

Berenschot



Nederlandse
Zorgautoriteit

COMPLIANCE HANDVATTEN

Voor zorgaanbieders van
intra- en extramurale
verpleging en verzorging



Compliant registreren en declareren

***Handvatten voor zorgaanbieders van intra- en
extramurale verpleging en verzorging***

drs. M.R. van Baalen MSc, arts niet praktiserend
drs. M. van Veenendaal, MD, kinderarts niet praktiserend
drs. M. Synhaeve, MA
M. Carp, MSc

April 2017

Lijst met afkortingen

AIV	Advies, instructie, voorlichting	P&C	Planning en Control
AO/IC	Administratieve organisatie en interne controle	Pgb	Persoonsgebonden budget
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	PDCA	Plan-Do-Check-Act
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie	SVB	Sociale Verzekeringsbank
BoZ	Brancheorganisaties zorg	TBV	Taken-bevoegdheden-verantwoordelijkheden
BKZ	Budgettair kader zorg	VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
BSN	Burgerservicenummer	V&V	Verpleging en verzorging
BTN	Branchebelang Thuiszorg	VPT	Volledig Pakket Thuis
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg	WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
ECD	Elektronisch cliëntendossier	Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	Wlz	Wet langdurige zorg
GHZ	Gehandicaptenzorg	ZiNL	Zorginstituut Nederland
Hvk	Wet Huis voor klokkenluiders	Zin	Zorg in natura
KPI	Key Performance Indicator	ZN	Zorgverzekeraars Nederland
MPT	Modulair Pakket Thuis	Zvw	Zorgverzekeringswet
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	ZZP	Zorgzwaartepakket

Begripsverheldering

Thuiszorg

Thuiszorg is zorg die in de thuissituatie (extramuraal) geleverd wordt en kan vallen onder zowel de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De **thuiszorg die onder de Wlz** valt betreft verplegende, verzorgende en begeleidende zorg voor mensen die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Het gaat vooral om ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. Deze zorg wordt geleverd als onderdeel van 'Volledig Pakket Thuis' (VPT) of 'Modulair Pakket Thuis' (MPT).

De **thuiszorg die onder de Zvw** valt betreft 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Voorwaarde is dat er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Het doel is deze zorg dicht bij andere eerstelijnszorg en het sociale domein te positioneren. Samen met de huisartsenzorg is deze 'verpleging in de wijk' erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking. Het gaat om verpleging en persoonlijke verzorging 'aan het lijf'.

De **thuiszorg die onder de Wmo** valt betreft huishoudelijke hulp en individuele begeleiding ('niet aan het lijf').

Om gebruik te maken van thuiszorg is een indicatiestelling (Wlz en Zvw) of een beschikking (Wmo) nodig. Om begripsverwarring te voorkomen, wordt in dit rapport de term 'thuiszorg' niet meer gebruikt, maar alleen de specifieke zorg-term behorende bij een van de domeinen Wlz, Zvw of Wmo.

Langdurige zorg.

Mensen met een Wlz-indicatie kunnen vanuit de Wlz langdurig verplegende, verzorgende en/of begeleidende zorg krijgen. Deze zorg wordt niet alleen geleverd in de V&V-sector, maar ook in de Gehandicaptenzorg (GHZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)¹. Deze zorg kan in een instelling of thuis geleverd worden. Wlz-zorg in een instelling wordt bekostigd met behulp van zorgzwaartepakketten (zpz's), tegenwoordig zorgprofielen genoemd. Wlz-zorg thuis wordt bekostigd 'in natura' (via VPT of MPT) of met een persoonsgebonden budget (pgb).

Om in aanmerking te komen voor langdurige zorg vanuit de Wlz is indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Deze indicatiestelling kan worden aangevraagd door de cliënt zelf of door een door de cliënt gemachtigde zorgaanbieder.

¹ Het CIZ deelt dit op in totaal zeven sectoren met eigen zorgprofielen. Zie ook: <https://www.ciz.nl/voor-professionals/beleidsregels-wlz/Paginas/zorgprofielen-en-subsidieregelingen.aspx>

Verpleging thuis versus persoonlijke verzorging thuis.

Als het gaat om verpleging en persoonlijke verzorging thuis die verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, dan wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw. Onder specifiek verpleging thuis wordt zorg verstaan die alleen geleverd mag worden door een verpleegkundige. Persoonlijke verzorging thuis betreft de zorg die een persoon normaal als zelfzorg zou uitvoeren, maar hier gerelateerd is aan het verpleegkundige handelen. Deze persoonlijke verzorging kan geleverd worden door zowel een verpleegkundige als een verzorgende en geregistreerd volgens de prestatie persoonlijke verzorging. Goed om te realiseren dat er dus geen één-op-één relatie is tussen de termen 'verpleging' en 'verzorging' en de functie-indeling 'verpleegkundige' en 'verzorgende'.

Een klein percentage van alle persoonlijke verzorging (5%) ligt in het verlengde van de begeleiding die vanuit de Wmo geleverd wordt. Deze persoonlijke verzorging wordt dan bekostigd vanuit de Wmo.

Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT).

Medisch specialistische verpleging thuis betreft verpleegkundige zorg in de thuissituatie die door een verpleegkundige in opdracht en onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist geboden wordt. De medisch specialist stelt de indicatie. Ook deze zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw.

Verpleegkundig wijkgericht werken.

Een verpleegkundige kan preventieve en coördinerende taken *in de wijk* uitvoeren die *niet-cliëntgebonden* zijn. Een verpleegkundige voert ook taken uit in de thuissituatie. Hier gaat het dan om *cliëntgebonden* V&V. Er ontstaat soms spraakverwarring omdat beide regelmatig worden aangeduid als werk van een wijkverpleegkundige. Dit rapport onderscheidt daarom expliciet de verpleegkundige inzet thuis en het werk van een verpleegkundige in het kader van 'wijkgericht werken'.

Om de integraliteit van zorg door een verpleegkundige (thuis en in de wijk) meer te borgen, valt de bekostiging van wijkgericht werken door zorgverzekeraars vanuit de Zvw per 1-1-2017 onder de prestatie 'beloning op maat'. Over de prestatie 'beloning op maat' moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifiek contractuele afspraken maken. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid over de afspraken af te stemmen².



Managementsamenvatting

Kwalitatief goede zorg en ondersteuning bieden en daarmee een betekenisvolle bijdrage leveren aan het leven van de cliënt, dat is het primaire streven van zorgaanbieders. Om dat te realiseren ontvangen zorgaanbieders van intra- en extramurale verpleging en verzorging, de primaire doelgroep van dit onderzoek, sinds 1 januari 2015 financiering vanuit verschillende bronnen: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een zorgaanbieder maakt afspraken met zorgverzekeraars (Zvw), zorgkantoren (Wlz) en/of gemeenten (Wmo).

Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij de zorg compliant dienen te registreren en declareren, oftewel: in lijn met bestaande wet- en regelgeving. In basis zijn de regels voor het registreren en declareren van de intra- en extramurale verpleging en verzorging te overzien. Wat echter het registreren en declareren van zorg voor zorgaanbieders sinds 2015 uitdagend maakt, is ten eerste de toename van het aantal contractpartijen. Daar waar deze zorgaanbieders vóór 2015 met maar één of enkele zorgkantoren te maken hadden, hebben zij nu ook te maken met verschillende zorgverzekeraars en vele gemeenten als contractpartij. Ten tweede werken veel contractpartijen ook nog met verschillende specificaties van de regels, terwijl veel zorgaanbieders nog bezig zijn om hun organisatie aan te passen aan de hervorming van de langdurige zorg per 1 januari 2015.

Als toezichthouder op de Zvw en de Wlz heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) behoefte aan inzicht in de ontwikkelingen van de compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg. Uit gesprekken van de NZa met veldpartijen blijkt dat die behoefte gedeeld wordt. De sector wil stappen zetten in de ontwikkeling van de complianceprogramma's. Om de sector te helpen deze stappen te zetten heeft de NZa Berenschot gevraagd om inzichtelijk te maken welke stappen zorgaanbieders kunnen zetten om hun complianceprogramma te verbeteren. Dit in lijn met het door de sector enthousiast ontvangen rapport 'Compliant registreren en declareren van ziekenhuiszorg. Van erkend probleem tot gedeelte ambitie' (NZa, 2016). Bij de uitvoering van deze opdracht zijn gesprekken gevoerd met kleine, middelgrote en grote zorgaanbieders en hun brancheverenigingen, met zorgverzekeraars en zorgkantoren en met gemeenten en met de VNG.

Op basis van deskresearch, de gesprekken en eigen expertise zijn een groot aantal handvatten geformuleerd die gebruikt kunnen worden bij het ontwikkelen van een complianceprogramma. Deze handvatten zijn uitgewerkt aan de hand van de '7S'en (strategie, structuur, systemen, stijl van leidinggeven, staf, skills en shared values) en bieden aangrijpingspunten voor het verbeteren van een complianceprogramma. Voor zorgaanbieders kunnen verschillende handvatten relevant zijn. Voor een grote zorgaanbieder kan het relevant zijn om ze allemaal integraal toe te passen. Voor een hele kleine zorgaanbieder zijn ze allemaal conceptueel relevant, maar zal de toepassing anders moeten zijn. Het is aan de zorgaanbieders om rijkelijk uit de handvatten te putten.

De geboden handvatten stellen zowel grote als kleine zorgaanbieders in staat om een geïntegreerd en geïnternaliseerd complianceprogramma te ontwikkelen ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	13
1.1 De NZa en de sector: een gezamenlijke ambitie	13
1.2 Doelstelling van het onderzoek en opdracht aan Berenschot.....	14
1.3 Afbakening van het onderzoek.....	15
1.4 Aanpak en verantwoording	15
1.5 Bereidheid in de sector om bij te dragen aan het onderzoek	16
1.6 Leeswijzer	17
2. Context	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De V&V vanuit verschillende wetten	21
2.3 Met in basis gelijksoortige registratie- en declaratieregels, de uitvoering varieert	25
2.4 Waarbij iedere zorgaanbieder, groot of klein, een robuust complianceprogramma nodig heeft	27
3. Waar staan de geïnterviewde zorgaanbieders nu?	29
3.1 Alle zorgaanbieders, groot én klein, willen bijdragen aan het gezamenlijk doel.....	30
3.2 Maar de ontwikkeling van de complianceprogramma's verschilt enorm	30
3.3 De regels zijn niet complex, transformatie van systemen, stijl en skills wel	32
3.4 Wat is de rode draad per 'S' in de sector?	33
3.4.1 Strategie.....	33
3.4.2 Structuur	34
3.4.3 Systemen	35
3.4.4 Stijl	38
3.4.5 Staf	39
3.4.6 Skills	40
3.4.7 Shared values.....	41

4.	Handvatten voor zorgaanbieders	43
4.1	Strategie.....	44
4.1.1	'Begin bij de basis'	44
4.1.2	'Zo doen we dat hier'	45
4.1.3	'Niet alleen, maar samen!'	45
4.1.4	'Transparant werken in een transparante organisatie'	46
4.1.5	'Tijd maken om tijd te winnen'.....	47
4.1.6	'Sta nooit stil'	48
4.2	Structuur	48
4.2.1	Three lines of defence	49
4.2.2	Registratie aan de bron: de gouden standaard!.....	50
4.2.3	Zorgadministratie is teamwork.....	51
4.2.4	Onafhankelijk oordeel vraagt onafhankelijke positie derde lijn.....	51
4.3	Systemen	52
4.3.1	Systematische risicoanalyse als voorwaarde voor continu verbeteren	53
4.3.2	Naar één geïntegreerd ECD met automatische koppeling naar andere systemen	53
4.3.3	Afstemmen <i>binnen</i> elke line of defence.....	54
4.3.4	Afstemmen <i>tussen</i> de three lines of defence	55
4.3.5	Strategisch overleg <i>over</i> de three lines of defence	56
4.3.6	(Be)stuurrapportage(s).....	56
4.3.7	Samen verantwoordelijk betekent ook écht samen verantwoordelijk.....	57
4.3.8	Klokkenluidersregeling.....	58
4.4	Stijl	59
4.4.1	'Walk your talk'	59
4.4.2	Toezicht is meer dan toekijken	60
4.4.3	Toon professioneel (medisch, verpleegkundig en verzorgend) leiderschap.....	61
4.4.4	Kennis delen is noodzaak	61
4.4.5	Leer van fouten!	62
4.4.6	Complianceambassadeurs.....	63
4.5	Staf	64
4.5.1	Bekwaam personeel in het primaire proces	64
4.5.2	Bekwaam ondersteunend personeel.....	65
4.6	Skills.....	66
4.6.1	Nascholing zorgprofessionals.....	66
4.6.2	Nascholing zorgprofessionals in opleiding en stagiaires.....	67
4.6.3	Nascholen van het andere personeel	68
4.7	Shared values.....	68
4.7.1	Shared values: toets of de organisatie werkt met de kernwaarden.....	70
4.7.2	Shared values: zichtbaar in het handelen van medewerkers.....	70
5.	Tot slot	71
Bijlagen	77	
Bijlage 1.	Overzicht geraadpleegde bronnen.....	78
Bijlage 2.	Overzicht geïnterviewde partijen en gesprekspartners.....	82





Inleiding

1.1 De NZa en de sector: een gezamenlijke ambitie

Als toezichthouder op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) behoefte aan inzicht in de ontwikkelingen van de compliance ten aanzien van registratie en declaratie van zorg bij zorgaanbieders van intra- en extramurale verpleging en verzorging (V&V). Uit gesprekken van de NZa met veldpartijen blijkt dat die behoefte gedeeld wordt. De zorgaanbieders in de sector delen de ambitie om stappen te zetten in de ontwikkeling van hun complianceprogramma op het gebied van correct registeren en declareren van zorg. Een complianceprogramma waarmee zij de compliance ten aanzien van het van correct registeren en declareren van zorg (beter) kunnen borgen.

De hervorming van de langdurige zorg heeft het borgen van de compliance door zorgaanbieders complexer gemaakt. Ten eerste is de transitie op zichzelf voor zorgaanbieders een grote verandering. Zij kregen per 1 januari 2015 te maken met financiering vanuit drie wetten in plaats van één en met vele contractpartijen in plaats van één of enkele³. Ten tweede waren op 1 januari 2015 nog niet alle regels en de uitvoering daarvan uitgekristalliseerd en zijn er sindsdien wijzigingen doorgevoerd. Deze wijzigingen en de doorontwikkeling van de uitvoering door de zorgverzekeraars én gemeenten maakten de basis voor zorgaanbieders nog niet stabiel. Dit heeft van zorgaanbieders veel aandacht en tijd gevraagd.

³ Naast met één of enkele zorgkantoren hebben zorgaanbieders nu ook te maken met verschillende zorgverzekeraars en vaak tientallen (soms meer dan honderd van de in totaal 390) gemeenten.

Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties, zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten, de VNG en de NZa hebben de ambitie om zorgaanbieders te helpen hun compliance ten aanzien van het correct registreren en declareren van zorg te borgen. In 2016 zijn hierop ook verschillende initiatieven ontplooid. Het voorstel van het programma ‘i-Sociaal Domein voor gemeenten en zorgaanbieders’ voor uniformering van de contractvoorwaarden via het gebruik van standaardartikelen⁴ is daar een voorbeeld van. Deze standaardartikelen kunnen gemeenten overnemen bij het opstellen van contractafspraken zodat de gekozen uitvoeringsvariant consistent kan worden toegepast. Dit maakt het eenvoudiger om de compliance te borgen. Dit leidt direct tot reductie van inzet en dus kosten voor het borgen van de compliance. Ook zorgverzekeraars zijn steeds vaker met zorgaanbieders en gemeenten in gesprek om te komen tot vereenvoudiging van de uitvoering van de regels. De uniformering van betaalcodes in Friesland is daar een voorbeeld van⁵.

Maatschappelijke investeringen in governance en compliance hebben een groter effect als veldpartijen met elkaar in gesprek zijn en acties inzetten om correct registreren en declareren (nog) beter en meer aan de voorkant te borgen. De eerste stappen zijn daarvoor gezet. De NZa ondersteunt deze partijen graag bij het verder verbeteren van hun compliance, net zoals ze dat heeft gedaan in de ziekenhuissector met het initiatief dat heeft geleid tot het rapport ‘Compliant registreren en declareren van ziekenhuiszorg. Van erkend probleem tot gedeelte ambitie’ (NZa, 2016).

1.2 Doelstelling van het onderzoek en opdracht aan Berenschot

De NZa heeft Berenschot gevraagd de kennis en ervaring opgedaan in het onderzoek voor de ziekenhuizen te benutten bij een vergelijkbaar onderzoek voor de intra- en extramurale Verpleging en Verzorging (V&V) en te komen met een gelijksoortig rapport dat aansluit bij de specifieke kenmerken en problematiek van deze sector. Hierbij is het verzoek gedaan uit te gaan van het primaire toezichtsgebied van de NZa, de Zvw en de Wlz, maar waar relevant de verbinding te leggen met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Het doel van het onderzoek is input te leveren voor zowel zorgaanbieders van alleen extramurale zorg, als zorgaanbieders van intra- en extramurale zorg. Gelet op de ontwikkelingsfase van de transitie van de verschillende domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) voor wat de V&V betreft, is een goede beschrijving van de context en de huidige situatie van waarde. Een dergelijke contextbeschrijving kan de betrokken partijen vanuit hun zeer verschillende verantwoordelijkheden helpen in de gesprekken. Dit rapport is vooral bedoeld om zorgaanbieders concrete handvatten te bieden om in hun praktijk verdere stappen te zetten in de ontwikkeling van hun complianceprogramma ten aanzien van het correct registreren en declareren van zorg.

