten uit de pap vissen, of dat zij alleen de cliënten met een lichte zorgvraag bedienen. Uit analyse van de zorgpopulatie binnen de grootschalige en kleinschalige zorg blijkt dit niet het geval te zijn. De ervaren kwaliteit van zorg bij kleinschalige aanbieders zou daarom meer waardering mogen krijgen bij beleidsmakers, financiers en externe toezichhouders.

Binnen diverse kleinschalige woonzorgvormen (ouderen, gehandicapten) wordt er vanuit een eigen visie een grotere familieparticipatie gerealiseerd. Men is in veel gevallen bewust gastvrij naar de familie. Die kan bijvoorbeeld mee-eten, blijven slapen of meedoen aan activiteiten. Het is een natuurlijke vorm van familieparticipatie waarmee de familie het leven van hun verwant en zijn of haar medebewoners blijft verrijken. De aanwezigheid van familie is geen onderdeel van de professionele zorg maar voegt wel veel waarde toe. Het heeft een betekenis op zich. Door een goede familieparticipatie ontstaat er veel meer persoonlijke aandacht voor de zorgvragers. Daarnaast zorgt het voor wederzijds begrip tussen de familie (het systeem van de zorgvrager) en de zorgprofessionals. Onderlinge waardering zorgt voor een grotere waardebeleving bij de zorgprofessional (hogere kwaliteit van arbeid).

Bij diverse kleinschalige woonzorgvormen (o.a. beschermd wonen) voor jongeren of jongvolwassenen wordt vanuit een eigen visie ingestoken op het wonen zoals thuis of in een gezin. De woningen staan in een gewone buurt met verbindingen naar de wijk. Bij jongeren is sprake van een bewonerssamenstelling die zoveel mogelijk overeenkomsten heeft met een echt gezin. Deze jongeren/ jong volwassenen gaan naar school of werk, maar komen thuis waarbij ze opgevangen worden met de warmte van het gezinsleven. Door professionele nabijheid ontstaat veel meer persoonlijke aandacht voor de zorgvragers.

Vele kleinschalige zorgaanbieders bieden (ambulante) ondersteuning en begeleiding aan zorgvragers die elders 'uitbehandeld' zijn, of als 'niet passend voor ons aanbod' beschouwd worden. Dit zijn juist niet 'de krenten uit de pap' maar de zware, complexe cliënten die elders stranden. Er wordt binnen de kleinschalige setting maximaal rekening gehouden met het individu en zijn leefomgeving (ouders, gezin). Zorgverleners binnen kleinschalige initiatieven zijn vaak bij uitstek in staat om professionele nabijheid te bieden.

De huidige zorgvragers zijn zeer kritisch op het zorgaanbod dat wordt voorgeschoteld. Kleinschalige zorgaanbieders zijn intrinsiek gemotiveerd om vanuit de juiste bedoelingen met passie de best passende zorg voor de cliënt te leveren. De kleinschalige zorg heeft daarmee een grote bijdrage geleverd aan het meer 'klantgericht' werken binnen de gehele sector. Het nieuwe kleinschalige aanbod zet ook andere zorgorganisaties aan om samen te innoveren.

#### 1.4 Ontwikkeling kleinschalige zorg

De privatisering van de zorg in Nederland heeft gezorgd voor een grote groei van het aantal (kleine) zorgaanbieders in Nederland. Deze groei gaat nog altijd onverminderd door. Vanuit de meest recente gegevens van het CBS (Statline) is het aantal kleine aanbieders binnen de caresector tussen 2015 en 2017 met 3.350 aanbieders toegenomen. De decentralisatie van de Wmo en Jw heeft hieraan zeker bijgedragen. Echter met name in de categorie *verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg* is de grootste groei waar te nemen (2.850 nieuwe kleine aanbieders).

De groei van het aantal organisaties is in het kader van marktwerking een positieve ontwikkeling. Het vergroot niet alleen de grootte, maar ook de diversiteit van het zorgaanbod. Hierdoor kan eenieder kiezen voor de zorg die, in zijn of haar ogen, het beste aansluit bij zijn/haar persoonlijke wensen. De schaduwzijde van de toename van het aantal (kleine) aanbieders is, dat de complexiteit met betrekking tot de controle van de rechtmatige en doelmatige besteding van maatschappelijke gelden wordt vergroot. Financiers hebben, binnen de verschillende wetten, te maken met een steeds groter wordende druk op de te besteden budgetten. Ze willen voldoende kwantiteit en kwaliteit inkopen zonder de begrotingen te overschrijden. Hierbij willen zij ook recht doen aan de individuele keuzevrijheid welke binnen het Nederlandse stelsel als zeer waardevol wordt gezien.

Naast de positieve ontwikkelingen zijn er natuurlijk ook negatieve ontwikkelingen te benoemen. Onder de nieuwe zorgaanbieders zijn ook organisaties die, bewust of onbewust, niet de juiste kwaliteit van zorg leveren. Dit kan ervoor zorgen dat maatschappelijk geld uiteindelijk niet besteed wordt waarvoor het bedoeld is. Negatieve voorbeelden worden breed uitgemeten in de media. Dit zorgt voor een negatief beeld rondom (kleinschalige) zorgaanbieders.

## 2. Dilemma's kleinschalige aanbieders binnen de huidige stelsels

In dit hoofdstuk beschrijven we de verschillende dilemma's voor de kleinschalige zorg welke voortvloeien uit het huidige verantwoordingsweb van de stelsels waarbinnen de leden van de BVKZ acteren. De verschillende stelselwijzigingen hebben soms (onbedoeld) knelpunten voor organisaties opgeleverd. Een aantal van deze dilemma's gelden voor het overgrote deel van de aanbieders. Anderen zijn afhankelijk van de zorgvorm die wordt aangeboden.

Om deze knelpunten in beeld te krijgen heeft de BVKZ intensief onderzoek gedaan bij een gedeelte van haar leden. Dit onderzoek bestond uit vier verschillende onderdelen:

- Literatuuronderzoek;
- Focusgroepen met betrokken leden;
- Het bijwonen van ledenvergaderingen van coöperaties en franchiseformules;
- Organisatiescans bij een dwarsdoorsnede van het ledenbestand.

De gekozen kwalitatieve onderzoeksmethoden hebben de BVKZ veel inzicht opgeleverd over de wijze waarop de leden het huidige verantwoordingsstelsel ervaren en welke dilemma's deze met zich meebrengt. Tijdens de focusgroepen en de ledenvergaderingen is duidelijk naar voren gekomen dat het overgrote deel van de kleinschalige zorgaanbieders zich graag wil verantwoorden, echter dat de huidige verantwoordingsystematiek in hun ogen weinig toevoegt aan de ervaren kwaliteit van zorg door de zorgvragers en de ervaren kwaliteit van arbeid bij zorgprofessionals. De organisatiescans hebben daarnaast een goed beeld gegeven van de huidige kwaliteitsstandaard binnen het kleinschalige zorgaanbod. Er is een dwarsdoorsnede genomen van het ledenbestand met betrekking tot grootte van de organisatie, type zorg en financieringsvorm. Om de onafhankelijkheid te waarborgen, zijn de organisatiescans uitgevoerd door een derde partij. De samenvatting van de resultaten uit de organisatiescans is terug te vinden in de bijlage 1.