4 <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten-waarbij-actiz-branchebelang-thuiszorg-btn-federatie-opvang-ggz-nederland-jeugdzorg-nederland-vereniging-gehandicaptenzorg-nederland-vgn-en-vereniging-nederlandse-gemeenten-vng-bij-betrokken-zijn>.

5 <https://www.defriesland.nl/over-de-friesland/actueel/nieuwsoverzicht/februari/160201/meer-handen-aan-het-friese-bed-door-uniforme-betaalcodes.aspx>

1.3 Afbakening van het onderzoek

Dit onderzoek focust op de intra- en extramurale V&V bekostigd vanuit de Zvw en de Wlz. Omdat bijna alle zorgaanbieders ook extramurale zorg leveren die bekostigd wordt vanuit de Wmo en er veel raakvlakken zijn (soms ook overlap), zowel zorginhoudelijk als in het proces van contract naar declaratie en controle, wordt dit proces vanuit de invalshoek van de zorgaanbieders ook meegenomen. De verkregen inzichten zijn ook voor aanbieders van V&V in de gehandicaptenzorg van toepassing.

De V&V die geleverd wordt in bijvoorbeeld de GGZ en Jeugdwet valt buiten de scope van dit onderzoek. Dit betreft andere domeinen dan wel andere vormen van bekostiging en dus ook andere registratie- en declaratieregels. Ook valt de pgb-bekostigde extramurale V&V buiten de scope van het onderzoek omdat het contracteren en controleren van de registratie en declaratie van een zorgaanbieder door de cliënt zelf gedaan wordt (zou moeten worden) en controle en uitbetaling plaatsvindt bij een andere partij, te weten de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Het betreft immers een directe overeenkomst tussen zorgvrager en zorgaanbieder.

1.4 Aanpak en verantwoording

Correct registreren en declareren vergt een goed samenspel tussen het primaire proces (indicatiestelling, zorghandelingen, afsluiting van het zorgtraject) en de ondersteunende processen (zorgadministratie, financiële administratie en control). Voor dit onderzoek is daarom gekozen voor een aanpak waarbij zowel bestuurders, medewerkers zorgregistratie, controllers en/of staffunctionarissen verantwoordelijk voor compliance- of audittaken en medewerkers met een beeld van het primaire proces zijn geïnterviewd.

Na literatuurstudie en een aantal verkennende interviews hebben wij bij verschillende zorgaanbieders, brancheorganisaties, zorgverzekeraars/zorgkantoren en enkele gemeenten semigestructureerde interviews afgenomen. Bij de totstandkoming van de lijst te interviewen partijen is rekening gehouden met diversiteit qua omvang, type, locatie, dienstverlening, domeinen et cetera.

Hierbij is gebruikgemaakt van een integraal opgezette vragenlijst, waarbij het 7S-model en de PDCA-cyclus als leidraad fungeerden:

Net zoals in het 'ziekenhuisrapport' (NZa, 2016) is ook hier het 7S-model van Waterman, Peters en Phillips (1980) als denkraam gebruikt. Dit model bevat alle elementen die wezenlijk zijn voor de inrichting en werking van een effectieve organisatie en de borging van correct registreren en declareren van zorg (compliance). Compliance start met een duidelijke strategie (visie/beleid), verder uitgewerkt in structuren (verantwoordelijkheden), systemen, stijlen (cultuur, tone at the top), formatie en kennis (staf, skills), alle vanuit een gezamenlijk idee over waarden (shared values). Daarnaast maken wij bij een compliance-aanpak gebruik van een leercyclus om periodiek de werking van het complianceprogramma te beoordelen en bij te stellen, de PDCA-cyclus van Deming (zie figuur 1). De combinatie van het 7S-model en de PDCA-cyclus maakt het mogelijk te komen tot handvatten voor implementatie.



Figuur 1. PDCA-cyclus en 7S-model⁶.

Tijdens de gesprekken is, afhankelijk van de functie van de gesprekspartner, dieper ingegaan op verschillende aspecten van de scope en compliance.

1.5 Bereidheid in de sector om bij te dragen aan het onderzoek

Over het algemeen waren organisaties (zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren, brancheorganisaties, gemeenten en VNG) zeer bereid om deel te nemen aan dit onderzoek. Daar waar zij dat niet waren, gaven zij aan geen prioriteit te kunnen geven aan gesprekken over dit onderwerp. Daar waar we in gesprek konden, deden organisaties hun best om de juiste gesprekspartners te vinden.

De gesprekken verliepen overwegend constructief waarbij de geïnterviewden niet alleen heel open hun verwondering (en ook frustratie) deelden, maar ook meedachten over 'hoe het beter zou kunnen' gegeven het gezamenlijke doel: borgen van de 'kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid' van de intra- en extramurale V&V.

Wij hebben deelnemers gevraagd out-of-the-box mee te denken. Over het algemeen lukte dat en is daar wat ons betreft een grote gemene deler uit te destilleren. Die grote gemene deler hebben wij verwerkt in dit rapport.

⁶ De vier activiteiten in de kwaliteitscirkel van Deming zijn: Plan-Do-Check-Act. De kern van het model is dat een medewerker op elk niveau (strategisch, tactisch en operationeel) zijn of haar activiteiten periodiek beoordeelt en verbetert. Het cyclische karakter van de PDCA-cyclus zorgt voor continue verbetering.

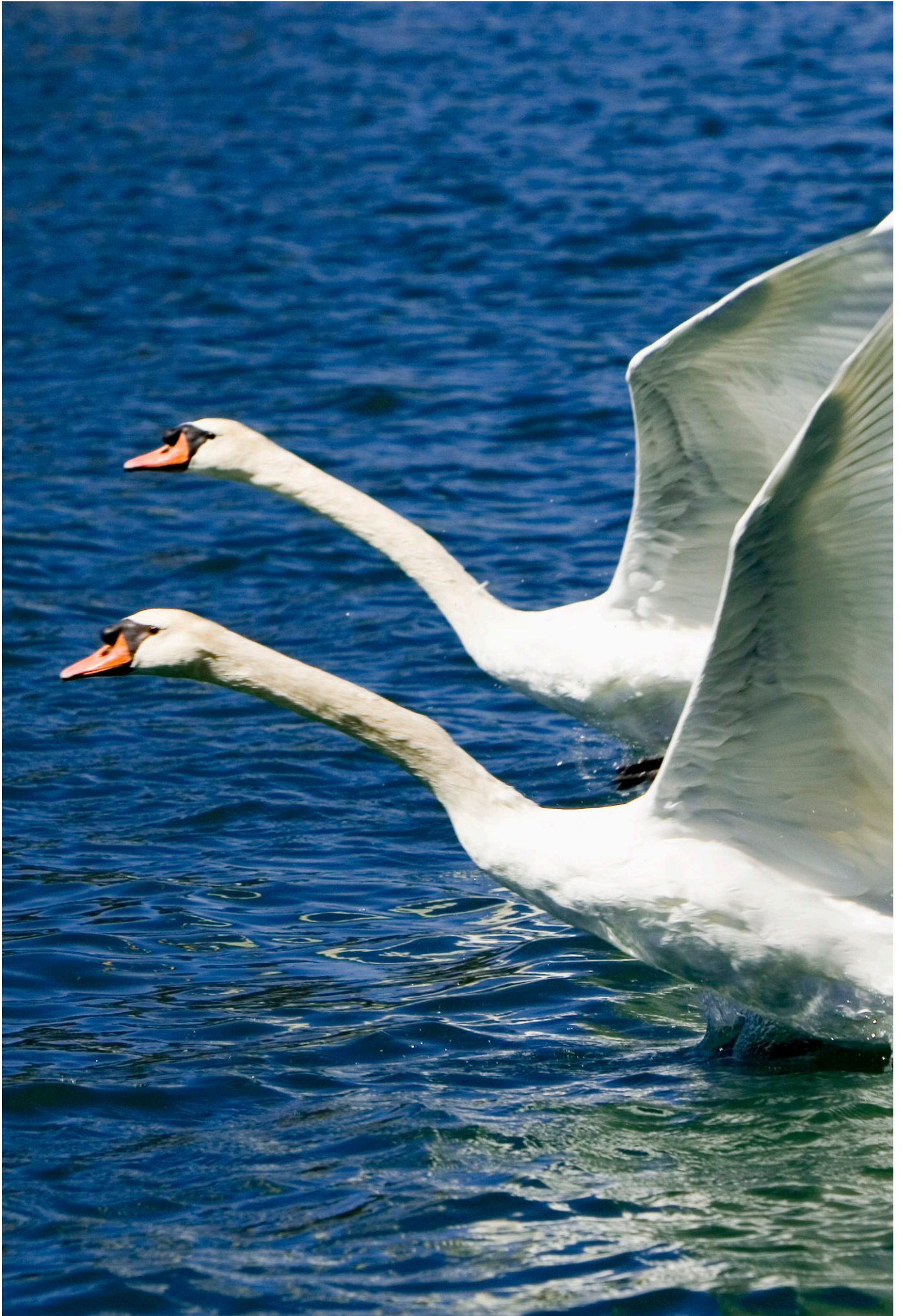
1.6 Leeswijzer

Het rapport is ingedeeld in vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat de aanleiding, doelstelling, scope en aanpak van dit onderzoek. Hoofdstuk 2 beschrijft de wet- en regelgeving voor de intra- en extramurale V&V en de toepassing in de praktijk op hoofdlijnen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de periode voor en na 2015. Het geeft voor de huidige situatie een overzicht van de verschillende zorgvormen per wet, de wijze van bekostiging en hoe deze wetten zich tot elkaar verhouden.

Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de huidige stand van zaken bij de zorgaanbieders op het gebied van compliance ten aanzien van registratie en declaratie van zorg. Aan de hand van het 7S-model (strategie, structuur, systeem, stijl, staf, skills en shared values) worden opvallende rode draden binnen de zorgaanbieders toegelicht.

Hoofdstuk 4 beschrijft concrete handvatten waarmee aanbieders van intra- en/of extramurale V&V stappen kunnen zetten om hun compliance verder te verbeteren. De handvatten zijn geordend aan de hand van de 7S'en. Voor grote zorgaanbieders zijn alle handvatten relevant. Voor middelgrote en zeker kleine zorgaanbieders zullen sommige handvatten op een passende manier moeten worden benut. Een heel kleine zorgaanbieder zal bijvoorbeeld nooit een complete *three lines of defence* kunnen inrichten. Zo'n zorgaanbieder kan het gedachtegoed van de handvatten wel benutten in het dagelijks handelen. Het is aan alle zorgaanbieders om de handvatten te beoordelen en te benutten waar zinvol.

Dit rapport eindigt met hoofdstuk 5 waarin op het doel van dit onderzoek teruggekomen wordt en enkele gedachten staan over het verder optimaliseren van compliance in de zorg en de dialoog daarover.



2

Context

In dit hoofdstuk wordt de context van dit rapport beschreven. Het hoofdstuk begint met een inleiding op de verschillende wetten (paragraaf 2.1). Daarna volgt in paragraaf 2.2 een uitgebreide toelichting op de huidige inrichting van de langdurige zorg. De verschillen per wet worden qua zorginhoud, contractering en registratie- en declaratieregels kort toegelicht. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3 nader ingegaan op een aantal raakvlakken tussen de verschillende wetten. Daarna wordt afgesloten met de bondige conclusie dat alle zorgaanbieders (groot, middelgroot of klein) aan de slag moeten om compliant te worden dan wel te blijven (paragraaf 2.4). Dit hoofdstuk biedt de opmaat naar hoofdstuk 3 dat een beeld schetst waar de geïnterviewde zorgaanbieders nu staan met hun complianceprogramma ten aanzien van het registreren en declareren van zorg.

2.1 Inleiding

Voor 2015 werd de langdurige zorg en ondersteuning, waaronder intra- en extra-murale V&V, bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2015 is de hervorming van de langdurige zorg doorgevoerd. De AWBZ verdween en de AWBZ-taken zijn ondergebracht in twee nieuwe wetten (de Wlz en de Jeugdwet) en twee gewijzigde wetten (de Wmo en de Zvw).

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor respectievelijk de uitvoering van de Zvw en de Wlz, terwijl de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet. Het speelveld voor zorgaanbieders is daarmee sterk veranderd. Zorgaanbieders kregen veelal te maken met veel meer contractpartijen en verschillende regels met impact op de benodigde inspanning om compliant te zijn ten aanzien van het registreren en declareren van zorg.

Nog steeds geldt dat alle zorgaanbieders zich dienen te houden aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) die sinds 2006 van kracht is (Wmg, 2016).

Artikel 35 Wmg verbiedt een zorgaanbieder om in strijd te handelen met het tarief- en prestatiebeleid van de NZa. Van strijdigheid is bijvoorbeeld sprake als de zorgaanbieder meer zorg in rekening brengt dan daadwerkelijk geleverd. Daarnaast zijn zorgaanbieders op grond van artikel 36 Wmg gehouden om een administratie te voeren waaruit blijkt welke zorg is geleverd, wanneer die zorg is geleverd en aan wie die zorg is geleverd. Bij overtreding van artikel 35 of 36 Wmg kan de NZa een bestuurlijke boete opleggen.

Kader 2. Artikel 35 Wmg.

Tot 2015 werd de langdurige zorg bekostigd vanuit de AWBZ. De AWBZ ontstond in 1968 en richtte zich oorspronkelijk op de bekostiging van langdurige intramurale zorg, zoals verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. In de loop der jaren werden steeds meer vormen van zorg toegevoegd. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ uit 2014 was er aanspraak op de AWBZ-zorg voor onder andere de volgende functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, (kortdurend) verblijf, vervoer, doventolkzorg, neonatale hieprijk en vaccinaties (AWBZ, 2014).

Compliant werken binnen de AWBZ werd bevorderd door registratie- en declaratievoorschriften van de NZa en door de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). De AZR regelde welke informatie de ketenpartners uitwisselden en hoe ze dat deden. De NZa-regeling bevatte declaratievoorschriften voor de AWBZ-zorg voor inzichtelijke, rechtmatige declaraties en ter voorkoming van dubbele declaraties (NZa, NR/CA-300-019).

In 2013 heeft Panteia in opdracht van de NZa (Hollander & Kok, 2013) onderzoek uitgevoerd naar de intentie tot naleving van artikel 35 Wmg bij aanbieders van extramurale zorg. Bij dit onderzoek blijkt dat 41% van de ondervraagde zorgaanbieders in het jaar voorafgaand aan het onderzoek wel eens onbewust iets onterecht in rekening heeft gebracht. Van deze zorgaanbieders zegt 2% dit weleens bewust te hebben gedaan.

Volgens de respondenten van dit onderzoek waren de meest voorkomende overtredingen: 1) het in rekening brengen van een tarief dat niet overeenkomt met de prestatiebeschrijving, 2) het declareren van meer uren zorg dan daadwerkelijk geleverd is, en 3) het declareren van een andere vorm van zorg dan geleverd is.

Kader 3. De aard van de fouten bij incorrecte registratie en declaratie van zorg in 2013.

2.2 De V&V vanuit verschillende wetten

Sinds 2015 is de AWBZ niet langer van kracht. Het doel van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning was driedelig (VWS, 2013), namelijk:

1. de kwaliteit van de langdurige zorg en ondersteuning vergroten,
2. de zelf- en samenredzaamheid van burgers versterken,
3. de financiële houdbaarheid van het stelsel veilig stellen.

Vooraf gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en zorgverzekeraars (Zvw) hebben door de hervorming langdurige zorg extra taken gekregen.

Welke 'zorg' in welke wet?

Een zorgaanbieder verleent V&V met als primair doel een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Deze zorg kan bekostigd worden vanuit de Zvw, Wlz en/of Wmo. De wetten richten zich op verschillende doelgroepen en verschillende aspecten van de zorg en ondersteuning. Onderstaande tabel biedt een overzicht van welke zorg vanuit welke wet wordt bekostigd:

ZVW	WLZ	WMO
Verpleegkundige bepaalt (indiceert), zorgverzekeraar betaalt	CIZ bepaalt (indiceert), zorgkantoor betaalt	Gemeente bepaalt (indiceert), (bijvoorbeeld medewerker sociaal wijkteam), gemeente betaalt
Prestaties⁶: <ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonlijke verzorging 2. Oproepbare verzorging 3. Verpleging 4. Oproepbare verpleging 5. Gespecialiseerde verpleging 6. Advies, instructie en voorlichting 7. Beloning op maat 8. Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg 9. Ketenzorg dementie 	Zorgprofielen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verblijf in een instelling 2. Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging 3. Geneeskundige zorg i.v.m. de aandoening of beperking 4. Algemeen geneeskundige, farmaceutische en tandheelkundige zorg 5. Gebruik mobiliteitshulpmiddelen 6. Vervoer naar begeleiding of behandeling 7. Logeeropvang 	Gangbare prestaties: <ol style="list-style-type: none"> 1. Begeleiding individueel 2. Begeleiding groep 3. Huishoudelijke hulp 4. Kortdurend verblijf 5. Beschermd wonen 6. Persoonlijke verzorging

Tabel 1. Overzicht welke zorg en ondersteuning wordt geboden vanuit welke wet.