De belangrijkste dilemma's die door alle kleinschalige aanbieders worden ervaren hebben betrekking op:

- De wijze waarop de beoordeling van de kwaliteit van zorg wordt gedaan en;
- De opzet van de controle bij gecontracteerde zorg.

Deze dilemma's worden als eerste uitgewerkt. De overige dilemma's, die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, worden daarna per stelsel uitgewerkt.

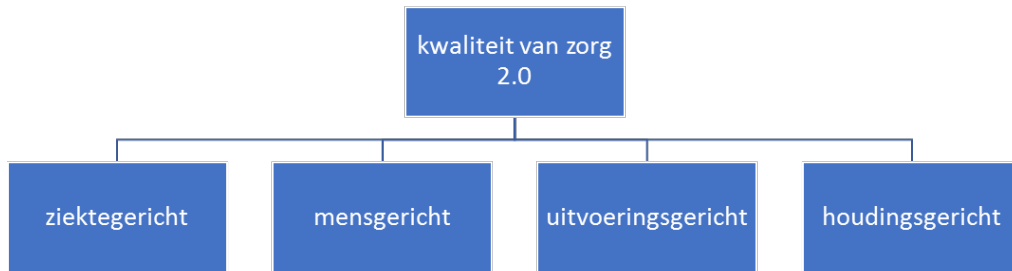
### 2.1 Dilemma kwaliteit van zorg

Kleinschalige aanbieders focussen zich bij uitstek op het leveren van kwalitatieve zorg. Zij doen dit meer vanuit een zorg-ethisch perspectief dan vanuit een organisatie-perspectief. Dit betekent echter niet dat zij het organisatie-perspectief niet belangrijk vinden. De primaire focus ligt dichterbij de interactie met de zorgvrager dan bij 'het systeem' (zie model Wouter Hart).

Kleinschalige aanbieders beogen een intensievere analyse van de behoeften van de zorgvrager en een betere aansluiting bij diens ervaringen en wensen. In de kern kan gesteld worden dat ze streven naar



een doorontwikkeling vanuit het kwaliteitsdomein patiëntgerichtheid naar 'kwaliteit van zorg 2.0'<sup>2</sup>. Dit staat dan voor professionals die zorg bieden die naast ziektegerichtheid, ook mensgerichtheid, uitvoeringsgerichtheid en houdingsgerichtheid kent.



#### Ziektegerichte kwaliteit

Ziektegerichte kwaliteit gaat over medisch en verpleegkundig hoogwaardige zorg. Hier gaat het over de ziekte en alles wat nodig is om deze te bestrijden, te voorkomen of te verzachten. Het gaat om beproefde en probate interventies, die veilig zijn, doorzichtig, doeltreffend en praktisch.

#### Mensgerichte kwaliteit

Mensgerichte kwaliteit richt zich op de aansluiting bij de zorgvrager. Dit aspect focust zich op de medisch hoogwaardige zorg passend bij de betreffende mens. Het is geënt op de kwaliteit van zien van de zorgverlener. Zorgvuldige waarneming van wie de zorgvrager is, wat voor hem van waarde is en vooral wat hij doormaakt, staan daarbij voorop.

#### Uitvoeringsgerichte kwaliteit

Uitvoeringsgerichte kwaliteit is zorg die responsief tot stand komt en volhoudt. Responsief staat voor blijven kijken of het aangeboden aansluit, uitpakt zoals bedoeld is en het de zorgvrager baat. Het gaat ook om zorg die duurzaam en trouw is, ook als ze niet direct resultaten oplevert. De professional streeft naar samenhang van zorghandelingen tot een integrale en complexe praktijk en legt het criterium van een bevredigende afronding hiervan bij de zorgvrager en niet bij de uitgevoerde professionele handeling.

#### Houdingsgerichte kwaliteit

Tot slot houdingsgerichte kwaliteit. Dit staat dan voor een zorgverlener die bezorgd mag zijn en zorg verleent met mededogen. De hulpvrager ervaart hartelijkheid, betrokkenheid, respect en toegenegenheid. Dit aspect is net zoals het tweede op gedegen wijze uitgewerkt in de presentietheorie<sup>3</sup> (Baart, 2001). Onder houdingsgerichte zorg vallen ook bejegening en communicatie.

Bij verschillende financieringsvormen is het hebben van één van de gangbare kwaliteitscertificeringen een vereiste om in aanmerking te komen voor een contract. In de ogen van de kleinschalige zorgaanbieders houden de gangbare kwaliteitskeurmerken binnen de Nederlandse zorg, te weinig

<sup>2</sup> Goossensen A. & en Baart A (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg. Kwaliteit in zorg, nummer 6, p 5-7.

<sup>3</sup> Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.

rekening met een aantal van de elementen van 'kwaliteit van zorg 2.0'. Ze zijn te veel gericht op processen, systemen en protocollen. Het leidend laten zijn van het zorg-ethische uitgangspunt kan op de werkvloer conflicteren met de procesmatige aspecten uit de meer traditionele kwaliteitsmodellen. Daarnaast leveren de kosten van certificering en de implementatie van een vereist kwaliteitssysteem een dilemma op, aangezien de ervaren waarde relatief laag is.

Kleinschalige aanbieders ervaren dat zij moeten voldoen aan diverse kwaliteitskaders die niet vanuit deze visie zijn opgesteld en daarbij niet aansluiten bij de bedoeling. Bovendien wordt van kleinschalige aanbieders, vaak actief bij meerdere cliëntgroepen, verwacht dat ze meerdere kwaliteitskaders naleven, soms voor slechts één of een beperkt aantal cliënten.

De kleinschalige aanbieders zijn bereid om te investeren in transparantie met betrekking tot de kwaliteit van zorg waarbij het zorg-ethische perspectief centraal staat.

## 2.2 Dilemma controle gecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten controleren de rechtmatigheid en doelmatigheid van de geleverde zorg. Om hierop toe te zien laten ze zorgaanbieders op verschillende momenten informatie aanleveren. Hiertoe behoren onder andere de productieverantwoording en de jaarrekening. Hierbij zijn randvoorwaarden opgesteld die bepalen welke omzet een controleverklaring van een accountant toegevoegd dient te worden. Voor de uitvoering van deze controles is een landelijk accountantsprotocol opgesteld. Het overgrote deel van de betrokken financiers hanteert dit protocol. Binnen de Zvw en Wlz wordt landelijk met dezelfde voorwaarden gewerkt. Binnen de Wmo en Jw verschillende voorwaarden met betrekking tot de verplichte controleverklaring. Dit maakt het voor zorgaanbieders die zorg verlenen, welke gefinancierd worden vanuit meerdere wetten, minder werkbaar. De drempels binnen de Wlz en Zvw zijn dermate hoog dat veel kleinschalige aanbieders geen controleverklaring nodig hebben. Dit houdt de administratieve druk en kosten laag. Binnen de Wmo en Jw liggen de drempels vaak een stuk lager. Dit levert kleinschalige aanbieders meer administratieve druk en meer kosten op. Aanbieders die net boven de omzeldrempels komen, kunnen hierdoor procentueel veel administratieve kosten maken in verhouding tot de beperkte hoeveelheid geleverde en gedeclareerde zorg.

Het overgrote deel van de kleinschalige aanbieders vindt het een goede zaak dat de rechtmatigheid van zorg door externe partijen gecontroleerd wordt. De wijze waarop dit nu gebeurt trekken zij in sommige gevallen echter in twijfel. Een accountant verricht bijvoorbeeld zijn administratieve controle veelal vanuit zijn vastgestelde protocollering. Hierbij gaat het met name om de aanwezigheid van zorgplannen en het aantal rapportages. In de ogen van de BVKZ kan een accountant op basis van deze gegevens in elk geval geen uitspraken doen over de doelmatigheid van de geleverde zorg. De wijze waarop de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de zorgvragers wordt hierin niet meegenomen. Dit levert in de praktijk een spanningsveld op tussen de zorgaanbieder en de controlerende partijen. De waarde van de uitgevoerde controles worden als laag ervaren, terwijl de kosten daarentegen onevenredig hoog zijn.

## 2.3 Dilemma's Zvw

Kleinschalige aanbieders die in aanraking komen met de Zvw geven bijna allemaal aan dat het aangaan van een contract met een zorgverzekeraar complex en kostbaar is. Daarnaast vrezen zij voor een sterke toename van de administratieve lasten wanneer ze een contract aangaan. Het overgrote deel van de

kleinschalige aanbieders kiest hierdoor om niet te contracteren en ongecontracteerde zorg aan te bieden. Het belangrijkste dilemma heeft betrekking op de strikte eisen die gesteld worden aan het verkrijgen van een contract. Om in aanmerking te komen dient de zorgaanbieder onder andere onderstaande zaken geregeld te hebben:

- De zorgaanbieder beschikt over een WTZI-toelating;
- De zorgaanbieder handelt volgens de landelijk geldende principes van goed bestuur en toezicht;
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar (AGB-code) een zorgaanbod voor de specifiek te leveren zorg;
- De zorgaanbieder beschikt over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP);
- De zorgaanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk voor de zorg welke landelijk en/of internationaal erkend is;
- De zorgaanbieder beschikt over een Vecozo certificaat voor de contractering;
- Afhankelijk van het type en de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieder wil leveren, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd (beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering ter hoogte van minimaal 2.500.000,- euro);
- De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling en privacy beleid conform wetgeving.

Voortvloeiend uit bovengenoemde voorwaarden wordt van kleinschalige aanbieders verwacht dat ze investeren in ICT-systemen. Deze hebben ze onder andere nodig voor uitvoering van het elektronische berichtenverkeer (VECOZO) en elektronische verslaglegging rondom de cliënten.

Hoewel een groot deel van de kleinschalige aanbieders wel de wil heeft om te voldoen aan bovenstaande voorwaarden, kiezen ze ervoor om geen contract aan te gaan. De extra kosten die aan de benoemde voorwaarden hangen worden als een te grote drempel ervaren. Het op orde houden van de administratieve organisatie met een bijhorende in- en externe controle zijn te kostbaar ten opzichte van de omzetten die gerealiseerd worden. De benodigde investeringen (tijd en geld) hiervoor investeren ze liever in de directe zorg en ondersteuning van de zorgvragers.

## 2.4 Dilemma's Wlz

Binnen de kleinschalige aanbieders die zorg leveren binnen de Wlz kunnen twee verschillende redenen benoemd worden waarom zij niet kiezen voor ZIN. Een gedeelte van de aanbieders kiest zeer bewust voor het werken op basis van PGB met voornaamste reden een volledige eigen regie voor cliënt. Indien de cliënten niet tevreden zijn over de kwaliteit van zorg kunnen zij 'stemmen met hun voeten'. Het staat hen vrij om elders zorg in te kopen. Een ander gedeelte van de aanbieders kiest, vanwege de hoge eisen welke worden gesteld voor het verkrijgen van een contract, om zorg via PGB of via onderaanneming te leveren. Het werken in onderaannemerschap kan voor kleinschalige aanbieders op twee manieren.

- Ten eerste kunnen zij een samenwerking aangaan met een grotere aanbieder die wel gecontracteerd is. Deze mag een klein percentage van de gecontracteerde zorg onderbrengen bij onderaannemers.
- Ten tweede kunnen zij zich aansluiten bij een coöperatie waarbij ze via collectieve zorgverkoop zorg kunnen leveren.

Net zoals binnen de Zvw dienen zorgorganisaties die in aanmerking willen komen voor een contract, een flink aantal zaken te regelen. Bijvoorbeeld:

- De zorgaanbieder beschikt over een WTZi-toelating;
- De zorgaanbieder beschikt over een actueel en specifiek ondernemingsplan met daarin een duidelijke visie op langdurige zorg;
- De zorgaanbieder handelt volgens de landelijk geldende principes van goed bestuur en toezicht;
- De zorgaanbieder beschikt over een NZa-code;
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar (AGB-code) een zorgaanbod voor de specifiek te leveren zorg;
- De zorgaanbieder beschikt over een ingevulde lijst IGJ;
- De zorgaanbieder beschikt over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP);
- De zorgaanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk voor de zorg dat landelijk en/of internationaal erkend is;
- De zorgaanbieder beschikt over een Vecozo certificaat voor de contractering;
- Afhankelijk van het type en de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieder wil leveren, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd (beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering ter hoogte van minimaal 2.500.000,- euro);
- De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling en privacy beleid conform wetgeving.

Voortvloeiend uit bovengenoemde voorwaarden wordt van kleinschalige aanbieders verwacht dat ze investeren in ICT-systemen. Deze hebben ze onder andere nodig voor de uitvoering van het elektronische berichtenverkeer (VECOZO) en elektronische verslaglegging rondom de cliënten. Hoewel een deel van de kleinschalige aanbieders wel de wil heeft om te voldoen aan bovenstaande voorwaarden, kiezen ze ervoor om geen contract aan te gaan. De extra kosten die aan de benoemde voorwaarden hangen worden als een te grote drempel ervaren. Het op orde houden van de administratieve organisatie, met een bijhorende in- en externe controle zijn te kostbaar ten opzichte van de omzetten die gerealiseerd worden. De benodigde investeringen (tijd en geld) hiervoor investeren ze liever in de directe zorg en ondersteuning van de zorgvragers.

Naast bovenstaande procedurele regels zien veel kleinschalige zorgaanbieders op tegen de 'verplichte' instroom van cliënten. Zij vinden een nauwkeurige selectie van nieuwe zorgvragers erg belangrijk omdat de geboden zorg ook volledig moet aansluiten op de persoon en de persoonlijke wensen. Indien dit onvoldoende door de aanbieder gewaarborgd kan worden, wil de zorgaanbieder in het belang van de cliënt de vrijheid hebben om de zorgvrager te verwijzen naar een beter passende aanbieder. Belangrijke kanttekening hierbij is dat dit niet gebeurt om 'de krenten uit de pap' te halen maar om de match tussen de kwaliteiten van de zorgprofessionals en de zorgvraag te bewaken. Volgens verschillende zorgaanbieders kan dit, wanneer de zorgaanbieder gecontracteerd is door het zorgkantoor, minder gemakkelijk. Een specifieke invulling voor kleinschalige aanbieders zou helpen om de drempel voor cliënten en instellingen te verlagen om over te gaan tot contractering in zorg in natura.