Welke zorg vanuit welke wet?

Onderstaande tabel specificeert welke V&V vanuit welke wet bekostigd kan worden.

V&V BINNEN DE ZVW	V&V BINNEN DE WLZ	V&V BINNEN DE WMO
V&V binnen de Zvw gaat om zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' (Besluit zorgverzekering, 2016), waarbij die zorg: <ul style="list-style-type: none"> • verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, • niet gepaard gaat met verblijf, • geen kraamzorg betreft, • geen zorg voor kinderen tot achttien jaar tenzij er sprake is van complexe somatische problematiek of lichamelijke handicaps, waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid (intensieve kindzorg). 	V&V binnen de Wlz gaat in basis om een integraal pakket van zorg en verblijf voor verzekerden die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Verzekerden kunnen er ook voor kiezen dit integrale pakket thuis te krijgen. Zij kunnen dan kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb), een Volledig Pakket Thuis (vpt) of een Modulair Pakket Thuis (mpt). <p>Bij V&V binnen de Wlz gaat het om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging van blijvende aard, • en eventueel verblijf in een instelling. 	V&V binnen de Wmo omvat: <ul style="list-style-type: none"> • persoonlijke verzorging die in het verlengde ligt van de individuele begeleiding (zie ook hiervoor).

Tabel 2. V&V-zorgvormen per wet.

Vanzelfsprekend zijn er raakvlakken tussen de verschillende wetten. Een korte verdieping:

- Persoonlijke verzorging wordt zowel vanuit de Wmo als de Zvw aangeboden. De Wmo richt zich op cliënten die thuis wonen. De Zvw dekt de noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. Het gaat om ondersteuning en zorg waardoor zij zo lang mogelijk op een veilige manier thuis kunnen blijven wonen. Persoonlijke verzorging valt alleen onder de Wmo wanneer de behoefte aan persoonlijke verzorging samenhangt met de behoefte aan begeleiding. Wanneer het samenhangt met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop valt het onder de Zvw. Leidraad bij de Wmo is dat iemand zelf de verrichtingen kan uitvoeren, maar daartoe aangespoord en begeleid dient te worden, terwijl bij persoonlijke verzorging vanuit de Zvw de behoefte aan geneeskundige zorg als criterium geldt.
- De Wlz is bedoeld voor verzekerden die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben en biedt dan ook een integraal pakket aan zorg. Als er nog niet met zekerheid een blijvende zorgbehoefte is, kan zorg voor een periode uit de Zvw vergoed worden. De Wlz richt zich op kwetsbare cliënten. Als een cliënt aanspraak kan maken op de Wlz, houdt de gemeentelijke taak op grond van de Wmo in principe op. Dit geldt ook voor de aanspraak op de Zvw. De Wlz is 'voorliggend'. Hierop zijn een aantal uitzonderingen. Zo worden hulpmiddelen, woningaanpassingen en sociaal vervoer vergoed vanuit de Wmo, ook wanneer de zorg van een cliënt vanuit de Wlz wordt bekostigd⁸. De VNG zou ook deze taken graag overgeheveld zien naar de Wlz. (VNG, 2015).
- In de Wlz kan een cliënt kiezen om de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging in een instelling te ontvangen of thuis, als dit 'op een verantwoorde en doelmatige wijze' kan worden verleend. Bij zorg thuis kan de cliënt kiezen tussen 'zorg in natura' (zin) via een Volledig pakket thuis (VPT) dan wel een Modulair pakket thuis (MPT), of een zogeheten persoonsgebonden budget (pgb). Zoals eerder aangegeven valt het pgb buiten de scope van dit onderzoek.

⁸ Merk op: vóór 1 januari 2017 werd de huishoudelijke hulp voor mensen met een Wlz-indicatie vanuit de Wmo gefinancierd. Per 1 januari 2017 wordt huishoudelijke hulp voor mensen met een nieuwe Wlz-indicatie vanuit de Wlz gefinancierd. Per 1 april 2017 geldt dit ook voor mensen die al wel een Wlz-indicatie hadden op 1 januari 2017.

Wlz-zorg intra- en extramuraal

Verblijf in een instelling (NZa, CA-BR-1607c)

De cliënt ontvangt de zorg, toezicht en begeleiding die hij nodig heeft; inclusief huisvestingskosten, maaltijden en schoonhouden van de ruimte. Daarbij is er sprake van *intramurale V&V met een prestatiebekostiging per cliënt*. De prestatie is beschreven in een zorgzwaartepakket (zzp). Dit is een volledig pakket van intramurale zorg die past bij de kenmerken van de cliënt. Voor elk zzp is een maximumtarief vastgesteld. Het tarief is opgebouwd uit een gemiddelde tijdsduur per week en een vast bedrag per uur voor alle zorgvormen, exclusief verblijf en eventuele zorggebonden materiële kosten. Daarvoor geldt een vast bedrag per dag. Een aantal basisprestaties kunnen bovenop het zzp-tarief gedeclareerd worden, evenals een aantal toeslagen voor bijzondere zorg zoals de toeslag voor extreme zorgzwaarte. Bij sommige zzp's kan dagbesteding apart afgesproken worden, ook met een maximumtarief voor de prestatie. Bij andere zzp's is het onderdeel van het integrale tarief.

Volledig pakket thuis (NZa, CA-BR-1609b)

De cliënt ontvangt de zorg in natura, inclusief maaltijden, huishoudelijke hulp en dagbesteding op het niveau waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor huisvestingskosten. Er is sprake van *prestatiebekostiging per cliënt* waarbij het VPT-tarief gelijk is aan het zzp-tarief, verminderd met huisvestingskosten en behandeling die gekoppeld is aan verblijf. Indien gewenst kan de cliënt het VPT exclusief behandeling kiezen en de behandeling laten vergoeden via de prestatie 'behandeling' van het MPT. Uiteraard is de maximale vergoeding in totaal het maximumtarief van VPT inclusief behandeling. Verder kan dagbesteding ook bij een aantal zzp's van het VPT apart afgesproken worden.

Modulair pakket thuis (NZa, CA-BR-1610b)

Het grootste verschil met een VPT is dat bij een MPT de zorgaanbieder niet voor maaltijden en huishoudelijke verzorging zorgt. Dit biedt uitkomst voor mensen die bijvoorbeeld samen met een partner wonen of voor kinderen die thuis bij hun ouders wonen. De zorg kan geleverd worden door één zorgaanbieder, maar ook door verschillende zorgaanbidders gezamenlijk. Hulp bij de huishouding moet apart aangevraagd worden bij de gemeente en wordt bekostigd via de Wmo. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor huisvestingskosten. Er is sprake van *prestatiebekostiging per cliënt*: van één of meerder modules, nu echter met een maximumtarief per (tijds)eenheid per module. Alleen voor de vervoerskosten geldt een vast tarief.

Zvw, Wlz en Wmo: verschillende contractpartijen en bekostigingsvarianten

Een zorgaanbieder maakt afspraken met zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeenten. Voor elk van deze partijen geldt dat er verschillende contractvormen en bekostigingsvarianten gangbaar zijn. Onderstaande tabel biedt een overzicht.

	ZVW	WLZ	WMO
Voor iedere wet verschillende contractpartijen	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg wordt door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders op concernniveau ingekocht, • Veelal worden budgetplafonds afgesproken, • Variatie in inkoopcontracten: ingekochte prestaties verschillen per zorgaanbieder, • Aanvullende contracteisen ten behoeve van kwaliteit en kostenbeheersing. 	<ul style="list-style-type: none"> • De uitvoering van de Wlz is belegd bij de zorgkantoren, • Het macrobudget dat door de rijksoverheid beschikbaar is gesteld, wordt door de NZa verdeeld over de verschillende regio's (NZa, CA-BR-1602e), • De zorgkantoren maken afspraken over productie en budgetplafonds met de diverse zorgaanbieders. 	<ul style="list-style-type: none"> • De afdeling Inkoop van de gemeente dan wel gemeentelijke samenwerkingsverbanden sluiten contracten af met zorgaanbieders, • Gemeenten hebben beleidsvrijheid om hun nieuwe taken uit te voeren.
In iedere wet verschillende bekostigingsvarianten	<p>Hoofdvarianten bekostiging (NZa, BR/CU-7138):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestaties 1 tot en met 6¹⁰: directe contacttijd per cliënt per prestatie (PxQ), rekening houdend met vastgesteld maximumtarief per tijdseenheid per prestatie door NZa, • Prestaties 7 tot en met 9: vrij tarief per prestatie. 	<p>Hoofdvariant bekostiging (NZa, NR/REG-1721a)¹¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestatiebekostiging per cliënt met een vast tarief per prestatie (zorgprofiel), • Een zzp bevat een bedrag per dag, waarvoor een zorgaanbieder alle zorg die iemand nodig heeft moet kunnen leveren, • Daarnaast zijn er voor innovatieve projecten alternatieve bekostigingsvarianten. 	<p>Hoofdvarianten bekostiging geadviseerd (VNG, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspanningsgericht, • Outputgericht, • Taakgericht.

Tabel 3. Contracten en bekostigingsvarianten per wet.

⁹ In tabel 1 zijn de prestaties benoemd.

¹⁰ Zie voor specificatie van de Wlz-zorg intra- en extramuraal (kader 4.)

2.3 Met in basis gelijksoortige registratie- en declaratieregels, de uitvoering varieert

Zorgverzekeringswet

De NZa heeft registratie- en declaratievoorschriften opgesteld voor de Zw (NZa, NR/CU-733). Bij declaratie moet het aannemelijk zijn dat de gedeclareerde zorg is geleverd. Zorgaanbieders mogen alleen daadwerkelijk geleverde zorg declareren. De declaraties moeten worden ingediend op basis van het aantal uren geleverde zorg tegen maximaal de gemaximeerde NZa-tarieven. Declaratie vindt plaats met een overzicht van het per cliënt geleverde aantal eenheden, het gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie met afronding op vijf minuten¹¹ per declaratieperiode.

Voor een aantal prestaties gelden andere registratie- en declaratieregels. Voor advies, instructie, voorlichting (AIV) in een groep geldt dat de werkelijke behandelingsduur naar evenredigheid over de aanwezige cliënten moet worden verdeeld. Voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg mag de zorgaanbieder naast de geregistreerde directe contacttijd respectievelijk 4 uur en 2,5 uur extra declareren per aangesloten cliënt indien dit is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Dit moet apart inzichtelijk zijn in de declaratie.

Per 1 januari 2016 is het 'experiment bekostiging verpleging en verzorging' in werking getreden, waardoor zorgaanbieders ook andere manieren van registreren en declareren kunnen afspreken met zorgverzekeraars als zij dit wenselijk vinden. Doordat de eenheid en het tarief vrij zijn, biedt deze experimentprestatie veel ruimte. Zo kan bijvoorbeeld een integraal tarief per dag, week of maand overeen worden gekomen, maar ook een integraal uurtarief. Medio 2016 heeft staatssecretaris Van Rijn in zijn kamerbrief nogmaals de mogelijkheden benadrukt dat er op grond van dit experiment afspraken gemaakt mogen worden om te werken met een integraal tarief (VWS, 2016b). Nog steeds geldt dat er vooraf afspraken gemaakt moeten zijn tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij de inkoop voor 2017 is door veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierop ingezet. Zorgverzekeraars gebruiken bij de onderhandelingen over het integrale tarief historische declaratiegegevens van de betreffende zorgaanbieder.

Voor de Zw zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht om de declaraties elektronisch in te dienen via het landelijk declaratieportaal van VECOZO. Vereist is dat de declaratieberichten voldoen aan de declaratiestandaarden van Vektis.

¹¹ Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (NZa, NR/CU-733)

Wet langdurige zorg

Voor de Wlz zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht om de iWlz (landelijk geldende standaard voor elektronisch berichtenverkeer) te gebruiken. Alle partijen leggen volgens deze standaard gegevens van toeleiding, indicatie en levering van zorg tot productieverantwoording vast.

Een zorgaanbieder moet een interne controle op juistheid van de gedeclareerde productie uitvoeren, waarbij gecheckt moet worden 1) of de zorg daadwerkelijk geleverd is, 2) of de cliënt over een geldig indicatiebesluit beschikt en 3) of de gedeclareerde zorg binnen het indicatiebesluit is geleverd voor zover het modulaire zorg betreft (zie onderstaand kader voor toelichting). Verder moet 4) de juistheid van het tarief gecontroleerd worden (NZa, CA-NR-1556a).

Wet maatschappelijke ondersteuning

Aangezien elke gemeente zelf bepaalt hoe zorg en ondersteuning worden bekostigd, kan elke gemeente eigen eisen stellen aan de registratie en declaratie. Desalniettemin worden, zoals eerder genoemd, drie hoofdvarianten onderscheiden: inspannings-, output- en taakgericht.

Via het programma 'i-Sociaal domein voor gemeenten en zorgaanbieders' hebben vertegenwoordigers van gemeenten en zorgaanbieders in 2016 aan elk van de varianten een advies gekoppeld over wat de variant betekent voor de inrichting van het proces 'van contract tot controle'. Per variant zijn zogenaamde 'standaardartikelen' geformuleerd (i-Sociaal Domein voor gemeenten en zorgaanbieders, 2016). Dit is een niet afdwingbaar gezamenlijk afsprakenstelsel rondom werkprocessen, privacy, de wijze van factureren en standaardisatie van berichten.

Gegevens tussen gemeenten en zorgaanbieders kunnen op een veilige manier worden uitgewisseld via een digitale infrastructuur. Binnen die digitale infrastructuur wordt gewerkt met standaardberichtenverkeer. Voor de Wmo-producten zijn landelijk achttien productcategorieën vastgesteld, die verplicht gebruikt moeten worden in de berichten (Zorginstituut Nederland, 2016). Als verbijzondering binnen een productcategorie kunnen gemeenten productcodes definiëren. Voor deze productcodes wordt een landelijke codelijst ontwikkeld, maar gemeenten kunnen ook zelf een eigen codetabel ontwikkelen. Gemeenten en zorgaanbieders maken samen afspraken over de te hanteren productcodetabel en de interpretatie van de productcodes.

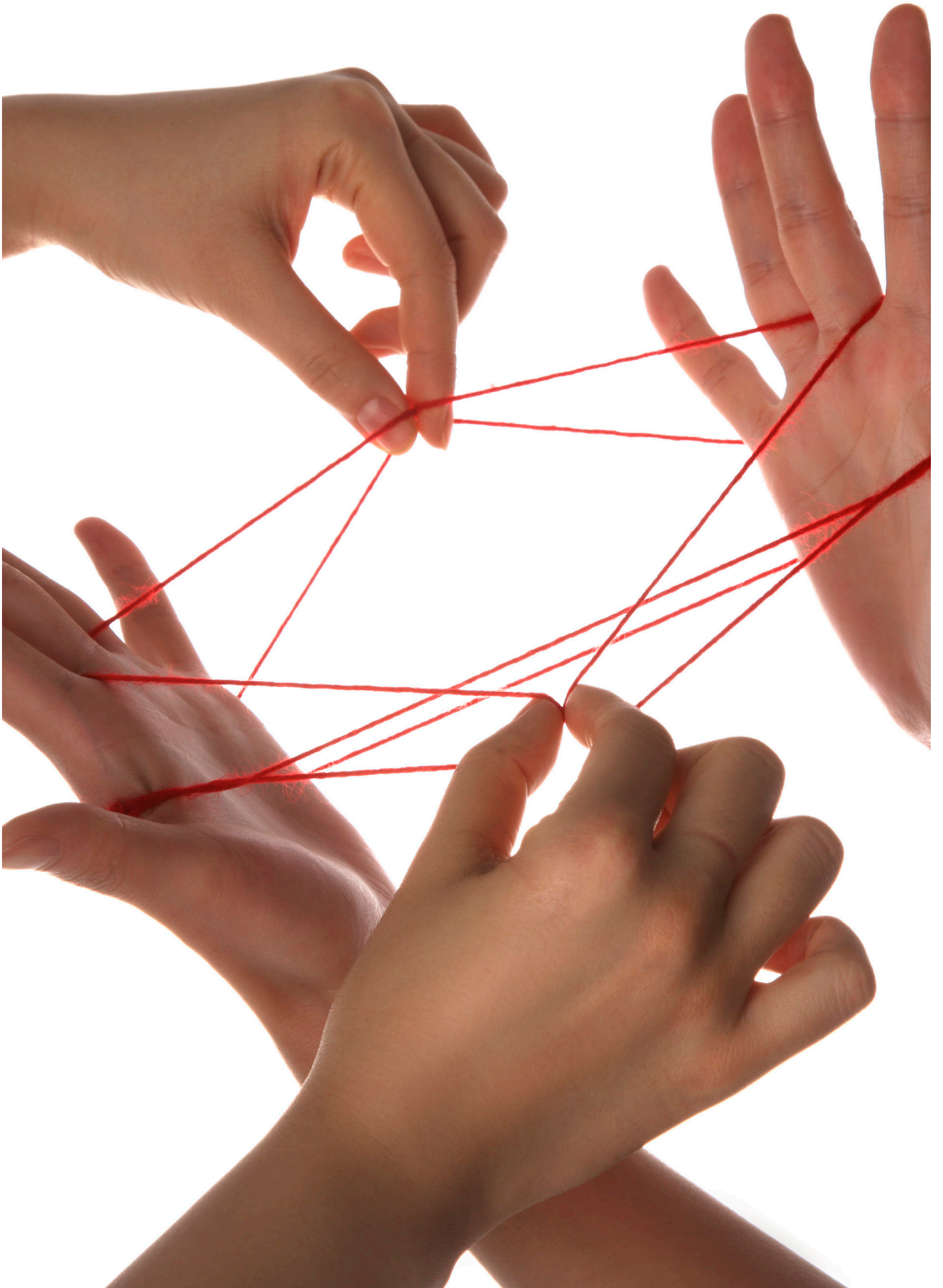
Voor ieder Wmo-product – uitgedrukt in een productcategorie en eventueel verder gespecificeerd in een productcode – wordt in het berichtenverkeer duidelijk hoeveel van deze ondersteuning nodig of geleverd is. Dat wordt uitgedrukt in een volume met een bepaalde eenheid. Zo wordt het mogelijk om de hoeveelheid ondersteuning uit te drukken in bijvoorbeeld vijf dagdelen per week, twee dagen per maand, maar ook in een totaalbedrag.