## 2.5 Dilemma's Wmo en Jw

Vanuit de decentralisatie is de uitvoering van de Wmo en Jw bij de gemeenten komen te liggen. Dit heeft in de praktijk de nodige uitdagingen met zich meegebracht. Het aangaan van een contract met gemeenten was de laatste jaren over het algemeen niet complex. Het 'open house model', dat door veel gemeenten wordt gehanteerd, zorgt ervoor dat de meeste aanbieders kiezen voor gecontracteerde zorg in plaats van PGB. Aanbieders die toch PGB aanbieden doen dit vaak vanuit idealistische overwegingen.

Op dit moment zijn verschillende gemeenten het 'open house model' echter aan het loslaten. Zij besteden de zorg uit, aan een beperkt aantal grotere aanbieders (bijvoorbeeld in vorm van een alliantie) of stellen bijvoorbeeld eisen aan het minimaal aantal zorgvragers waaraan zorg verleend moet worden. De verwachting is, dat deze trend zich de komende jaren verder doorzet. Kleinschalige aanbieders dienen in dit geval opnieuw afwegingen te maken. Gaan ze als onderaannemer aan de slag bij één of meerdere grotere aanbieders, sluiten ze zich aan bij een coöperatie of kiezen ze ervoor om weer zorg op basis van PGB aan te bieden. Het nieuwe aanbestedingsbeleid kan uiteindelijk ook voor verschraving van het zorgaanbod zorgen wanneer aanbieders vanwege de ontwikkelingen besluiten om de zorgverlening stop te zetten.

Sinds de decentralisatie van de Wmo en Jw is het speelveld en zijn de spelregels in bepaalde regio's al meerdere keren veranderd. Voorbeelden hiervan zijn:

- Samenwerkende gemeenten die besluiten een eigen koers te gaan varen en los van elkaar verder te gaan;
- Wisselingen van financieringsmodel (vaak naar resultaatgerichte financiering);
- Ontwikkelen van een uniek eigen financieringsmodel of eigen productbeschrijvingen;
- Hogere aanbestedingseisen waardoor kleine aanbieders niet meer kunnen contracteren;
- Aanbestedingen aan consortia.

Deze wisselingen in het speelveld en de spelregels zorgen voor grote onzekerheid met betrekking tot de continuïteit bij zorgaanbieders. Het maakt het bijna onmogelijk om een goed meerjarenbeleid neer te zetten.

Binnen zowel de Wmo als de Jw is de bepaling van de benodigde zorg en de financiering ervan in handen van één partij, de gemeente. Zij hebben in dit geval een dubbele pet op. Functioneel worden deze rollen gescheiden. Echter, veel aanbieders ervaren op dit vlak meerdere problemen tijdens gesprekken met gemeenten. Er bestaat volgens aanbieders een bepaalde willekeur op het vlak van indicaties. De koppeling van de zorginhoud en de zorgfinanciering leidt in veel gevallen tot spanning tussen medewerkers van gemeenten en zorgaanbieders. Dit is een onwenselijke situatie.

Daarnaast heeft de decentralisatie ervoor gezorgd dat het aantal financiers is toegenomen. Veel gemeenten hanteren, zowel op het gebied van kwaliteitsvoorwaarden als van productbeschrijvingen (geen landelijke standaard meer), de wijze van inzet van de ondersteuning (wie doet de intake, het proces en wijze van verantwoording hiervan) en de wijze van verantwoording (zoals gebruik ondersteuningsplan met bijbehorende evaluatie, verschillende evaluatieprocessen en momenten) hun eigen spelregels. Voor zorgaanbieders die in meerdere gemeenten zorg verlenen, kan dit betekenen dat ze aan vele voorwaarden moeten voldoen. Daarnaast hanteren gemeenten, in het kader van privacy

beleid, verschillende systemen voor veilige informatie-uitwisseling. Dit zorgt voor veel extra handelingen (lees: inloggen in verschillende systemen) binnen het communicatieproces. Voor de kleinschalige aanbieders die veelal specifieke doelgroepen bedienen en hierdoor veelal op beperkte schaal in meerdere gemeenten actief zijn, vraagt dit veel van hun organisatievermogen. Het zorgt voor een behoorlijke administratieve last en maakt automatisering van de zorgadministratie onnodig complex.

Een ander belangrijk dilemma binnen de Wmo en Jw is de beperkte continuïteit die contracten met gemeenten bieden. Zorgaanbieders dienen vaak jaarlijks aan te besteden. De vorm en regels van deze aanbesteding kunnen elk jaar volledig anders zijn. De onzekerheid van contractering betekent, dat veel aanbieders maar beperkt durven investeren in innovatie en groei. Daarnaast zorgt soms, het veelal grote verloop van medewerkers binnen gemeenten ervoor, dat het erg lastig is om een relatie op te bouwen. Door het ontbreken van deze relatie is het vertrouwen tussen de partijen ook zeer beperkt.

Dit alles maakt, dat volgens BVKZ, de wijze van samenwerking steeds verder afdrijft van de gewenste situatie, waarbij vanuit een nieuw perspectief, zorg en ondersteuning geleverd wordt. Zorg en ondersteuning die past bij de wensen en behoeften van de zorgvragers. BVKZ is van mening dat een andere wijze van samenwerking aanzienlijk kan leiden tot vermindering van kosten en een verbeterde van kwaliteit van zorg, als vertrouwen in een langdurige samenwerking een van de pijlers in contractering en samenwerking is.

### 3. Anders organiseren met oog op kwaliteit en continuïteit van zorg

De vraag is nu: hoe de zorg en ondersteuning te gaan organiseren zodat cliënten ook nog steeds kunnen kiezen voor kleinschalige aanbieders (behoud van pluriformiteit). Hierbij dient voldoende rekening gehouden te worden met de belangen van de verschillende groepen. Ten eerste de cliënt, deze wil zijn eigen regie hebben zonder de verantwoordelijkheid voor het beheren en verantwoorden van het budget. Ten tweede de financiers en externe toezichthouders, zij willen graag de rechtmatigheid en doelmatigheid van inzet van middelen en veiligheid van de zorgvragers willen garanderen. Ten derde de zorgaanbieders, zij willen met name focussen op de kwaliteit en de waarde die ontstaat vanuit de interactie tussen zorgverlener en zorgvrager.

De huidige verantwoordingspraktijk is met name ingericht van extern (perspectief van financiers en externe toezichthouders) naar intern (zorgverleners). De Raad Volksgezondheid & Samenleving constateert in het adviesrapport 'Blijk van vertrouwen - Anders verantwoorden voor goede zorg', dat de huidige wijze van verantwoorden een aantal positieve zaken heeft opgeleverd, zoals:

- Verbetering van patiëntveiligheid;
- Voorkomen van onrechtmatigheid en fraude;
- Toegankelijke informatie en voorkomen van ongewenste praktijkvariatie.

Tegenover deze positieve effecten zijn er echter ook verschillende negatieve effecten te benoemen:

- Explosie van informatie-eisen;
- Vertrouwen neemt af;
- Bange professionals;
- Minder werkplezier;
- Strategisch en pervers gedrag;
- Uniformering processen.
- Noodgedwongen stoppen van zorgondernemers

Zowel in de ogen van de Raad Volksgezondheid & Samenleving als in de ogen van de BVKZ levert deze wijze van het verantwoorden van zorg te weinig betekenis op voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener. Om tot een waardevollere wijze van verantwoording te komen zijn er volgens de Raad Volksgezondheid & Samenleving vijf grondbeginselen van belang:

1. *Wie?* Het primaire initiatief ligt bij zorgverleners. Zij nemen verantwoordelijkheid door gebruik te maken van verschillende methodieken zoals teamreflecties, visitaties en verhalen, en maken werk van de ervaringen en feedback van patiënten, cliënten, mantelzorgers, medewerkers en andere betrokkenen. Toezichthouders, inkopers en patiëntenorganisaties sluiten zich in principe aan bij de wijze waarop zorgverleners zelf verantwoordelijkheid nemen. Om vervolgens te toetsen of dit ook bijdraagt aan goede zorg, steken toezichthouders af en toe de thermometer in de organisatie. Dit biedt zorgverleners een kans om te laten zien dat ze het goed geregeld hebben, en geeft aanknopingspunten om samen te leren en te verbeteren. Mocht een zorgverlener onvoldoende verantwoordelijkheid nemen dan kunnen toezichthouders aanvullende vragen stellen en indien nodig ingrijpen.

2. *Waarover?* Gedeelde open principes en verantwoorde opstelling. Verantwoording gaat over het toelichten van lastige afwegingen die zorgverleners in concrete situaties maken in plaats van het naleven van algemeen geldende normen. Daarbij zijn afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en pluriformiteit van belang, maar ook ruimte om te reflecteren en te leren.
3. *Waar?* Ingebed in de praktijk, op verschillende niveaus. Verantwoording moet veel meer ingebed in de praktijk plaatsvinden. Dit kan wanneer zorgverleners anderen uitnodigen om feedback te geven en mee te denken.
4. *Wanneer?* Onderdeel van een leerproces, met de blik naar voren. De focus moet meer op de toekomst komen te liggen en hoe het beter kan, in plaats van op het verleden en wat er toen is gebeurd. Complexiteit vraagt daarnaast om een natuurlijkere inbedding van verantwoording in een iteratief leerproces: samendoen, reflecteren en de plannen bijstellen. De uitkomst van dit leerproces is onvoorspelbaar en wordt mede bepaald door de interactie tussen betrokkenen.
5. *Hoe?* Gesprek op basis van verschillende informatiebronnen. Het afleggen van verantwoording vindt plaats op basis van meerdere informatiebronnen en inbreng van meerdere actoren: van zorgverleners zelf, maar ook van patiënten, cliënten en andere betrokkenen zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), maar ook verzekeraars en collega-instellingen. Het is effectiever om op basis van onvolledige informatie in gesprek te gaan, dan te blijven zoeken naar de ideale dataset. Ook is het van belang dat er een open gesprek plaatsvindt. Het heersende idee dat transparantie gelijkstaat aan volledige openbaarheid staat dit nu vaak in de weg.

Verantwoording afleggen langs deze beginselen draagt volgens de Raad bij aan goede zorg en aan een continue praktijk van leren en verbeteren, waarbij het vertrouwen tussen betrokken partijen zal toenemen. Het stelt zorgverleners in staat om op basis van feedback de eigen werkwijzen aan te passen of anderen te laten zien hoe het ook kan; het draagt bij aan gezamenlijke besluitvorming door zorgvrager en zorgverlener; het zorgt ervoor dat zorgprofessionals kunnen inspelen op de specifieke context van de zorgvraag; het draagt bij aan zingeving voor professional en zorgvragers; het verhoogt het werkplezier; en tenslotte verplicht het zorgverleners de argumenten voor hun keuzes te expliciteren.

De dilemma's binnen de kleinschalige zorg, zoals beschreven in het tweede hoofdstuk, sluiten aan op de bevindingen van de Raad van Gezondheid & Samenleving. De BVKZ kan zich van daaruit ook vinden in de hierboven genoemde vijf grondbeginselen. De huidige manier waarop de zorginkoop en de externe controle is georganiseerd zorgen ervoor dat veel kleinschalige aanbieders kiezen voor een weg waarbij ze zo veel mogelijk uit het grote verantwoordingsweb blijven. Ze kiezen binnen de Zvw en Wlz gefinancierde zorg voor het leveren van niet gecontracteerde zorg of zorg via PGB. Door de laagdrempelige manier van aanbesteden wordt er binnen de Jw en Wmo wel vaker gekozen voor het leveren van ZIN. Echter ook in deze financieringsvormen leidt de steeds groter en complexer wordende informatievraag vanuit de gemeenten tot steeds meer weerstand bij kleinschalige aanbieders. Het overgrote deel van de kleinschalige aanbieders vindt dat het verantwoorden van de juiste besteding van middelen aan kwalitatief hoogwaardige zorg de normaalste zaak van de wereld. Echter doordat zij de waarde niet zien van de huidige verantwoordingsystematiek kiezen zij voor alternatieve wegen waar er minder verantwoordingsdruk ligt. Het gebruikmaken van deze mogelijkheden zorgt voor een oncomfortabel gevoel bij financiers en externe toezichthouders omdat er gevoelsmatig minder grip is op



de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg. Dit komt niet ten goede van het onderlinge vertrouwen tussen de betrokken partijen.

### 3.1 De weg naar meer kwaliteit en continuïteit

De BVKZ ziet het als haar taak om de pluriformiteit binnen het Nederlandse zorgstelsel te bewaken. Het zorgaanbod van de kleinschalige aanbieders verrijkt het zorglandschap. Het is van groot belang om te allen tijde de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en rechtmatigheid transparant in beeld te brengen zodat er gewerkt kan worden aan het vertrouwen binnen de keten. Het opzetten van een passend verantwoordingsmodel voor kleinschalige aanbieders dat comfort biedt aan financiers en externe toezichthouders maar zijn oorsprong heeft vanuit 'de bedoeling' is hierbij de belangrijkste stap. Voor het maken van deze stap zijn, volgens de Raad van Gezondheid & Maatschappij, de zorgverleners nu aan zet. De BVKZ pakt deze handschoen graag, namens de kleinschalige zorg op. Het nieuwe verantwoordingsmodel dient van intern naar extern te werken waarbij de zorgverlener haar professionele verantwoordelijkheid oppakt en open staat voor een continu verbeterproces dat gevoed kan worden door feedback vanuit de externe omgeving. Het dient het comfort bij de financiers en externe toezichthouders te vergroten zodat er gebouwd kan worden aan vertrouwen binnen de keten. Een keten waarin continu verbeteren vanuit alle partijen centraal staat. Dit verbeteren heeft tot doel om, de in de wetgeving vastgelegde waarden, vanuit het perspectief van de zorgvrager recht te doen.

Met de introductie van het 10-puntenkader PGB is het goed mogelijk dat cliënten niet goed kunnen aantonen dat ze een PGB kunnen beheren en daarmee gedwongen worden over te stappen naar Zorg in Natura. Deze cliënten geven echter de voorkeur aan kleinschalige zorg geleverd door zorgaanbieders die om in dit document beschreven redenen, (nog) geen contract voor ZIN zijn aangegaan.

De BVKZ wil hieraan een invulling geven vanuit een aantal concrete stappen:

#### **1. Het opzetten van een kwaliteitskader voor kleinschalige zorg (PGB, ongecontracteerd).**

Dit kwaliteitskader moet toepasbaar zijn op de verschillende financieringsstromen. In dit kwaliteitskader dient de inhoudelijke focus te liggen op het niveau van interne aandacht voor leren en verbeteren en niet op interne processen. De BVKZ ziet het als haar taak om op dit vlak een lerend netwerk voor haar leden te creëren en faciliteren. Het netwerk faciliteert het continu verbeteren bij de kleinschalige zorgaanbieders. Het nieuwe kwaliteitskader moet de zorgverlener passen als een jas en voldoende comfort geven aan financiers en externe toezichthouders. De belangrijke waarden voor beide perspectieven dienen hierin meegenomen te worden zonder 'de bedoeling' te verliezen.