2.4 Waarbij iedere zorgaanbieder, groot of klein, een robuust complianceprogramma nodig heeft

Voor de meeste aanbieders van intra- en/of extramurale V&V geldt dat de zorg en ondersteuning die zij leveren vanuit verschillende wetten wordt bekostigd. Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij de zorg compliant dienen te registreren en declareren, oftewel: in lijn met bestaande wet- en regelgeving.

In basis zijn de regels voor het registreren en declareren van de intra- en extramurale V&V te overzien. Wat het registreren en declareren van zorg voor zorgaanbieders sinds 2015 echter uitdagend maakt, is ten eerste de toename van het aantal contractpartijen. Daar waar deze zorgaanbieders vóór 2015 met maar één of enkele zorgkantoren te maken hadden, hebben zij nu te maken met meerdere zorgverzekeraars (vaak zo'n 6 tot 9 verschillende) en vele gemeenten (van enkele tot mogelijk meer dan 200 van de 390 verschillende gemeenten) als contractpartij. Ten tweede maakt dat veel van deze contractpartijen met eigen specificaties van de regels werken, waardoor het borgen van de compliance een nog grotere uitdaging is geworden. Vooral voor de Wmo hebben zorgaanbieders vaak te maken met veel verschillende gemeenten met veel verschillende verantwoordingswijzen. Ook voor de Zvw geldt dat de verantwoordingsregels tussen zorgverzekeraars onderling wisselen. Dit alles maakt dat de tijd en middelen die deze zorgaanbieders moeten investeren om compliant te zijn, veel groter zijn dan dat zij vóór 2015 waren.

Dit laat onverlet dat het een wettelijke verantwoordelijkheid van iedere zorgaanbieder is om te zorgen voor correcte registratie en declaratie van zorg. Dit was zo vóór 2015, geldt nu nog steeds en zal ook in de toekomst zo gelden. Nu het speelveld anders is geworden, is het des te belangrijker dat iedere zorgaanbieder nadenkt over en aan de slag gaat met het compliant worden en blijven. Dit, ongeacht of zij nu groot, middelgroot of klein is. De ontwikkeling van een robuust complianceprogramma kan hierbij helpen.



3

Waar staan de geïnterviewde zorgaanbieders nu?

Dit hoofdstuk begint met een inleiding over de geïnterviewde partijen die input hebben geleverd voor dit rapport. Zij willen bijdragen aan de gezamenlijke doelstelling. Tegelijkertijd blijken er tussen zorgaanbieders grote verschillen in de ontwikkeling van de complianceprogramma's te zijn (paragraaf 3.2). Paragraaf 3.3 beschrijft dat zij met name de benodigde transformatie van systemen, stijl en skills lastig vinden. Paragraaf 3.4 beschrijft hoe de geïnterviewde zorgaanbieders hun compliance proberen te borgen. De rode draden uit de interviews zijn geordend langs de elementen van het 7S-model. Aansluitend op dit hoofdstuk volgen in hoofdstuk 4 de praktische handvatten voor aanbieders van intra- en extramurale V&V om hun compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg (verder) te verbeteren. Het is aan de zorgaanbieders om uit deze handvatten te putten wanneer dit passend is voor hun organisatie.

3.1 Alle zorgaanbieders, groot én klein, willen bijdragen aan het gezamenlijk doel

Onder de geïnterviewde partijen zaten grote, middelgrote en kleine zorgaanbieders van intra- en extramurale V&V. Zorgaanbieders die soms in één gebied of regio werken, soms ook in meerdere regio's. Deze zorgaanbieders leveren bijna allemaal zorg in het kader van zowel de Wlz, Zvw als de Wmo. Een enkele zorgaanbieder heeft afscheid genomen van het leveren van zorg in het kader van de Wmo. Een aantal leverden ook V&V in de GHZ.

De geïnterviewden gaven aan zich bewust te zijn van het feit “dat correct registeren en declareren van zorg noodzakelijk is” en vinden dit ook een terechte vereiste. Tegelijkertijd blijkt dat niet alle zorgaanbieders (groot en klein) evenveel inzetten op de ontwikkeling van hun complianceprogramma ten behoeve van het correct blijven registreren en declareren van zorg. Er zijn zorgaanbieders die ver zijn in de ontwikkeling van hun complianceprogramma, andere zijn er nauwelijks mee bezig.

Bijna alle gesprekspartners waren tijdens de interviews in staat mee te denken over het maatschappelijke doel: binnen de beleidskeuzes van de overheid kwalitatief goede verpleging en verzorging intra- of extramuraal leveren, doelmatig en tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. Met name gesprekspartners op strategisch en tactisch niveau dachten hierover mee in relatie tot de overkoepelende strategie van de organisatie.

Over de Zvw zeggen geïnterviewden dat men nog wel stappen moet zetten in het ondernemerschap. Niet meer ondernemerschap in de zin van ‘meer rendement behalen’. Wél meer ondernemerschap in de zin van nadenken over wat cliënten willen, wat de maatschappij verwacht, hoe de zorgverzekeraars hun doelen willen realiseren en hoe zij daaraan zo goed mogelijk kunnen bijdragen, en tegelijkertijd hun verantwoordelijkheid kunnen nemen richting de eigen organisatie en eigen werknemers.

Uiteindelijk kwamen de gesprekken steeds terug op de wens compliant te willen declareren. Daarbij werd duidelijk dat er behoefte is om binnen de sector (zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten in samenspraak met brancheorganisaties als Actiz en BTN en de VNG) hierin samen stappen te zetten.

3.2 Maar de ontwikkeling van de complianceprogramma's verschilt enorm

De meeste bestuurders geven aan de doelen van de hervorming van de langdurige zorg na te streven, maar nog te worstelen met de transitie. Zij geven aan dat zij over het algemeen “buitengewoon_bedreven” waren in het werken in de AWBZ. Er waren “weinig tot geen issues in de materiële controles”. Zij hebben nog moeite met de transitie in de langdurige zorg omdat het “een ander soort ondernemerschap vraagt”. Ondernemerschap in de zin van ‘wat hoort bij het declareren van zorg’, ‘waar vind je deze regels’, ‘wat is de wet’, ‘hoe vind ik de informatie’, ‘hoe lees ik een contract’, ‘wat betekent dit voor mijn organisatie’, ‘hoe communiceer ik met zorgverzekeraars en zorgkantoor’ en ‘wat betekent dit voor het werk van de zorgprofessional’.

Deze bestuurders hebben moeite om de interne organisatie “een boost te geven”, die voldoende opgelijnd te krijgen en te anticiperen op wat er in de inkooptrajecten is afgesproken. Dit zit niet in de complexiteit van de regels binnen ofwel de Wlz, de Zvw of de Wmo, zo geven zij aan. Het zit meer in het aantal contracten met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten en de verschillende wijzen waarop verantwoording over deze regels moet worden afgelegd. Waar dit er in het verleden maar één of twee waren hebben veel zorgaanbieders nu al snel 50 tot 75 verschillende contracten: één voor de Wlz, zo’n 49 met zeven zorgverzekeraars voor zeven deelgebieden¹² en verschillende contracten met gemeenten. In theorie kan het oplopen tot 390 gemeenten. De complexiteit is ook groter doordat “niet alle wijzigingen voldoende ruim van te voren bekend zijn en de regels soms met terugwerkende kracht gespecificeerd worden”.

Voor echt kleine zorgaanbieders is deze situatie nog moeilijker te overzien. Zeker als zij over meerdere domeinen zorg leveren. Zij geven aan niet de staf te hebben voor het bijhouden van alle wijzigingen en moeite te hebben “in gesprek te raken met zorgverzekeraars of de gemeenten”. Ook voor hen geldt dat zij hun interne organisatie opgelijnd moeten hebben, maar dat zij minder capaciteit hebben om hierop te anticiperen.

Daar waar zorgaanbieders aangeven dat het “steeds lastiger is geworden om zwarte cijfers te draaien”, hebben zij ook moeite om meer aandacht te geven aan het doorontwikkelen van de complianceorganisatie. Dit beeld wordt herkend door de brancheorganisaties en Coziek. Tegelijkertijd wordt in de gesprekken duidelijk dat de zorgaanbieders die zijn “meegegroeid met de uitdagingen van de hervorming van de langdurige zorg” makkelijker een gezondere financiële situatie behouden en minder moeite hebben met het doorontwikkelen van de complianceorganisatie. Een aantal van hen geven aan dat zij in het (recente) verleden “eigenlijk niet voldoende in control waren”. Zij benoemen “het positieve effect van de transitie: bewustwording”. Niet alleen op strategisch en tactisch niveau, maar ook op operationeel niveau: “verpleegkundigen die handelingen verrichten, denken nu beter na over hoe zij ze moeten registreren”.

Zorgaanbieders die in het verleden (bijvoorbeeld als gevolg van faillissement, fusie of incidenten) voor radicale keuzes hebben gestaan, lijken beter met de transitie en specifiek de marktwerking binnen de Zvw om te kunnen gaan. Zij hebben hun interne organisatie al langer opgelijnd “om bedrijfsmatig en doelmatig” te kunnen opereren. De grootte van de zorgaanbieder blijkt hierin niet bepalend te zijn. Organisatieverandering in het (recente) verleden en daadkracht van de huidige bestuurders lijken meer van invloed.

Veel bestuurders realiseren zich dat zij keuzes moeten maken. Niet alleen keuzes ten aanzien van de proposities (‘waar zijn wij van?’, ‘wat leveren wij?’) en de positionering (‘wat onderscheidt mij van de andere zorgaanbieders?’). Het gaat ook om keuzes die noodzakelijk zijn om rechtmatig te (blijven) werken. Rechtmatig in de zin van ‘rechtmatige zorg’ en ‘rechtmatig gedeclareerd’. De ene zorgaanbieder is hier al mee bezig, de andere staat aan de vooravond daarvan. Velen zijn helaas nog niet zo ver.

¹² *Van de basisafspraken tot bijvoorbeeld afspraken over de medisch specialistische verpleging thuis (MSVT), van subsidieregeling tot experiment.*

3.3 De regels zijn niet complex, transformatie van systemen, stijl en skills wel

Bij navraag geven alle zorgaanbieders direct aan dat de verantwoording in de Wlz niet lastig is “omdat de Wlz-regels ten opzichte van de AWBZ nauwelijks veranderd zijn”. Als er specifiek op doorgevraagd wordt, erkennen ook bijna alle zorgaanbieders dat de worsteling niet zozeer zit in de registratie- en declaratieregels, maar dat het vooral zit in de toepassing in de praktijk en de cultuurverandering die binnen het primaire proces én de ondersteunende diensten nodig is om goed te kunnen werken.

Over cultuurverandering in de Zvw zeggen zij: “het gaat om het werken in een ‘markt’, waarbij de financier niet meer het zorgkantoor is maar de zorgverzekeraar en die zit er echt anders in.” De doelmatigheidsvraag ligt veel explicieter op tafel. Verschillende bestuurders hebben het woord ‘lui’ in de mond genomen: “Dat was de sector in de AWBZ te veel. Nu moeten we ondernemen!”

De drie decentralisaties (deel van de AWBZ naar Wmo, de Participatiewet, Jeugdwet) daarentegen “vragen om een andere cultuurverandering, niet alleen bij de zorgaanbieder, maar ook bij de cliënt en zijn systeem”. Bij de decentralisaties is de nadruk komen te liggen op eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van de cliënt waarbij het systeem uitgaat van/streeft naar zelfredzaamheid, zelfsturing en zelfregie van de cliënt ook over de grenzen van het zorgdomein heen. Het is de bedoeling om niet meer uit te gaan van ‘vraagsturing’, maar maatwerk te bieden vanuit een integrale benadering. Een werkwijze waarbij ‘samenwerking en beperking van de kosten centraal staan’. Al met al hebben de decentralisaties niet alleen een *transitie* in regels, wetten, financiële verhoudingen et cetera met zich meegebracht. Het vraagt ook een *transformatie*: ander gedrag van professionals en cliënten, andere werkwijzen en manieren van met elkaar omgaan¹³. Dit is “voor de meeste medewerkers nog een grote uitdaging”, zo geven sommigen expliciet aan.

Duidelijk is dat de meeste zorgaanbieders nog een grote stap in de ontwikkeling van hun complianceprogramma moeten maken. Dit heeft niet per se te maken met de grootte van de organisatie of waar zij zorg leveren, maar met de mate waarin de organisatie en de dienstverlening al beheersbaar is: niet een té groot gebied, niet té veel verschillende zorgonderdelen die allemaal binnen de directe span-of-control van de staf vallen, niet té veel verschillende zorgverzekeraars en gemeenten met té veel verschillende werkwijzen.

¹³ <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wettelijke-kaders-gezondheidsbeleid/decentralisatie>

3.4 Wat is de rode draad per 'S' in de sector?

3.4.1 Strategie

Het overgrote deel van de zorgaanbieders geeft aan geen compliancestrategie ten aanzien van registreren en declareren op papier te hebben. Wel geven sommige aan afspraken voor uitvoering in de praktijk te hebben. Hierbij gaat het veelal om afspraken over het proces van verwijzing, indicatiestelling, uitwerking in het zorg(leef)plan en eventuele aanpassing daarvan. Op papier staat dan bijvoorbeeld wat te doen bij twijfel over de domeinen; over waar iets te declareren. Bij sommige partijen heeft dit geleid tot expliciete afspraken met de zorgverzekeraars en zorgkantoren over hoe bij twijfel te declareren. Bij deze partijen lijkt het te gaan om 'strategisch' beleid op tactisch of operationeel niveau om de compliance te borgen. Dit is niet alleen het geval bij de kleinere, maar ook bij de grotere partijen.

Veel geïnterviewden kunnen bij navraag niet bevestigen dat de raad van bestuur of de directeur een compliancestrategie op papier heeft vastgelegd. Het kan natuurlijk zo zijn dat die er bij sommige wel is, maar dan zijn zij daarvan niet op de hoogte.

Bij enkele zorgaanbieders wordt aangegeven dat de raad van bestuur wel een compliancestrategie heeft. Zij zetten bijvoorbeeld in op 'juiste registratie aan de bron' om te komen tot een tijdige, juiste en volledige registratie. Bij deze voorlopers hebben de bestuurders afgelopen jaren expliciet beleid uitgezet om (nog) beter te worden in het transparant verantwoorden van de omzet. Zij hebben de daad bij het woord gevoegd en registeraccountants en een registercontroller aangenomen, en werken met een risicobeheersingsmatrix. Dit is onderdeel van hun strategie om 'de juistheid, volledigheid en de rechtmatigheid van de opbrengstverantwoording te waarborgen'.

Er zijn een aantal zorgaanbieders die op bestuurlijk niveau nadenken over het compliant registreren en declareren van zorg. Dit gebeurt veelal in het kader van een strategische heroriëntatie en positionering van de organisatie als geheel. Gegeven de financiële druk op de sector – zo geeft ook Coziek aan – is de noodzaak tot heroriëntatie voor een aantal zorgaanbieders groter dan ooit.

In lijn met deze strategische heroriëntatie komt bij zorgaanbieders de vraag aan de orde of zij nog wel in ieder domein willen opereren. Bijna alle zorgaanbieders benadrukken namelijk dat het werken in de Wmo onevenredig veel 'gedoe' oplevert. Zij geven aan dat bijna 80% van de inzet om de compliance te borgen, ingezet wordt voor de Wmo. En in veel van de gevallen gaat het Wmo-gedeelte maar om zo'n 20% van de omzet. Daar waar de organisaties kleiner zijn en meer in de Wmo doen, hebben zij dus een grotere uitdaging. Deze uitdaging is daarentegen weer meer beheersbaar als zij te maken hebben met maar een beperkt aantal gemeenten.

Een voorbeeld (Zvw)

'Ons beleid is het zorgplan minimaal halfjaarlijks te evalueren, of eerder als de zorg wijzigt. Als de zorg en dus de indicatie wijzigt, moet het zorgplan worden aangepast. Afgesproken is dat het zorgplan moet worden aangepast als het aantal uur geleverde zorg berekend over een langere periode met 10% toe- of afneemt. Op deze manier borgen wij de (meestal) toename van zorg.'