#### **2. Het ontwikkelen van een leveringsvorm voor kleinschalige zorg.**

De BVKZ wil zich inspannen om met partijen te komen tot een nieuwe leveringsvorm (Zorg in natura binnen Wlz, Wmo en Jw) passend bij kleinschalige zorg. Deze leveringsvorm kan het wegvallen van een deel van de ongewenst niet gecontracteerde zorg en zorg via PGB vervangen. Bij deze leveringsvorm behoudt de client zijn regie (zoals bij PGB). Tevens dient deze leveringsvorm een groot gedeelte van de, door kleinschalige zorgaanbieders, ervaren (toetredings)drempels tot gecontracteerde zorg weg te nemen. De BVKZ is van mening dat het aangaan van contracten tussen financiers en zorgverleners sterk bij kan dragen aan het opbouwen van vertrouwen tussen de betrokken partijen. Het ontstaan van deze contractuele relatie biedt de ruimte om met elkaar in gesprek te gaan over het continue verbeterproces. Hierbij dient niet het aanleveren van de huidige verantwoordingsinformatie centraal te staan, maar de

dialogo over de afwegingen tussen de verschillende waarden die in de dagelijkse praktijk gemaakt worden. Hierbij dient er een open houding te zijn vanuit de zorgverlener met betrekking tot de feedback die wordt gegeven. Binnen de leveringsvorm kleinschalige zorg dient een nog te ontwikkelen kwaliteitskader voor kleinschalige zorg toegepast te worden ten behoeve van kwaliteitsborging en -verantwoording.

### **3. Het opzetten van een uniform financieel verantwoordingsmodel voor kleinschalige zorg.**

Het transparant maken van de besteding van maatschappelijke middelen, door middel van een financiële rapportage, kan bijdragen aan het terugwinnen van het vertrouwen bij financiers, controlerende instanties en de maatschappij. Deze gegevens dienen uniform weergegeven te worden waarbij de juistheid getoetst wordt door een onafhankelijke derde (bijvoorbeeld een accountant). De BVKZ wil in samenspraak met specialisten uit de financiële sector en zorgaanbieders onderzoeken op welke wijze dit laagdrempelig kan waarbij er procentueel niet te veel maatschappelijk geld wegvloeit in het controleapparaat.

### **4. Het opstellen van een governance code voor kleinschalige zorg**

Deze governance code voor kleinschalige zorg biedt transparantie over toezicht, bestuur, kwaliteit en financiële middelen. De BVKZ is een voorstander van de gewenste transparantie ten aanzien van de inhoud en financiering van zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd ziet de BVKZ hierbij wel een uitdaging voor de kleinschalige aanbieders om aan de randvoorwaarden en uitgangspunten in lijn met de huidige zorgbrede governance code te acteren. Bij de implementatie van de huidige governance code lopen de kleinschalige aanbieders veelal aan tegen verschillen in de juridische organisatievorm (bijvoorbeeld verschillen in zeggenschap tussen stichtingen en BV's) en noodzakelijke schaalgrootte om de code in te kunnen vullen. BVKZ wil graag onderzoeken of en zo ja, hoe ze kan komen tot een governance code kleinschalige zorg zonder afbreuk te doen aan de oorspronkelijke gedachten van de zorgbrede governance code.

## 3.2 Persoonsvolgende bekostiging

Naast bovengenoemde zaken speelt er binnen het zorglandschap nog een thema dat de BVKZ met grote belangstelling volgt: de wijze van financiering en de rol van de cliënt hierin. In welke mate kan de cliënt zelf een grote rol spelen bij de invulling van zijn ondersteuning zonder dat daarbij een PGB-financiering noodzakelijk is. BVKZ ziet een nadrukkelijke tendens op de wijze waarop over het PGB wordt gesproken. Niet zelden wordt een PGB-financiering door de maatschappij onterecht als malversatie gezien, zonder dat hierbij gekeken wordt vanuit het perspectief van de cliënt.

BVKZ is dan ook verheugd om te constateren dat de Minister in zijn kamerbrief 'Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg' van 8 juli 2019 aangeeft dat de begrippen **Persoonsvolgende zorg en persoonsvolgende bekostiging** vaak door elkaar worden gebruikt. "De minister geeft aan dat *Persoonsvolgende zorg* een verzamelbegrip is waarmee bedoeld is dat het beschikbare zorgaanbod moet aansluiten op de wensen van de cliënt, en daarmee persoonsvolgend moet zijn. Dit kan worden gerealiseerd door de juiste randvoorwaarden te bieden in de bekostiging van de zorg (persoonsvolgende inkoop), door voldoende keuzevrijheid in het aanbod en door goede cliëntondersteuning en informatie. Als een cliënt eenmaal in zorg is, moet de zorg persoonsvolgend zijn georganiseerd. Dit kan worden

gerealiseerd door goed rekening te houden met de wensen van de cliënten tijdens de zorgverlening. Een specifieke manier om dit te doen is om de cliënt zelf de beschikking te geven over het beschikbare budget. Dit wordt vaak *persoonsvolgende bekostiging* in een organisatie genoemd. Het experiment persoonsvolgende zorg heeft mooie resultaten. Kortom, er is volgens de Minister een goede beweging naar meer persoonsvolgende zorg op gang gebracht. Het experiment heeft tegelijkertijd ook zichtbaar gemaakt waar het nog aan ontbreekt en waarop de komende jaren verder ingezet moet worden. Van belang hierbij is volgens de Minister ook de blijvende aandacht voor inkoopende partijen hoe persoonsvolgende zorg te kunnen inkopen.

Ook de BVKZ ziet een belangrijke aanjaagfunctie. Veel van de leden van de BVKZ willen graag bijdragen aan de introductie van een transparante vorm van persoonsvolgendheid. De BVKZ wil aanbieden om de opgedane kennis en ervaring van de uitgevoerde experimenten te vertalen naar een manier waarbij op een persoonsvolgende wijze gecontracteerd kan worden met kleinschalige zorgaanbieders via een nieuwe leveringsvorm kleinschalige zorg.

## Literatuurlijst

Actiz (2014). Anders verantwoord: inzichten en ankerpunten. Manifest uit het Actiz werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn. Utrecht: Actiz.

Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.

Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E., Verplanke, L. (2018). De verhuizing van de verzorgingstaat. Amsterdam: Van Genneep.

De Argumentenfabriek (2017). Welke waarden vinden mensen belangrijk in de zorg? Amsterdam: De Argumentenfabriek/Zorgverzekeraars Nederland. Geraadpleegd via <https://www.argumentenfabriek.nl/media/2635/waardenmatrixboek.pdf>.

De Blok, J., Suichies, H., L. Vogelpoel & T. Jansen (2016). Het kleine alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie. Culemborg: Stichting Beroepseer.

Goossensen A. & en Baart A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg. Kwaliteit in zorg, nummer 6, p 5-7.