Three lines of defence

Een bekend en gevalideerd onderdeel voor vormgeving van compliance zijn de *three lines of defence*. Dit is een organisatorisch standaardproces waarin drie verschillende, duidelijk gedefinieerde actoren met mandaat opeenvolgend een handeling, check of communicatie verrichten (IAA, 2013). De drie lijnen kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven.

De *first line* wordt gevormd door de zorgprofessional en het lijnmanagement. Zij zijn verantwoordelijk voor goede registratie aan de bron en de dagelijkse controle daarop.

De *second line* heeft de verantwoordelijkheid voor het invullen van de compliancefunctie. Bij aanbieders van intra- en extramurale V&V is (een deel van) deze verantwoordelijkheid veelal belegd bij de zorgadministratie en de financiële administratie. Dit zijn de onderdelen van de organisatie met mandaat om het primaire proces te controleren en, indien nodig, in te grijpen. Hoewel de *second line* zo veel mogelijk onafhankelijk is van het primaire proces, zijn beide lijnen in zekere mate verbonden en niet los van elkaar te zien.

Voor het werkelijk onafhankelijke oordeel van de compliance wordt een *third line* ingericht: de interne audit. Hierbij wordt geoordeeld over de effectiviteit van de compliancefunctie. Dit oordeel wordt direct aan de raad van bestuur of de directeur gerapporteerd en waar nodig ook direct aan de raad van toezicht.

Middelgrote en kleine zorgaanbieders leveren de zorg vaker meer gefocust in de domeinen. Daar waar het gaat om voornamelijk Wlz, geven zorgaanbieders aan minder moeite te hebben compliant te zijn, aangezien er “ten opzichte van de AWBZ niet heel veel veranderd is”. Daar waar zij voornamelijk zorg leveren in de Zvw, is het vooral de doorontwikkeling van de afspraken met de zorgverzekeraars die veel tijd en inzet vraagt. Deze zorgaanbieders geven aan dat voor hen de strategische uitdaging vooral zit in het meenemen van de organisatie, en dus het personeel (*staf*), in ‘het nieuwe denken’: het werken in een wereld met marktwerking. Een kleine zorgaanbieder geeft expliciet aan hier actie op in te zetten, en workshops en discussiebijeenkomsten te organiseren.

3.4.2 Structuur

Geen enkele zorgaanbieder geeft aan dat de verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van compliance ten aanzien van registeren en declareren van zorg op top-niveau (raad van toezicht, raad van bestuur, directeur) en het hoger management expliciet is beschreven.

Er zijn wel enkele zorgaanbieders die een duidelijke functiescheiding hebben vastgelegd en ingeregeld. Deze zorgaanbieders hebben daarbij de *three lines of defence* benoemd en ingericht (zie kader 6).

Zo hebben twee zorgaanbieders de afgelopen jaren expliciet ingezet op de werving van registeraccountants en zelfs een registercontroller. Deze zorgaanbieders hebben de compliancestructuur in hun organogram geborgd. Bij hen wordt gewerkt vanuit een heldere verantwoordelijkheidsverdeling binnen de organisatie. Deze zorgaanbieders hebben ook ‘de processen met betrekking tot de opbrengstverantwoording per financieringsstroom inclusief taken-bevoegdheden-verantwoordelijkheden (TBV)-matrix en het proceseigenaarschap’ in de lijn beschreven. Daartegenover staat dat de meeste zorgaanbieders nog erg zoekende zijn in de ontwikkeling van hun compliancestructuur of hier zelfs nog helemaal niet mee bezig zijn. De fase van ontwikkeling loopt hierin achter op die van de ziekenhuissector, zo bevestigt ook Coziek.

Maar weinig organisaties hebben expliciet aangegeven wie in de aansturing verantwoordelijk is voor de compliance van registreren en declareren van zorg. Er is geen duidelijk organogram waaruit de verantwoordelijkheidsverdeling logisch is op te maken. Impliciet weet men wel wie ‘eigenlijk’ verantwoordelijk is voor de compliance, maar bij doorvragen wordt daar in de praktijk wisselend naar gehandeld.

In de V&V-sector werken veel zorgaanbieders met zelforganiserende teams. Bijna alle zorgaanbieders geven aan moeite te hebben de teams bewust te krijgen van het belang van het compliant registreren van zorg. Zij worstelen met het doorvertalen van de kaders naar die teams, welke ruimte hen hierin te geven en vooral “de medewerkers zover te krijgen dat ze de juiste registraties tijdig en correct doen”.

Voor de Wlz is de compliancestructuur eenvoudiger in te richten omdat de controles eenvoudiger zijn. Het gaat erom of de declaratie in lijn is met de indicatie en of het aantal geregistreerde dagen wel overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg. Bijna alle zorgaanbieders kunnen aangeven wat de procedure is om mutaties in de aanwezigheid van de cliënt geregistreerd te krijgen en wie daar in de lijn verantwoordelijk voor is, meestal de *first line of defence*. De *second line of defence* is daarentegen wisselend ingericht. Bij sommige zorgaanbieders is die rol expliciet belegd bij de zorgadministratie, veelal gecombineerd met de financiële administratie.

Bij de Zvw ligt de verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk iets anders. De verantwoordelijkheid voor juiste registratie ligt daar veelal bij de zorgprofessionals en hun leidinggevende. Bij een aantal organisaties worden steekproefsgewijs controles uitgevoerd waarbij gekeken wordt of de geleverde zorg overeenkomt met de indicatiestelling in het zorgplan. De *second line* voert veelal handmatig controles uit aan de hand van ‘opvallende’ afwijkingen, bijvoorbeeld bij ‘plotselinge’ verhoging of verlaging van het aantal uur geleverde zorg.

De compliancestructuur voor de Wmo komt overeen met die voor de Zvw.

3.4.3 Systemen

Registratie van zorg: in de praktijk worden verschillende werkwijzen gebruikt

Goede verantwoording start met goede registratie van geleverde zorg. Correcte tijdsregistratie is daarbij van groot belang. De zorg die wordt geleverd, wordt in de praktijk in grote lijnen op drie verschillende manieren geregistreerd.

Er wordt gewerkt met een minutenregistratie waarbij de zorgprofessional met behulp van zogenaamde ‘zorgbadges’ de zorg registreert. Dit is mogelijk wanneer de organisatie in staat is geweest het gehele proces te automatiseren en alle professionals op bijvoorbeeld een iPad kunnen werken.

Er zijn ook zorgaanbieders die werken met het principe van ‘zorgplan = realisatie’. In het zorgplan staat aangegeven welke functionaris welke zorg zou moeten leveren inclusief het aantal uren per week/per dag. De zorgaanbieder moet leveren wat passend is voor de cliënt. Het zorgplan wordt door zowel cliënt als zorgaanbieder ondertekend. Het is belangrijk te borgen dat de realisatie overeenkomt met het zorgplan. In de praktijk wordt wel gewerkt met een wekelijkse flattering door de cliënt: iedere week wordt ondertekend welke zorg er is geleverd en of die overeenkomt met het zorgplan. Eventuele aanpassingen worden via een mutatiegradenoverzicht verwerkt.

Er zijn ook zorgaanbieders die werken vanuit het principe ‘planning = realisatie’. De planning wordt door een ‘planner’ in het systeem gezet. Bij een aantal zorgaanbieders worden de agenda’s van de cliënt en de zorgprofessional automatisch gematcht. Bij een overgroot deel is die matching in de huidige systemen er nog niet. Dit levert veel extra werk op aan de bron en extra ‘handmatige’ controles achteraf. De zorgprofessional gaat naar de cliënten toe volgens een planning. Regelmatig wijkt de realisatie af van de planning. Een aantal zorgaanbieders geeft expliciet aan beleid te hebben over het corrigeren van de planning. Anderen geven aan dat zij ervan uitgaan dat ‘de gemiddelde realisatie’ wel overeenkomt met de planning. Veelal beschouwen de zorgaanbieders het werken met ‘zorgplan = realisatie’ als de wenselijke situatie: de minste administratieve lasten en voldoende ruimte voor de zorgprofessional om samen met de cliënt de zorg en ondersteuning op maat te kunnen bieden.

Ontwikkeling van het ICT-systeem: naar meer automatische controles

In de sector worden verschillende elektronisch cliëntendossiers (ECD) (naast elkaar) gebruikt. De meest genoemde systemen zijn ONS van Nedap, Cura van Unit4, Quality in Care (QIC) van Cormel IT services, MijnCaress van PinkRocade en PlanCare van De Heer software. Het is opvallend dat bij het overgrote deel van de zorgaanbieders het ECD nog niet optimaal functioneert. Óf zij zijn net overgegaan naar één nieuw systeem, óf zij zijn nu bezig met de overgang/implementatie, óf zij moeten nog over naar een nieuw systeem en werken nog met verschillende systemen naast elkaar. Deze situatie heeft veel impact op de mate waarin de organisaties in control zijn.

De ECD-leveranciers zetten in op het verwerken van de veranderde wet- en regelgeving in de systemen ‘aan de voorkant’. Daarbij zetten zorgaanbieders ook steeds vaker en meer in op controles achteraf. Een van de geïnterviewde (grotere) zorgaanbieders geeft aan de afgelopen jaren al fors te hebben ingezet op de ontwikkeling van het ECD. Deze zorgaanbieder werkt voor het overgrote deel van de zorg nog maar met één systeem. Dit heeft bij hen geleid tot een forse reductie van de handmatige controles. Zij hebben zelf al de stap gezet naar het gebruik van (extra) geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen voor registratie en declaratie. Hiervoor werken zij niet met zelfbouw, maar hebben ze gekozen voor standaardoplossingen van leveranciers van integrale risicobeheersings-pakketten in de zorg.

De wijze van terugkoppeling (rapportagelijnen) over de registraties aan de werkvloer (*first line of defence*) verschilt sterk per zorgaanbieder. De terugkoppeling varieert van directe een-op-eenterugkoppeling door de zorgadministratie, tot terugkoppeling via managementrapportages. Dit hangt meestal af van de grootte van de organisatie. De wijze (snelheid en aandacht) waarop de terugkoppeling benut wordt, verschilt ook per zorgaanbieder. Bij bijna alle zorgaanbieders is dit een aandachtspunt. Daar waar zij werken met zelforganiserende teams vinden zij dit niet eenvoudiger. Blijkbaar heeft de sector als geheel nog moeite met het formuleren van kaders: wat is de rol van zelforganiserende teams bij de controles en eventueel de correctie van de registratie, en wat hebben zij nodig om dit efficiënt te doen?

Tegelijkertijd hebben bijna alle zorgaanbieders de verantwoordelijkheid voor juiste registratie in de lijn belegd (meestal de *first line of defence*: de zorgprofessionals en hun leidinggevendenden). De *second line of defence* is bij zorgaanbieders wisselend ingeregeld. Bij sommige zorgaanbieders is die rol expliciet belegd bij de zorgadministratie, veelal gecombineerd met de financiële administratie.

De voorlopers onder de zorgaanbieders hebben hun proces van de administratieve organisatie en interne controle (AOIC) aantoonbaar uitgewerkt of zijn deze aan het herzien. Zij werken aantoonbaar met een risicobeheersingsmatrix op het gebied van het correct registreren en declareren van zorg. Deze zorgaanbieders hebben verschillende beheersingsmaatregelen ingeregeld om risico's te beperken en de juistheid, volledigheid en de rechtmatigheid van de opbrengstverantwoording te waarborgen.

Afspraken over het proces van indicatiestelling, naar zorglevering en controle daarop

In de sector is er een ontwikkeling gaande om met behulp van een classificatiesysteem de verpleegkundige te faciliteren bij het doen van de intake. Een verpleegkundige doet de intake en stelt voor de Zvw een indicatie op. Voor de overige zorg en ondersteuning moet de verbinding gelegd worden met bijvoorbeeld de gemeente. Op basis van de Zvw-indicatie wordt het zorgplan opgesteld.

Met deze classificatiesystemen hopen de zorgaanbieders hun verpleegkundigen te ondersteunen bij het afnemen van een goede anamnese, het methodisch plannen, uitvoeren en evalueren en het eenduidig noteren in het dossier. Het classificatiesysteem waarmee vaak gewerkt wordt is Omaha¹⁴. Daarnaast wordt er ook gebruikgemaakt van (combinaties van) classificatiesystemen als Nanda/NIC/NOC, International Classification of Nursing Practice (ICNP) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)¹⁵.

Bij de Wlz-intake is er sprake van een functiescheiding tussen indicatiestelling en zorglevering: het CIZ stelt de indicatie en de zorgaanbieder levert de zorg. Bij de Wlz gaat het dus voornamelijk om het borgen van rechtmatige declaratie van zorg: declaratie van zorg die daadwerkelijk is geleverd. Eigenlijk hebben alle zorgaanbieders hiervoor al jaren geleden procedures ingeregeld: de organisaties die dat in de AWBZ goed hadden ingeregeld, hebben dat nu nog steeds. Een enkele zorgaanbieder is bezig met herijking van de afspraken om mutaties van cliëntaanwezigheid ook juist en tijdig geregistreerd te krijgen.

¹⁴ <http://www.omahasystem.nl>

¹⁵ <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/nieuws/item/indiceren-en-classificeren.html>

Een voorbeeld (Wmo)

Een G32-gemeente heeft voor de Wmo geprobeerd de transitie zo soepel mogelijk te laten verlopen door de inkoop met de andere gemeenten te organiseren in 2015. De afspraken waren aan de voorkant gebundeld. Dat was goed. Helaas ontstonden er wel problemen bij het opstellen van de jaarrekening. Aan de achterkant waren de afspraken niet eenduidig. Veel beleidsambtenaren interpreteren de iWmo-declaratiecodes op eigen wijze. Iedere gemeente geeft daarmee eigen invulling aan die prestatiecode. Dit maakt het onder andere voor zorgaanbieders die werken voor veel verschillende gemeenten ingewikkeld.

Voor de Wmo geldt dat de afspraken over indicatiestelling (wie indiceert met behulp van welke tool?) per gemeente verschillen. Sommige gemeenten hebben de indicatiestelling in eigen hand gehouden waarmee de functiescheiding (indiceren versus leveren) geborgd is. Veel gemeenten hebben dit echter ook belegd bij de zorgaanbieders. Een zorgaanbieder die voor veel verschillende gemeenten met allemaal verschillende werkwijzen werkt, staat voor een grotere uitdaging dan wanneer dit niet het geval is. Met verschillende variabelen in verschillende processen is het voor hen veel complexer om het compliancesysteem werkend te krijgen. Niet voor niets adviseert het Programma 'i-Sociaal Domein voor gemeenten en zorgaanbieders' gemeenten om te kiezen voor een van de drie uitvoeringsvarianten, en te volharden in het consequent en consistent doorvertalen 'van het contract naar controle'. Dit is waar veel gemeenten nog stappen in moeten zetten. Tot die tijd moeten zorgaanbieders veel inzet plegen op controle achteraf en kunnen zij deze inzet niet benutten voor de ontwikkeling van hun complianceprogramma. Veel zorgaanbieders geven zelfs aan dat de tijd die zij besteden aan het zorgen voor correcte declaraties aan gemeenten niet in verhouding staat tot de Wmo-omzet. Het pareto-principe lijkt hier van toepassing: zij geven aan zo'n 80% van de tijd voor 20% van de omzet nodig te hebben.

Werken met zelforganiserende (of zelfsturende) teams

Het werken met zelforganiserend teams is nog een ontwikkelingsvraagstuk voor de sector. De meeste zorgaanbieders hebben moeite met het meekrijgen van de teams op dit onderwerp. Eén zorgaanbieder geeft zelfs aan dat "zelfsturing met name een negatieve invloed op de kwaliteit van hun registraties" heeft. De teams weten niet altijd wat er fout gaat. Op basis van achterafcontroles legt de zorgadministratie veel correcties terug in het team. Als dit vaker gebeurt "nodigen we de medewerker uit om te laten zien wat er gebeurt als ze niet goed declareren". Toch blijkt het heel lastig voor een medewerker om het hele proces te begrijpen. Ze snappen vaak "wel het deel dat direct invloed heeft op hun salaris", maar niet dat de registratie ook indirect effect heeft op declaratie. Zij zien niet de link tussen de registratie en de uiteindelijke declaratie van zorg. Een andere zorgaanbieder geeft aan dat binnen hun zelfsturende teams de registratie vaak door één medewerker binnen het team wordt opgepakt. Dat is vaak degene van het zelfsturende team die er het meeste gevoel voor heeft.

3.4.4 *Stijl*

Verschillende zorgaanbieders geven ongevraagd hetzelfde aan: vanuit een gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid willen zij dat de organisatie en haar zorgprofessionals een omslag maken van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Dit gaat wat hen betreft verder dan alleen maar kijken naar de inhoud van de zorg. Het gaat ook om wie voor welke zorg moet betalen. Zij geven daarbij aan in te zetten op een cultuuromslag binnen hun organisatie. Zij doelen hiermee op het besef "dat er meer cliënten geholpen moeten worden voor hetzelfde geld". De ene zorgaanbieder doet dat wat explicieter dan de andere. Het realiseren van een cultuurverandering vraagt ook om een andere stijl van leidinggeven. Het bieden van helderheid aan de ene kant (duidelijke kaders), en het geven van vrijheid en ruimte voor professionele autonomie aan de andere kant, is erg belangrijk. Dit past bij de transitie naar werken vanuit 'zelforganiserende teams'.

Dat een veranderde stijl van leidinggeven gesteund moet worden met andere managementinformatie en een ander compliancesysteem vraagt, hebben maar enkele zorgaanbieders scherp voor ogen. Wel geven zij aan dat het niet alleen gaat om een cultuurverandering binnen de organisatie, bij de professional, maar ook om een cultuurverandering bij de cliënt. Er wordt actiever gestuurd op hoe verpleegkundigen hun cliënten benaderen. Verpleegkundigen dienen hun cliënten te stimuleren zoveel mogelijk zelf te doen en gebruik te maken van mantelzorgers en andere vrijwilligers (sociaal netwerk). Wat niet door de informele zorg (mantelzorgers en anderen) opgepakt kan worden, moet dan vanuit de Wmo bekostigd worden. Zorgaanbieders geven letterlijk aan: 'wat er daarna nog overblijft, is voor de wijkzorg.' Een paar maal is (onafhankelijk van elkaar) de uitspraak gedaan 'De Zvw pas als laatste redmiddel, het is het afvoerputje'.

Toch blijkt het voor zorgaanbieders moeilijk om de juiste beweging op gang te krijgen: om de zorgprofessionals heel bewust aan het registreren te krijgen, het gesprek te laten aangaan met de cliënt en de mantelzorgers en andere vrijwilligers te activeren. Zij geven aan dat het niet meehelpt als er gemeenten zijn die 'vanuit de Wmo niet leveren'. Zij hebben hiermee ervaringen uit de tijd dat 'de structuren binnen de gemeente nog niet goed stonden en de cliënt voor een dicht loket kwam te staan'. De verpleegkundigen hadden dan, en soms nog steeds, de insteek het 'wel even zelf te doen'. Vanuit hun professionaliteit zeer begrijpelijk, maar niet de gewenste uitkomst.

3.4.5 Staf

Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat de zorg tegenwoordig hele andere competenties vraagt vergeleken met meer dan tien jaar geleden. Het gaat al lang niet meer alléén om het leveren van vakinhoudelijk goede zorg. Het vraagt ook om inzicht in de veranderende dynamiek van de maatschappij, de cliënt en zijn mantelzorgers, en de verschillende financieringsstromen uit de domeinen met daarbij wie de 'inkopende' partij is: de gemeente, de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.

In deze nieuwe tijd blijken er tussen regio's zeer grote verschillen te zijn wat het werven van voldoende (goed) personeel betreft. In de ene stadse regio is er een groot aanbod aan jong, makkelijker leerbaar verzorgend en verpleegkundig personeel dat eigenlijk nauwelijks moeite heeft met het werken in geautomatiseerde systemen en met computers, iPads et cetera. Daarentegen geeft men in een andere stadse regio aan dat er zo'n tekort is aan verzorgend en verpleegkundig personeel dat vacatures niet ingevuld worden. Daar is een aanzienlijk deel juist laag opgeleid personeel uit achterstandswijken. Zij hebben meer moeite met het werken met computers en dus ook met geautomatiseerde registratiesystemen. In meer rurale gebieden zijn er weer andere vraagstukken. Veelal gaat het daar om zeer ervaren verzorgend en verpleegkundig personeel met een groot commitment aan de cliënt. Misschien speelt daar ook wel het vraagstuk van juiste en tijdige registratie aan de bron, maar is vooral het bewustzijn van de veranderende wereld een issue: de dynamiek van de verschillende domeinen en de grenzen daartussen zegt hen soms minder.

De grote gemene deler van de zorgaanbieders is en blijft het grote tekort aan zorgpersoneel. V&V intra- of extramuraal blijkt niet aantrekkelijk te zijn voor verpleegkundigen. Dit heeft ook effect op de wendbaarheid van de zorgaanbieders en de mogelijkheid om snel stappen te zetten in de ontwikkeling van de compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg. Uiteindelijk gaat het om het vinden van een balans tussen het leveren van kwalitatief goede zorg op maat die aansluit bij de vraag van de cliënt en het rekening houden met de uitdagingen van de zorgaanbieder en die van de maatschappij. Werving van voldoende goed personeel was al een uitdaging in deze sector, de veranderende context lijkt dat niet eenvoudiger te maken. Tegelijkertijd maakt het variëren in de wijze van aanbieden van V&V aan een cliënt, intra- en extramuraal en vanuit de Wlz of de Zvw met verbinding naar de Wmo, de sector dynamischer. Het blijkt een grote omschakeling om medewerkers meer te laten nadenken over wat de maatschappij verwacht, hoe de zorgverzekeraars hun doelen willen realiseren en hoe zij daaraan zo goed mogelijk kunnen bijdragen. Het vraagt een grote aanpassing in korte tijd daar waar de sector in de jaren voor 2014 maar beperkt veranderde.

3.4.6 Skills

Bijna alle zorgaanbieders zetten in op het opleiden van personeel. Niet alleen het personeel in het primaire proces, maar ook het personeel bij de ondersteunende diensten. De ene zorgaanbieder zet hier meer op in dan de andere. De worsteling van de ene is ook groter dan die van de andere. Een van de grotere zorgaanbieders zegt letterlijk: “Wij hebben meer dan tweehonderd leidinggevendenden in het middenkader. Hoe moet ik in vredesnaam al die mensen opleiden op een manier dat zij allemaal weten hoe de wet- en regelgeving precies in elkaar zit?”. De bestuurder die dit aangeeft, kiest er niet voor al het zorgpersoneel in dezelfde mate op te leiden. Hij heeft een andere keuze gemaakt. “Wij hebben de functie van logistiek zorgmedewerker ingevoerd. Zij borgen de correcte interpretatie van de wet- en regelgeving op de werkvloer en de correcte registratie. Dit gaat in overleg met een overall-leidinggevende die deze zorglogistieke medewerkers aanstuurt. Daarnaast hebben we een financiële controller, een HR-controller en een zorginhoudelijke controller. Dit trio brengt alles minimaal wekelijks bij elkaar om de compliance van zowel de registratie als de declaratie van zorg te borgen.”

Een andere zorgaanbieder geeft aan specifiek ingezet te hebben op het opleiden van het personeel bij de overgang naar het nieuwe ECD. Alle medewerkers hebben toen zowel een knoppen- als een procestraining gevolgd. Aangegeven is dat er waarschijnlijk wel aanvullende opleidingen nodig zijn om ervoor te zorgen dat het personeel ook het gevoel heeft echt te weten hoe het proces werkt.

Een andere zorgaanbieder geeft aan dat zij alle niveau-5-verpleegkundigen hebben getraind. De gedachte was dat als zij het wisten, zij de teamgenoten wel zouden informeren en meenemen. Achteraf zijn ze zelf kritisch en geven zij aan dat zij ook verpleegkundigen niveau 4 hadden moeten meenemen. Doordat dit niet is gebeurd, is het momentum niet benut om de cultuurverandering in de teams te laten slagen. De druk van de andere teamleden om hoger te indiceren wordt dan soms opgevoerd.

Weer een andere zorgaanbieder vindt dat het kennisniveau van alle medewerkers over de wet- en regelgeving gelijk zou moeten zijn (wat er binnen welk domein valt en hoe dat te registreren). Om dit te realiseren, hebben zij veel trainingen ingezet om verpleegkundigen die extramurale zorg leveren in te lichten. Deze zorgaanbieder geeft aan dat dit na een jaar zijn vruchten al afwerpt: “De verpleegkundigen weten onder welke wet de zorg valt die ze leveren.”

Een enkele zorgaanbieder die al verder is met het opleiden van het personeel, geeft aan specifiek bezig te zijn met de ontwikkeling van vaardigheden om te kunnen omgaan met “wat de klant vindt versus wat de verpleegkundige vindt vanuit zijn of haar expertise”. Aangegeven werd dat de druk vanuit de cliënt en de omgeving steeds groter wordt. “Dat is het zwakke punt van de Zvw.”

3.4.7 *Shared values*

De shared values, ofwel de gedeelde waarden van de geïnterviewde zorgaanbieders, verschillen duidelijk. Er zijn zorgaanbieders waarbij de bestuurder en het personeel, of dit nu uit de staf is of uit het primaire proces, aangeven dat zij echt ondernemer zijn. Niet ondernemer in de zin van winstmaximalisatie, maar wel ondernemer in de zin van zo doelmatig mogelijk de beste zorg voor de cliënt te leveren waarbij rekening wordt gehouden met doelen die voor de maatschappij van belang zijn. De insteek van deze organisaties is om leiderschap te tonen op alle niveaus: in de interactie met de cliënt, de interactie met de organisatie en de interactie met de maatschappij. Daarmee streven zij expliciet de doelen na die geformuleerd zijn bij de hervorming van de langdurige zorg. Hoe daarop precies wordt ingezet, blijkt ook uit de cliëntbrochures en ander informatiemateriaal waarin woorden gebruikt zijn als ‘beheersmatig en planmatig’. Zij geven aan: “Door een saneringstraject van zo’n vijftien jaar geleden, zijn wij bedrijfstechnisch en economisch-technisch gefocust geworden.” Er werd toen schoon schip gemaakt waarna ‘je kijkt wat wel en niet kan, en je leert ook nee te zeggen’. Als onderdeel van het beheersmatig en planmatig werken, vinden zij het vanzelfsprekend dat er compliant geregistreerd en gedeclareerd wordt.

Er zijn zorgaanbieders waar de shared values niet zo worden uitgedragen en zeker niet bij het personeel zo zijn ingedaald. Dit zijn veelal zorgaanbieders die het financieel zwaar hebben en waarbij de zorg- en andere professionals heel hard werken, maar waar het lijkt of het water ze nog niet echt aan de lippen heeft gestaan. Daar wordt letterlijk gezegd: “Medewerkers weten wel hoe het moet, maar ze doen het toch niet altijd.” Door gesprekspartners wordt bevestigd dat het lijkt alsof deze zorgaanbieders “niet weten welk spel ze spelen en ook niet hoe hun organisatie het spel op dit moment speelt”. Bij die zorgaanbieders gaat ook wel veel goed, maar lijkt het soms meer toeval dan dat er expliciet op wordt gestuurd. Correcte registratie en declaratie is hier geen gevolg van een goed functionerend complianceprogramma.



4

Handvatten voor zorgaanbieders

In dit hoofdstuk beschrijven we handvatten voor aanbieders van intra- en extramurale V&V en andere gelijksoortige zorgaanbieders. Hiermee kunnen zij stappen zetten om hun complianceprogramma ten behoeve van de correcte registratie en declaratie van zorg (verder) te verbeteren. Voor elke 'S' geven we aan waarmee deze zorgaanbieders aan de slag kunnen om – waar dat van toepassing is en nog niet heeft geleid tot handelen – stappen te zetten. Het is een breed palet aan handvatten: voor lange dan wel korte termijn, die grote dan wel kleine investeringen vragen. Deze handvatten zijn geformuleerd aan de hand van de input uit deskresearch en de interviews waarin is gevraagd naar best practices. Op meerdere plekken zijn de handvatten aangevuld op basis van de kennis en ervaring van de onderzoekers. Elke zorgaanbieder kan de voor hemzelf van belang zijnde handvatten selecteren en er direct mee aan de slag gaan. Voor een grote zorgaanbieder kan het relevant zijn om ze allemaal integraal toe te passen. Voor een hele kleine zorgaanbieder zijn ze conceptueel allemaal relevant, maar zal de toepassing anders moeten zijn. Het is aan de zorgaanbieders om rijkelijk uit de handvatten te putten.

4.1 Strategie

Een goede compliancestrategie ten behoeve van het borgen van correcte registratie en declaratie van zorg bevat duidelijk geformuleerde en gecommuniceerde doelen, waarbij de betrokkenen zijn benoemd en helder is wat er van hen wordt verwacht. In de strategie is vastgelegd wat correct registreren en declareren inhoudt. Dit is de basis van waaruit men handelt. De strategie wordt doorvertaald in beleid en is van invloed op de hele organisatie. Ook moet de strategie regelmatig bijgesteld worden en is hij verwerkt in de meerjarenplannen. Ten slotte wordt over de compliancestrategie intern en extern gerapporteerd.

4.1.1 'Begin bij de basis'

Om een complianceprogramma te ontwikkelen is het van belang te beginnen met een visie op het registreren en declareren van zorg, en op basis daarvan de compliancestrategie te formuleren.

Het is van belang dat de raad van bestuur of directeur begint met het formuleren van duidelijke doelen die refereren aan de basis: 'hoe vinden wij dat de zorg die wij leveren geregistreerd en gedeclareerd moet worden?'

Het is waardevol om een formulering te vinden die aansluit op de documenten waarin de visie van de organisatie op de (kwaliteit van) zorg en de interactie met de cliënt beschreven staat. Het gaat om de wijze waarop de organisatie bijdraagt aan het realiseren van de doelen van de hervorming van de langdurige zorg:

1. vergroten van de kwaliteit van de langdurige zorg en ondersteuning,
2. versterken van de zelf- en samenredzaamheid van burgers,
3. veilig stellen van de financiële houdbaarheid van het stelsel.

De doelen in de compliancestrategie moeten zo concreet zijn uitgewerkt dat het aanknopingspunten geeft voor alle beleidsstukken, werkwijzen et cetera, tot op operationeel niveau. Of het nu gaat om het meerjarenplan voor de doorontwikkeling van het complianceprogramma, de procedurebeschrijving voor de registratie en declaratie van zorg binnen een bepaald domein, de Wlz, de Zvw of de Wmo: voor alle vervolgstappen zijn heldere uitgangspunten nodig.

Acties:

- Formuleer als raad van bestuur of directeur duidelijk 'hoe wij vinden dat de zorg die wij leveren geregistreerd en gedeclareerd moet worden' en laat die formulering aansluiten op de documenten waarin de visie van de organisatie op de kwaliteit van zorg en de interactie met de cliënt beschreven staat.
- Formuleer op basis van deze visie op het registreren en declareren van zorg een compliancestrategie en leg deze vast.
- Werk de doelen in dit document zo concreet uit dat het aanknopingspunten geeft voor alle beleidsstukken, werkwijzen et cetera, tot op operationeel niveau.

4.1.2 'Zo doen we dat hier'

Zorg dat de compliancestrategie voor alle betrokkenen een duidelijk handelingsperspectief biedt voor het registreren en declareren van zorg.

De doelen in de compliancestrategie moeten zo specifiek zijn dat alle medewerkers binnen de organisatie er voor zichzelf een handelingsperspectief uit kunnen destilleren. Aan de hand van zo'n compliancestrategie kunnen de raad van bestuur of een directeur en alle leidinggevenden hetzelfde verhaal vertellen aan alle medewerkers, zowel in het primaire proces als in de ondersteunende diensten. In de hele hiërarchische lijn, tot binnen de zelforganiserende teams, moet duidelijk zijn wat de organisatie ('wij') belangrijk vinden en 'hoe wij hier dus werken'.

Acties:

- Zorg dat de compliancestrategie zo specifiek is dat alle medewerkers binnen de organisatie er voor zichzelf een handelingsperspectief uit kunnen destilleren.
- Houd als raad van bestuur of directeur een duidelijk en eenduidig verhaal aan alle medewerkers.
- In de hele organisatie moet duidelijk zijn wat 'wij' bij het registreren en declareren van zorg belangrijk vinden en 'hoe wij dus werken'.

4.1.3 'Niet alleen, maar samen!'

Zorg intern én extern voor een goede dialoog over correct registreren en declareren van zorg, werk aan een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid.

Intern is het van belang dat er een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat. Een regelmatig terugkerende dialoog tussen de raad van bestuur of directeur en de zorgprofessionals inclusief het leidinggevend kader helpt hierbij. De cirkel sluit zich door een dialoog tussen de raad van bestuur of directeur en het ondersteunend personeel: er ontstaat een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de zorgprofessionals en het ondersteunend personeel voor het correct registreren en declareren van zorg.

Correct registreren en declareren van zorg moet ook een vast agendaonderwerp zijn in de gesprekken met externe partijen. Veelal hebben de gesprekken met de zorgkantoren zich hierop al doorontwikkeld. De komende jaren is het van belang hierover de gesprekken met zorgverzekeraars en gemeenten intensiever aan te gaan.

Voor zowel de interne als de externe dialoog is het van belang om de gedeelde doelen scherp voor ogen te hebben. Deze moeten in de gesprekken aan de orde komen, waarna het helpt om te verdiepen hoe samen correcte registratie en declaratie van zorg te faciliteren en te borgen.

Voorbeeld van een best practice

Bij een zorgaanbieder is de staforganisatie, waaronder de concerncontroller, actief in gesprek gegaan met de lijnorganisatie (directeuren en managers) over mogelijke 'quick wins' voor het vergroten van de compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg. In de gesprekken zijn tips gedeeld hoe deze te realiseren.

Acties:

- Zorg intern én extern voor een goede dialoog over correct registreren en declareren van zorg.
- Werk aan een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid.
- Borg een regelmatig terugkerende dialoog tussen de raad van bestuur of directeur en de zorgprofessionals dan wel het ondersteunende personeel over dit onderwerp.
- Borg ook de dialoog tussen het ondersteunende personeel en de zorgprofessionals en vice versa over het correct registreren en declareren van zorg.
- Laat correct registreren en declareren van zorg een vast agendaonderwerp zijn in de gesprekken met externe partijen en zorg dat de gedeelde doelen het kader zijn tijdens die dialoog.