Graas D., Klein, A., Stevens, J. & Jansen, T. (2018). Écht doen wat nodig is. Utrecht: Stichting Beroepseer.

Hart, W. (2017). Anders vasthouden. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet Management.

Hart, W., & Buiting, M. (2012). Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling. Deventer: Kluwer.

Terra A., (2019). White paper: de positie en betekenis van kleinschaligheid in de zorg. Deventer.

Raad Volksgezondheid & Samenleving. Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag.

Zegers, M., G. Welker & G. Gerritsen (2016). Van wantrouwen naar vertrouwen en waardegedreven zorg. Kwaliteit in zorg, vol. 2016, nr. 6, p. 4-9.

## Bijlage 1: samenvatting rapport organisatiescans BVKZ

### Doel organisatiescans

De Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) is van mening dat kleinschalige zorg, naast de grote aanbieders, veel toegevoegde waarde heeft voor de sector in het algemeen en voor de cliënten en zorgprofessionals in het bijzonder. Zij gelooft in de kracht van kleinschalige zorgverlening en is van mening dat kleinschalige zorg het Nederlandse zorglandschap blijvend verrijkt, nu en in de toekomst!

Om de positie van de kleinschalige zorg binnen het Nederlandse stelsel te kunnen behouden of zelfs te versterken heeft de BVKZ een scherp inzicht in het huidige kleinschalige aanbod. Hiervoor heeft de BVKZ gekozen om organisatiescans te laten uitvoeren bij een dwarsdoorsnede van haar leden. Het doel van de organisatiescans is het in beeld brengen van de huidige 'kwaliteit van organisatie' binnen de kleinschalige zorg en het constateren van mogelijke verbeterpunten. Op basis hiervan kan er gewerkt worden aan verdere professionalisering.

De uitgevoerde organisatiescans zijn belangrijke input voor een bredere verkenning van de BVKZ naar mogelijkheden om kleinschalige zorgorganisaties vanuit hun unieke kracht verder te laten professionaliseren.

### Deelnemende organisaties

Het doel van de organisatiescans voor de BVKZ is het in beeld brengen van de huidige 'kwaliteit van organisatie' binnen de kleinschalige zorg en het constateren van mogelijke verbeterpunten. Omdat het kleinschalig zorgaanbod erg divers is, heeft de BVKZ ervoor gekozen om door middel van een getrapte steekproef, een zo goed mogelijke dwarsdoorsnede van haar leden te krijgen. Hierbij is rekening gehouden met organisatiegrootte, financieringsvorm en zorgvorm.

De BVKZ heeft de leden die naar voren kwamen uit de steekproef benaderd met de vraag of zij open stonden voor de uitvoering van de organisatiescan. Het overgrote deel stond hiervoor open. Organisaties die niet wilden deelnemen gaven als belangrijkste reden tijdgebrek aan.

Onderstaande tabel bevat informatie over de organisaties waarbij een organisatiescan is uitgevoerd.

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemende organisaties

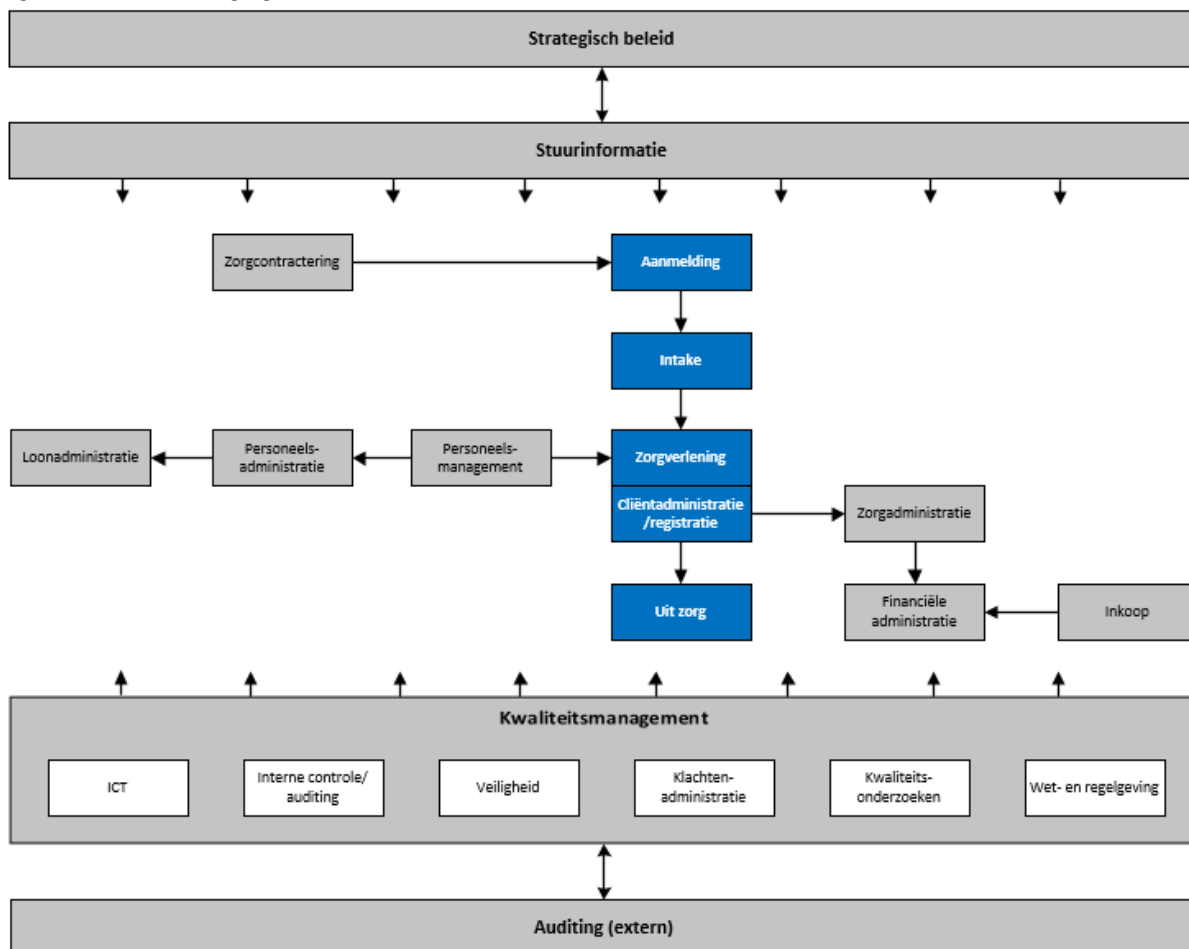
Informatie	
Aantal organisaties > 3 fte	15
Aantal organisaties < 3 fte	4
Aantal medewerkers	1 - 49
Aantal cliënten	6 - 170
Zorgvormen	Verblijf, dagbesteding, (ambulante) begeleiding, naschoolse opvang, logeren, huishoudelijke ondersteuning, thuiszorg
Financieringsvormen	Wlz-ZIN, Wlz-PGB, Jw-ZIN, Jw-PGB, Wmo-ZIN, Wmo-PGB, Particulier, ongecontracteerde zorg, subsidies

## Opbouw bedrijfsscan

Om de huidige 'kwaliteit van organisatie' in beeld te brengen heeft Vandaag Zorgvernieuwing een organisatiescan ontwikkeld. Deze organisatiescan past goed bij de kleinschalige zorg omdat deze opgezet is vanuit 'de bedoeling'. In de visie van Vandaag Zorgvernieuwing wordt de werkelijke kwaliteit van zorg geleverd door de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener. Om zorgverleners optimaal te faciliteren in dit proces én financiers en overige stakeholders grip te geven op de juiste besteding van maatschappelijke middelen, dienen zorgorganisaties de randvoorwaarden goed te organiseren.