4.1.4 'Transparant werken in een transparante organisatie'

Werk aan de doorontwikkeling van de organisatie met het doel transparant te zijn. De zorg en de wijze waarop de zorg geregistreerd en gedeclareerd wordt, moet altijd inzichtelijk en uitlegbaar zijn.

Het is van belang transparant te werken. Uiteindelijk gaat het om de ontwikkeling in het (nog beter) borgen van de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie. Of het nu gaat over de Wlz, de Zvw of de Wmo. Transparant werken is een vereiste van zowel de interne controle als de correcte verantwoording aan externe partijen, zoals het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, de gemeente en de accountant.

Transparantie begint met een duidelijke compliancestrategie. Een strategie waaruit blijkt dat het 'inzichtelijk en toegankelijk verantwoorden' een van de doelen is. Daarna gaat het om de juiste interpretatie van wet- en regelgeving, de implementatie daarvan en de doorvertaling naar het primair proces. Het werken met geautomatiseerde controles en managementrapportages helpt hierbij. De rapportages intern en extern moeten hier blijk van geven.

Voorbeeld van een best practice

Een gemeente geeft aan "te werken vanuit vertrouwen, maar wel met een open prijscalculatie". In de overgangperiode "willen wij wel meer betalen, maar dan moet je het kunnen uitleggen en wel eerlijk zijn. Wij willen dan optimale transparantie."

Acties:

- Werk aan de doorontwikkeling van de organisatie met het doel transparant te zijn. De zorg en de wijze waarop de zorg geregistreerd en gedeclareerd wordt, moet altijd inzichtelijk en uitlegbaar zijn.
- Blijf doorontwikkelen om de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie te borgen.
- Ga uit van een compliancestrategie waarin een transparante manier van werken gebord wordt voor zowel de interne controle, als de correcte verantwoording aan externe partijen zoals het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, de gemeente en de accountant.

4.1.5 'Tijd maken om tijd te winnen'

Door tijd te investeren in organisatieontwikkeling hoeft een zorgaanbieder uiteindelijk minder ad hoc te opereren. Het gaat dus om tijd maken om tijd te winnen.

Met effectief performancemanagement is tijd te winnen. Performancemanagement werkt wanneer de top expliciete doelen stelt ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg. Deze doelen moeten worden doorvertaald naar de werkvloer. Het realiseren van deze doelen moet op ieder niveau aan de orde komen. Dit kan bijvoorbeeld in de maandgesprekken.

Voor effectieve sturing op het correct registreren en declareren van zorg, helpt het om SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) gemaakte doelen systematisch door te vertalen naar ieder niveau (cascade) en de daarbij behorende managementinformatie beschikbaar te hebben. Dit is ongeacht in welk domein deze zorg geleverd wordt.

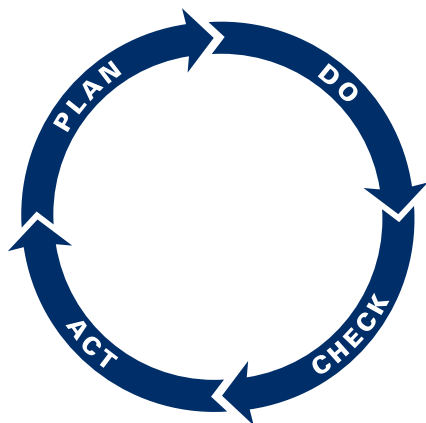
Door tijd te maken om goede managementinformatie te creëren, door periodiek overleggen in te plannen en met regelmaat hierover terug te rapporteren aan de bovenliggende hiërarchische laag, zal de hele organisatie uiteindelijk effectiever zijn. Ook voor zorgaanbieders in de V&V-sector lijkt het nodig om 'tijd te maken om tijd te winnen'.

Acties:

- Investeer tijd in de ontwikkeling van een complianceprogramma om uiteindelijk minder ad hoc te hoeven opereren.
- Zorg voor een effectief performancemanagement waarbij de top expliciete doelen stelt ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg.
- Zorg dat deze doelen worden doorvertaald naar de werkvloer (naar elk niveau).
- Zorg dat de bijbehorende managementinformatie beschikbaar is.
- Creëer een effectieve organisatie door periodieke overleggen af te spreken en met regelmaat hierover terug te rapporteren aan de bovenliggende hiërarchische laag.

Voorbeeld van een best practice

Een zorgaanbieder zet in op de ontwikkeling van zijn complianceprogramma zodat het management kan toekomen aan procesbeheersing en daarna aan procesoptimalisatie. Hiermee hopen ze tijd die nu besteed wordt aan extra bezoeken van IGZ, materiële controles en de implementatie van zelforganisatie te reduceren.



Figuur 2. PDCA-cyclus.

4.1.6 'Sta nooit stil'

Compliant zijn is geen statisch begrip. Het vraagt continue aanpassing van het complianceprogramma. Zet in op een traject van continu leren en verbeteren (PDCA-cyclus).

De zorgaanbieders die verder zijn met de ontwikkeling van hun complianceprogramma hebben de eerste stappen gezet in een proces van continu leren en verbeteren. Zij hebben dan al werkafspraken gemaakt om de leercyclus te benutten.

Een enkele zorgaanbieder gebruikt ook de gesprekken met zijn financiers al voor eigen doorontwikkeling. Die organisaties hebben de basis gereed om een lerende organisatie te worden. Zij gebruiken meerjarenplannen en zetten deze gefaseerd in op het realiseren van quick wins én het doorontwikkelen van de organisatie op middellange en langere termijn. Hiervoor benutten zij niet alleen hun procesbeschrijvingen en AOIC, maar ook specifiek de output van hun risicomanagementmatrix.

Acties:

- Zorg voor doorontwikkeling van het complianceprogramma door in te zetten op een traject van continu leren en verbeteren (PDCA-cyclus).
- Gebruik eventueel ook de gesprekken met financiers voor eigen doorontwikkeling.
- Maak meerjarenplannen voor het doorontwikkelen van de organisatie op middellange en langere termijn. Benut hiervoor procesbeschrijvingen, AOIC en de output van een risicomanagementmatrix.

4.2 Structuur

In een goede structuur zijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden vastgelegd in de portefeuilles van leden van de raad van bestuur en de raad van toezicht. Ook is vastgelegd wat de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn van zowel de ondersteunende diensten als de medewerkers in het primaire proces, zodat correcte registratie en declaratie geborgd wordt. De gemaakte afspraken zijn helder gecommuniceerd binnen de organisatie. Daarnaast zijn er (contractuele) afspraken gemaakt tussen interne en externe betrokkenen (waaronder zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) ten aanzien van registreren en declareren en de controle op de naleving van deze afspraken. Verder is er een duidelijke planning en control (P&C)-cyclus met structurele rapportages die inzicht geven in de effectiviteit van de maatregelen. Ook zijn er specifieke compliance-audits op het gebied van correct registreren en declareren. Dit resulteert in heldere antwoorden op bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Hoe zijn taken en verantwoordelijkheden verdeeld en wie is waarvoor bevoegd?
- Wie rapporteert aan wie?
- Hoeveel hiërarchische niveaus zijn er?
- Hoeveel vrijheid hebben medewerkers om zelf besluiten te nemen en de wijze van uitvoering van hun taak aan te passen?

4.2.1 Three lines of defence

Voor een goede compliance is de organisatie van de *three lines of defence*¹⁶ belangrijk. De wijze waarop dit georganiseerd wordt, hoeft niet binnen iedere organisatie hetzelfde te zijn.

Voor een grote zorgaanbieder is het meestal wel mogelijk om een grotere ondersteunende dienst te organiseren en daarmee de *three lines of defence* intern te borgen. Voor kleinere zorgaanbieders is het intern organiseren van met name de *third line* vaak moeilijker. Voor hele kleine zorgaanbieders is het logischerwijs bijna onmogelijk om dit intern te doen.

Toch is het concept wel in te regelen en zou ook iedere organisatie het gedachtegoed van de *three lines* geborgd moeten hebben, en in ieder geval aan taak (en waar mogelijk) aan functiescheiding doen. Voor de kleinere zorgaanbieder betekent dit bijvoorbeeld dat een externe accountant aangevraagd kan worden. Voor de allerkleinste zorgaanbieders zullen alle drie de lijnen bij een of enkele personen komen te liggen. Van belang is dan dat deze zorgaanbieder en specifiek deze personen zich bewust zijn dat de rol en verantwoordelijkheid van iedere *line of defence* relevant is, en dat de betrokken functionaris(sen) bewust soms met de ‘ene pet’ op moet(en) gaan zitten en soms ook bewust met de ‘andere pet’. Het gaat er dan om het ‘vreemde ogen’ principe te benutten.

Acties:

- Zorg dat er *three lines of defence* belegd zijn.
- Maak duidelijke afspraken over hoe de **first line** correct registreert en daar zelf op te controleert.
- Zorg dat de *second line* de registratie en declaratie toetst en inzichtelijk maakt voor de hele organisatie, bijvoorbeeld door het gebruik van een dashboard met daarin herkenbare kengetallen (KPI's).
- Zorg ook voor een *third line*: een interne (of externe) auditfunctionaris die onafhankelijk en periodiek monitort en onafhankelijk van de twee eerste lijnen rapporteert aan de raad van bestuur.
- Leg op heldere wijze taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden vast (de rapportagelijnen) en creëer eigenaarschap door dit expliciet te maken. Leg dus expliciet vast welke taak ten aanzien van correct registreren en declareren behoort bij elk van de drie lijnen.
 - Grote zorgaanbieders: borg de *three lines of defence* intern.
 - Kleinere zorgaanbieders: zorg dat de *three lines of defence* geborgd zijn, ook wanneer het niet mogelijk is de *third line* intern te organiseren. Maak zo nodig gebruik van een externe accountant.
 - Kleinste zorgaanbieders: wees je bewust dat de rol en verantwoordelijkheid van iedere *line of defence* relevant is en dat soms meerdere *lines of defence* bij één persoon belegd zijn. Maak werkafspraken over het ‘vreemde ogen’ principe.

Voorbeeld van een best practice

Bij een zorgaanbieder is bij concerncontrol expliciet de taak van de *third line* belegd. Deze afdeling beoordeelt tijdens een geïntegreerde audit de opzet en de effectiviteit van de first en second line. Dit houdt in dat de interne controlemedewerkers op basis van een integraal controleplan van concerncontrol de interne controles uitvoeren en dat concerncontrol de uitkomsten van deze audits beoordeelt, consolideert en erover rapporteert in de raad van bestuur. Zij bewaken ook de follow-up op de bevindingen en ontwikkelen het auditplan op basis van de uitkomsten door.

¹⁶ Zie ook Kader 5. *Three lines of defence*.

4.2.2 Registratie aan de bron: de gouden standaard!

Registratie begint aan de bron (first line). Iedere bij de registratie betrokken professional is primair verantwoordelijk voor een juiste registratie. Dit zou voor iedere organisatie moeten gelden en ook beschreven en gecommuniceerd moeten zijn.

In de V&V-sector geldt dat registratie (juist, tijdig en volledig) aan de bron de gouden standaard is. Bijna alle zorgaanbieders hebben dit voor ogen en dit ook in hun beleid opgenomen.

De implementatie van registratie aan de bron vraagt bij de meeste zorgaanbieders nog aandacht. Dit heeft verschillende redenen. Soms werkt het ECD nog niet goed. Soms zijn de zorgprofessionals (nog) niet in staat om de registratie aan de bron goed te verzorgen. De reden hiervoor kan zijn dat zij niet gewend zijn met ICT-systemen om te gaan of dat zij niet weten hoe ze correct moeten registreren. In een aantal gevallen heeft er nog geen cultuuromslag bij de zorgprofessionals plaatsgevonden en zijn zij zich niet bewust van hun verantwoordelijkheid in dit proces.

Het is aan de zorgaanbieder om, afhankelijk van de grootste bottleneck binnen die organisatie, in te zetten op die transitie die bijdraagt aan het goed functioneren van de *first line of defence*. Soms is door simpelweg (nog) meer prioriteit te geven aan de doorontwikkeling van het ECD en het beschikbaar stellen van handige tools aan de zorgprofessionals. Vaak moet er meer tijd besteed worden aan het meenemen van de zorgprofessionals en hun leidinggevendenden in de ontwikkelingen.

Daar waar de zorgaanbieders werken met zelforganiserende teams, moeten juist voor specifiek die situatie de kaders en randvoorwaarden uitgewerkt en geïmplementeerd worden. Misschien is dit een uitdaging waarbij de branche als geheel van elkaar zou kunnen leren.

Acties:

- Creëer het besef dat iedere bij de registratie betrokken professional primair verantwoordelijk is voor een juiste registratie. Beschrijf en communiceer dit binnen de organisatie.
- Registratie aan de bron is de gouden standaard, neem dit dus ook op in het beleid.
- Voor juiste registratie is een goed werkend ECD nodig. Zorgprofessionals moeten weten hoe zij daarin correct moeten registreren. Aandacht voor registreren vraagt soms nog wel een cultuuromslag.
- Daar waar de zorgaanbieders werken met zelforganiserende teams, moeten juist voor specifiek die situatie de kaders en randvoorwaarden voor het registreren van zorg uitgewerkt en geïmplementeerd worden.

4.2.3 Zorgadministratie is teamwork

Zorgadministratie is teamwork en dit geldt niet alleen voor grotere organisaties, maar juist ook voor de middelgrote en kleine organisaties.

Belangrijk is dat de taken goed verdeeld zijn over de deelstappen, zowel horizontaal (het cliëntproces) als verticaal (de hiërarchische sturing, de uitvoer van de deeltaken en controle daarop).

Bij grotere organisaties kan bij het inrichten van de optimale compliancestructuur gekozen worden voor een centrale kennisorganisatie. Hierin kunnen taken belegd worden bij toegewijde medewerkers die alle expertise in huis hebben over de wet- en regelgeving en de wijze waarop de zorg geregistreerd en gedeclareerd moet worden. Naarmate de organisatie kleiner is, zullen de expertise en taken bij een beperktere groep medewerkers belegd moeten worden. De taken zijn niet anders en zullen dan ook slimmer belegd moeten worden.

Acties:

- Zorgadministratie is teamwork. Binnen de zorgadministratie heeft ieder een eigen rol, maar stuur op het nemen van de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van de (functie overstijgende) doelen.
- Belangrijk is dat de taken goed verdeeld zijn, zowel horizontaal (over het cliëntproces) als verticaal (in de hiërarchische sturing).
- Grotere organisaties: er kan gekozen worden voor een centrale kennisorganisatie waarbij taken belegd worden bij toegewijde medewerkers die alle expertise in huis hebben over de wet- en regelgeving, en de wijze waarop de zorg geregistreerd en gedeclareerd moet worden.
- Kleinere organisaties: de taken zijn niet anders, maar zullen slimmer belegd moeten worden bij een beperktere groep medewerkers.

4.2.4 Onafhankelijk oordeel vraagt onafhankelijke positie derde lijn

Stel een onafhankelijke auditfunctionaris aan met een directe lijn naar de raad van bestuur en de raad van toezicht. Zorg voor een onafhankelijke positie van de *third line of defence*.

Afhankelijk van de omvang van de organisatie zal de *third line* (controleren en begeleiden van de ontwikkeling van de compliance op het gebied van correct registreren en declareren) zijn belegd bij een interne afdeling of auditfunctionaris. Om deze interne auditfunctionaris of afdeling effectief te laten zijn, is een juiste positionering nodig. Hiertoe moet de functionaris of afdeling in direct contact staan met de raad van bestuur en hangt deze idealiter hiërarchisch direct onder de raad van bestuur. Deze onafhankelijkheid is een randvoorwaarde om betrouwbare interne controle te waarborgen. Communiceer over de rol binnen de organisatie en geef de functionaris bijpassende bevoegdheden.

Voorbeeld van een best practice

Een zorgaanbieder die net als de meeste zorgaanbieders voor de ondersteunende diensten met een functionele organisatiestructuur werkt (klantadministratie, financiële administratie et cetera), zoekt expliciet naar manieren om over te stappen van functionele sturing naar procesmatige sturing. Zij werken toe naar op strategisch-tactisch niveau één proceseigenaar per financieringsstroom.

Niet alleen de formele positionering maar ook een meer impliciete bevestiging van die positionering is van belang. Hierbij speelt het antwoord op de volgende vragen een belangrijke rol: op welke afdeling zit de medewerker of dienst? Bij welke vergaderingen is deze aanwezig? Welke verantwoordelijkheden krijgt deze toebedeeld? Hoe praten de raad van bestuur en de medische staf erover? Wordt de medewerker of dienst serieus genomen? Wordt bijvoorbeeld verwacht dat deze periodiek zelfstandig de raad van toezicht informeert? Et cetera.

Acties:

- Afhankelijk van de omvang van de organisatie zal de *third line* belegd moeten worden bij een interne afdeling of auditfunctionaris. Hierbij is een juiste positionering nodig.
- Deze functionaris of afdeling moet in direct contact staan met de raad van bestuur of de directeur en hangt idealiter hiërarchisch direct onder de raad van bestuur.
- Zorg niet alleen voor de formele positionering maar ook voor een meer impliciete bevestiging van die positionering. De functionaris of afdeling moet onafhankelijk zijn om betrouwbare interne controle te waarborgen.
- Communiceer over de rol binnen de organisatie en geef de functionaris bijpassende bevoegdheden.