In onderstaande figuur wordt de structuur van de organisatiescan weergegeven. Het primaire proces (blauw) is het hart van iedere zorgorganisatie. Het draait hierbij om de instroom, doorstroom en uitstroom van zorgvragers. Alle activiteiten die hierop betrekking hebben, worden gezien als het primaire zorgproces. Dit is het startpunt van de organisatiescan. Direct gekoppeld aan het primaire proces zijn de secundaire processen 'Administratie', 'Personeelsmanagement' en 'Zorgcontractering'. Deze worden in de tweede fase van de organisatiescan besproken. Daarnaast wordt er ingegaan op overstijgende secundaire processen 'Kwaliteitsmanagement', 'Auditing', 'Stuurinformatie' en 'Strategisch beleid'.

Figuur 1: Processen Zorgorganisatie



Het belangrijkste onderdeel in de uitvoering van de organisatiescan betreft de interviews welke uitgevoerd zijn door de adviseur(s). Zij gaan in gesprek met de betrokken medewerkers van de organisatie. Binnen kleinschalige zorgorganisaties betreft dit meestal de eigenaren, bestuurders en/of beleidsmedewerkers.

Naast de interviews worden er ook beleidsdocumenten, jaarstukken en websites opgevraagd, bekeken en geanalyseerd door de adviseurs. Deze gegevens worden voorafgaand aan de interviews aangeleverd door de betrokken organisaties. Indien er tijdens de interviews zaken naar voren komen die nadere uitleg behoeven, worden er aanvullende documenten nagestuurd.

Vanuit de verkregen input stellen de adviseurs een adviesrapport op waarin de bevindingen met betrekking tot de beschreven primaire en secundaire processen staan. In deze rapportage worden de zorgorganisaties bewust gemaakt van hun verbeterpotentieel en worden concrete verbetermaatregelen voorgedragen.

## Onderzoeksresultaten

### Algemene resultaten

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de deelnemende zorgorganisaties de bedrijfsvoering voldoende op orde hebben. Zorg wordt geleverd vanuit 'de bedoeling'. Hieronder wordt verstaan dat de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener centraal staat. De beschreven platte structuur van de zorgorganisaties is ook in de praktijk aanwezig. Dit draagt bij aan de open feedbackcultuur en de lerende organisatie, welke veel zorgorganisaties nastreven. Er wordt ervaren dat medewerkers intrinsiek gemotiveerd zijn om de best passende zorg voor de cliënt te leveren, rekening houdend met de gestelde randvoorwaarden.

### Specifieke resultaten

#### *Primaire proces*

Binnen het primaire proces ligt de aandacht op de cliënt. Er wordt goed gekeken of de geboden zorg aansluit bij de behoeften en de persoonlijke wensen van de persoon. De organisaties streven hierbij naar regelarme zorg. Er vindt over het algemeen inhoudelijk goede verslaglegging plaats met betrekking tot de zorg. Hierbij worden echter bij een groot gedeelte van de organisaties de mogelijkheden van de aanwezig elektronische cliënten dossiers (ECD) niet volledig benut. Beter gebruik kan de aantoonbaarheid van de kwaliteit van de geleverde zorg vergroten.

#### *Financiële administratie*

De financiële administratie wordt door de meeste organisaties uitbesteed. Hierdoor is deze over het algemeen op orde. Opvallend is dat het overgrote deel van de organisaties geen inzicht heeft in de actuele financiële situatie. Hierdoor is het sturen op basis van financiële variabelen lastig. Het verder automatiseren van het financieel administratieve proces kan ervoor zorgen dat dit probleem opgelost wordt.

#### *Personeel*

De bezochte organisaties beschikken over juist gekwalificeerde personeel. Organisaties merken dat het werven van gekwalificeerde medewerkers lastig wordt. Bij het grootste gedeelte van organisaties is interne en externe scholing nog niet structureel ingeregeld. Het beter inregelen van opleidingen en

intervisie is aan te bevelen. Binnen het aspect loonadministratie kan automatisering voor verdere (administratieve) lastenverlichting zorgen.

#### *Zorgcontractering*

Ongecontracteerde zorg is nog altijd in trek bij zorgorganisaties. Dit heeft te maken met de vrijheden die deze vorm van zorgverlening met zich meebrengt, maar zeker ook met de administratieve lasten welke ervaren worden bij zorgcontractering. Er is vaak onvoldoende kennis over zorgcontractering in de organisatie aanwezig. Het gebrek aan kennis, in combinatie met de ervaren administratieve lasten, zorgt ervoor dat zorgorganisaties vaak ongecontracteerd blijven.

#### *Kwaliteit*

Binnen de zorgorganisaties wordt continu gewerkt aan kwaliteit binnen de organisatie op niveau te houden en het verbeteren hiervan. Dit vertaalt zich in de aanwezigheid van kwaliteitskeurmerken. De nadruk binnen het kwaliteitsmanagement ligt voornamelijk op het primaire zorgproces. Bij verschillende organisaties mist er een duidelijke structuur en planning. Ook in de bewijsvoering (verslaglegging) kunnen er over het algemeen veelal zaken verbeterd worden. Hierbij kan verdere automatisering zeker bijdragen aan verbetering.

#### *Stuurinformatie en auditing*

Binnen het overgrote deel van de organisaties beschikt de directie niet over concrete en actuele stuurinformatie. Er wordt nog veel gestuurd op basis van gevoel en 'banksaldo'. Door de beperkte schaalgrootte leidt dit in de meeste gevallen niet tot problemen. Het intern auditten van processen gebeurt maar zeer beperkt. De niet optimale inrichting van de aanwezige digitale systemen maakt de uitvoering van beide processen lastig. Een gedeelte van de organisaties kan met kleine aanpassingen de ervaren knelpunten oplossen.

#### *Strategisch beleid*

Het strategisch beleid is belegd bij de eigenaren. Zij werken op basis van een eigen visie. Deze staat in de meeste gevallen niet concreet op papier. Vanuit de gesprekken laten de meeste eigenaren wel blijken een helder beeld te hebben van de ontwikkelingen in de markt en hun eigen ambities. De ondernemende houding van de eigenaren zorgt bij de meeste organisaties ervoor dat zij goed acteren op kansen en bedreigingen uit de markt.

#### *Conclusies*

Concluderend kan gesteld worden dat de basis in orde is, maar dat de bezochte zorgaanbieders hun processen, bevestigd in de organisatiescans, nog niet geheel op orde hebben en verder kunnen verbeteren. Zorgaanbieders willen graag verder professionaliseren, maar geven aan dat vooral het gebrek aan kennis, kunde, inzicht, tijd en geld de knelpunten zijn. Ondanks de nog te nemen verbeterstappen, kan geconcludeerd worden dat er een stabiele basis is om de continuïteit van zorg te garanderen. Zorgaanbieders zijn intrinsiek gemotiveerd om vanuit de juiste bedoelingen en met passie de best passende zorg voor de cliënt te leveren.