4.3 Systemen

Een goed complianceprogramma bevat een compliancekader gericht op de processen van het registreren en declareren van zorg met periodieke risicoanalyses. Hierbij wordt bijvoorbeeld het *three lines of defence*-systeem als basis gebruikt, waarbij de werkafspraken over de drie lagen vastgelegd en bekend zijn (zie ook paragraaf 4.2.1.)

Het eigenaarschap van het complianceprogramma ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg is belegd en het systeem wordt actueel gehouden. Er is een controleplan en fouten worden geanalyseerd en frequent gerapporteerd aan in ieder geval de raad van bestuur, met opvolging van de verbeterpunten. Tevens wordt de raad van toezicht structureel geïnformeerd over de werking van het programma.

Ten slotte is het registratiesysteem zo ingericht dat alleen geautoriseerden kunnen registreren en zijn er afspraken gemaakt over de autorisatie om wijzigingen door te voeren. Het is helder wie op welke wijze besluiten neemt en welke overlegstructuren in de organisatie aanwezig zijn. Daarbij is het belangrijk dat bestaande systemen geen belemmering zijn voor slagvaardig en flexibel functioneren. Daarnaast moet het systeem borgen dat de gevolgen van de verandering in wet- en regelgeving worden vertaald in het registratieproces, de ICT-systemen en eventueel het zorgproces.

4.3.1 Systematische risicoanalyse als voorwaarde voor continu verbeteren

Voer periodiek een systematische risicoanalyse uit ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg en formuleer gericht beheersmaatregelen.

Van belang is deze taak te beleggen bij een compliancefunctionaris, de interne auditfunctionaris of concerncontrol. Door dit systematisch te doen, krijgt de organisatie inzicht in waar de grootste risico's zitten en welke gerichte beheersmaatregelen moeten worden ingezet. Beheersmaatregelen kunnen vele vormen hebben: van handmatige controles van de registratie tot trainen van personeel.

Acties:

- Voer periodiek een systematische risicoanalyse uit ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg en formuleer gericht beheersmaatregelen.
- Beleg de systematische risicoanalyse bij een compliancefunctionaris, de interne auditfunctionaris of concerncontrol om zo maatregelen in te kunnen zetten om de grootste risico's beheersbaar te maken.

4.3.2 Naar één geïntegreerd ECD met automatische koppeling naar andere systemen

Streef naar werken met één ECD en benut geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen om de compliance ten aanzien van correcte registratie en declaratie te vergroten.

Zet in op integratie wanneer er sprake is van verschillende ECD's en de koppeling naar de andere systemen. Dan kan het zorgpersoneel niet alleen effectiever opgeleid worden in het registreren van zorg, maar kan ook het registreren en declareren van zorg doelmatiger.

Beschouw ICT als een essentieel onderdeel van de bedrijfsvoering om kwaliteitsverbetering in de zorg en bedrijfsvoering te kunnen realiseren. Zet stappen in de voetsporen van de ziekenhuizen en sluit aan bij de transitie van de hele keten (eerste, tweede en derde lijn)¹⁷.

Benut geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen, vooral ook tussen verschillende systemen, zodat het niet alleen het aantal handmatige controles reduceert, maar ook de compliancerisico's beheersbaarder maakt.

Acties:

- Streef naar het werken met één ECD en zet in op integratie wanneer er sprake is van verschillende ECD's en de koppeling naar de andere systemen.
- Beschouw ICT als een essentieel onderdeel van de bedrijfsvoering om kwaliteitsverbetering in de zorg en bedrijfsvoering te kunnen realiseren.
- Benut geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen, vooral ook tussen verschillende systemen, zodat het niet alleen het aantal handmatige controles reduceert, maar ook de compliancerisico's beheersbaarder maakt.

Voorbeeld van een best practice

Een zorgaanbieder heeft als onderdeel van zijn 'controleplan per financieringsstroom' de eisen uit de contracten samengevat in een risicomatrix. Per risico is een inschatting gemaakt van het risico en is een passende controlemaatregel geformuleerd. De risico's zijn bepaald aan de hand van controles met behulp van steekproeven en data-analyse. Tijdens de steekproeven is erop gelet of bijvoorbeeld in de zorgdossiers getekende zorgovereenkomsten en zorgplannen aanwezig zijn, of er gedocumenteerd is of er sprake is van mantelzorg en of er een geldige legitimatie was. Met de data-analyse is gekeken of de juiste tarieven gehanteerd zijn, of er sprake is van onrechtmatige samenloop van Zvw en Wlz, of er sprake is van zorglevering buiten de indicatie en of de zorg geleverd is door een deskundige zorgverlener (juiste opleidingsniveau).

Voorbeeld van een best practice

Enkele zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren fors ingezet op de ICT-ontwikkeling. Zij hebben nu de stap kunnen zetten naar het inzetten van (extra) geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen voor registratie en declaratie. Zij zijn niet aan de slag gegaan met zelfbouw, maar hebben gekozen voor standaardoplossingen die in de markt beschikbaar zijn.

¹⁷ <https://www.skipt.nl/actueel/id28741-ziekenhuizen-worden-echte-ict-organisaties.html>

4.3.3 Afstemmen *binnen elke line of defence*

Als de basis (*strategie en structuur*) staat, kan ieder niveau (*iedere lijn*) een bijdrage leveren aan het gezamenlijke doel van correcte registratie en declaratie van zorg.

Zet in op bewustwording van ieders verantwoordelijkheid. Elk hiërarchisch niveau heeft een eigen taak en dus ook eigen verantwoordelijkheid. Van belang is dat ieder niveau, ieder team, in het correct registreren dan wel declareren van zorg taakvolwassen wordt. Hierop is vaak nog veel te winnen. Taakvolwassenheid gaat in dit geval om: weet wat de regels zijn, weet wat dat betekent voor jouw taak en weet wat dat betekent voor de relatie met taken van anderen. Overleg en afstemming binnen de betreffende *line* is hiervoor cruciaal.

Voor de zorgadministratie (*second line*) betekent dit dat de veranderingen van wet- en regelgeving moeten worden doorvertaald naar zowel de zorgpraktijk, als de ICT-systemen, en de afdeling die de declaraties verzorgt.

Voor de zorgprofessional, het team en de bijbehorende leidinggevende (*first line*) betekent dit dat zij zich op de hoogte stellen van de wijzigingen in registratieregels en -procedures. Dit is niet alleen van belang voor de organisatie, maar ook voor de cliënt én de maatschappij. Daarbij moet hij of zij weten wat de geldende procedures en werkafspraken zijn en wat te doen bij vragen of onduidelijkheden.

Voor de interne auditafdeling of concerncontrol (*third line*) betekent dit dat er goede werkafspraken moeten zijn met de raad van bestuur, de accountant en raad van toezicht. Een heldere taak- en rolverdeling is belangrijk.

Voorbeeld van een best practice

Een zorginstelling heeft ervoor gekozen dat concerncontrollers zich niet alleen richten op financiën, maar ook op andere aspecten van de organisatie, zoals HRM en zorg. Bij deze integrale focus hoort dat de controllers zich ook verdiepen in de verbindende schakels binnen de organisatie. Hierdoor ontstaat een goede afstemmingen binnen de verschillende deelgebieden, waardoor de kwaliteit van beslissingen verbetert.

Acties:

- Zet in op bewustwording van ieders verantwoordelijkheid en taken.
- Zorg voor taakvolwassenheid binnen ieder niveau en ieder team. Overleg en afstemming binnen de betreffende *line* is hiervoor cruciaal.
 - Zorgprofessional, het team en de bijbehorende leidinggevende (*first line*): blijf op de hoogte van de wijzigingen in registratieregels en -procedures, de geldende procedures en werkafspraken en wat te doen bij vragen of onduidelijkheden.
 - Zorgadministratie (*second line*): vertaal de veranderingen van wet- en regelgeving naar zowel de zorgpraktijk, als de ICT-systemen en de afdeling die de declaraties verzorgt.
 - Interne auditafdeling of concerncontrol (*third line*): zorg dat er goede werkafspraken zijn met de raad van bestuur, de accountant en raad van toezicht.

4.3.4 Afstemmen **tussen de three lines of defence**

Een integrale complianceaanpak vraagt afstemming tussen de three lines of defence.

Als de basis staat (*three lines of defence*, paragraaf 4.2.1) en er sprake is van structureel overleg binnen iedere lijn, kan door overleg tussen de lijnen via een PDCA-cyclus gewerkt worden aan continue verbetering. Het gaat om reguliere overleggen en werkafspraken waarin zorgprofessionals samen met medewerkers van de tweede lijn (veelal de zorgadministratie) komen tot een gedeeld beeld van de wijze van registratie. Dit geldt ook voor de overlevorm waarin medewerkers van de zorgadministratie samen met de interne controlefunctionaris komen tot een gedeeld beeld van de mogelijkheden voor het reduceren van risico's op incorrect registreren en declareren van zorg. Zorg dat deze overleggen er komen.

Zorg dus voor procedureafspraken tussen de *three lines of defence*. Op operationeel niveau zijn heldere afspraken nodig over de overlegstructuren binnen de organisatie. Het strategisch en tactisch niveau moet dit overleg stimuleren en verwachten.

Acties:

- Een integrale complianceaanpak vraagt afstemming tussen de three lines of defence.
- Zorg voor procedureafspraken tussen de *three lines of defence*. Op operationeel niveau zijn heldere afspraken nodig over de overlegstructuren binnen de organisatie. Het strategisch en tactisch niveau moet dit overleg stimuleren en verwachten.
- Werk aan continue verbeteringen door regulier overleg in te plannen en werkafspraken te maken tussen de lijnen.

4.3.5 *Strategisch overleg over de three lines of defence*

Stel een organisatiebrede werkgroep in voor verbetering van de registratie, waar mogelijk met inbreng van externe expertise.

Het doel van een organisatiebrede werkgroep is om de dialoog intern over correct registreren en declareren te versterken (zie ook paragraaf 4.1.3). Deze werkgroep kan ook structureel het overleg aangaan of input leveren voor het overleg met externe stakeholders. Op de agenda van deze overleggen moeten zowel beleidsmatige (strategische) keuzes (waar zetten wij het komende halfjaar op in?) als meer casusgerichte onderwerpen (dilemmabesprekingen) staan.

Veelal is het mogelijk om aan de hand van deze besprekingen conclusies te trekken voor de hele organisatie, in ieder geval voor de betreffende financieringsstroom. Door consequent dit gesprek te voeren, ontstaat een lerende organisatie.

Acties:

- Stel een organisatiebrede werkgroep in voor verbetering van de registratie, waar mogelijk met inbreng van externe expertise, met als doel om de interne dialoog te versterken zodat een lerende organisatie ontstaat.
- Deze werkgroep kan ook structureel het overleg aangaan of input leveren voor het overleg met externe stakeholders.
- Op de agenda van deze overleggen moeten zowel beleidsmatige (strategische) keuzes staan (waar zetten wij het komende halfjaar op in) als meer casusgerichte onderwerpen (dilemmabesprekingen).
- Trek aan de hand van deze besprekingen conclusies voor de hele organisatie, of enkel voor de betreffende financieringsstroom.

4.3.6 *(Be)stuurrapportage(s)*

Werk met periodieke rapportages over de compliance op het gebied van het registreren en declareren van zorg.

Maak periodieke rapportages om de raad van bestuur en de raad van toezicht inzicht te geven in de werking van het complianceprogramma en de mate van beheersing van registratie- en declaratierisico's.

Voor de raad van bestuur zijn rapportages over compliance op het gebied van het registreren en declareren van zorg noodzakelijk om de prestaties te managen en hierop te kunnen sturen.

Acties:

- Werk met periodieke rapportages over de compliance op het gebied van het registreren en declareren van zorg.
- Maak periodieke rapportages om de raad van bestuur en de raad van toezicht inzicht te geven in de werking van het complianceprogramma en de mate van beheersing van registratie- en declaratierisico's.

4.3.7 Samen verantwoordelijk betekent ook écht samen verantwoordelijk
Verantwoordelijk zijn gaat verder dan alleen het uitspreken ervan. Het betekent ook dat de organisatie deze verantwoordelijkheid vastlegt en hier consequenties aan verbindt.

In de V&V zijn medewerkers over het algemeen in dienst van de organisatie. Het is belangrijk dat in de arbeidsovereenkomsten een verwijzing is opgenomen naar de verantwoordelijkheid voor correcte registratie. Daar waar sprake is van inhuur van ZZP'ers of onderaannemerschap is het van belang dat de verantwoordelijkheid voor correcte registratie in de overeenkomsten staat.

Door (mede)verantwoordelijkheden contractueel vast te leggen kan het internaliseren van verantwoordelijkheden worden versneld. Een onderdeel van deze contracten kunnen kwantitatieve afspraken zijn over bijvoorbeeld tijdige registratie en maximale percentages correcties. Kwalitatieve afspraken kunnen gaan over het vullen van de zorgplannen. Het is belangrijk de verantwoordelijkheden en consequenties van het niet nakomen van afspraken expliciet vast te leggen in de contracten of centrale beleidsdocumenten. De consequenties van niet correct registeren zijn te groot.

Acties:

- Zorg dat de organisatie verantwoordelijkheden vastlegt en hieraan consequenties verbindt.
- Neem in de arbeidsovereenkomsten een verwijzing op naar de verantwoordelijkheid voor correcte registratie van zorg in de functieprofielen.
- Bij de inzet van ZZP'ers of onderaannemerschap is het van belang dat de verantwoordelijkheid voor correcte registratie van zorg in de overeenkomsten staat.
- Maak de afspraken concreet door zowel kwantitatieve afspraken over bijvoorbeeld de tijdigheid van de registratie en het maximale percentages correcties te maken als kwalitatieve afspraken over het vullen van de zorgplannen.

4.3.8 Klokkenuidersregeling¹⁸

Het structureel niet correct registreren en declareren van zorg kan gezien worden als een misstand met een maatschappelijk belang. Een klokkenuidersregeling kan bijdragen aan een open aanspreekcultuur, een goed systeem van veilig melden en een cultuur van het bespreken van dilemma's en het leren van fouten.

Op 1 juli 2016 is de wet Huis voor klokkenuiders (wet Hvk) in werking getreden. De wet Hvk voorziet in de oprichting van het Huis voor klokkenuiders. Het Huis adviseert sinds 4 juli 2016 werknemers met een vermoeden van een misstand met een maatschappelijk belang, kan onderzoek doen naar deze vermoede misstand en naar de wijze waarop de werkgever zich tegenover de melder heeft gedragen. Verder verplicht de wet Hvk werkgevers bij wie ten minste vijftig personen werkzaam zijn tot het vaststellen van een procedure voor het omgaan met het melden van een vermoeden van een misstand.

Actiz is als brancheorganisatie aangesloten bij de Brancheorganisaties Zorg (BoZ). Voor de leden van de bij BoZ aangesloten brancheorganisaties is het verplicht een klokkenuidersregeling te hebben. De BoZ heeft recent een nieuw model ontwikkeld dat geënt is op de wet Huis voor klokkenuiders (Hvk) en aansluit bij de nieuwe Zorgbrede Governancecode¹⁹. BTN is geen lid van de BoZ, maar heeft de nieuwe Zorgbrede Governance Code in haar statuten verankerd en daarmee verplicht gesteld voor haar leden. Op basis van de Wet op de ondernemingsraden geldt een instemmingsrecht van de ondernemingsraad voor deze modelregeling of een aangepaste versie daarvan.

Voor alle zorgaanbieders is het van belang een klokkenuidersregeling van toepassing te verklaren en een koppeling te leggen met “wanneer er vermoedens van fraude rondom registratie en declaratie van zorg zijn”.

Als medewerkers opzettelijke onrechtmatigheden in de registratie vermoeden, is het van belang dat zij dit op toegankelijke en vertrouwelijke wijze kunnen melden. Zij moeten dan wel weten dat zo'n klokkenuidersregeling bestaat. In de regeling moeten de gevolgen van opzettelijke onrechtmatigheden duidelijk staan beschreven. Verder moet de regeling binnen de organisatie gecommuniceerd zijn en moet hier ook naar worden gehandeld.

Acties:

- Zorg door middel van een klokkenuidersregeling voor een open aanspreekcultuur, een goed systeem van veilig melden en een cultuur van het bespreken van dilemma's en het leren van fouten.
- Verklaar een klokkenuidersregeling van toepassing, informeer de medewerkers via bijvoorbeeld intranet hierover en handel naar deze regeling.

¹⁸ <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/publicaties/klokkenuidersregeling>

¹⁹ <http://www.governancecodezorg.nl/>

4.4 Stijl

Het is belangrijk dat de raad van bestuur en het management zich verantwoordelijk voelen voor correct registreren en declareren van zorg en het belang hiervan actief uitdragen binnen de organisatie (voorbeeldgedrag). Dit kan onder andere door het maken van resultaatafspraken, door de mogelijkheid te creëren voor het laagdrempelig melden van fouten, door te communiceren over fraude en de consequenties van fraude uit te dragen.

Daarnaast is het belangrijk dat de raad van bestuur medewerkers de mogelijkheid biedt om kennis ten aanzien van correct registreren dan wel declareren te vergroten.

De dialoog met de toezichthouder, zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeenten en brancheverenigingen over de borging van correct registreren en declareren van zorg versterkt de stijl (zie ook paragraaf 4.1.3).

Of een leiderschapsstijl passend is en bijdraagt aan het vergroten van de compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg, valt te beoordelen aan de hand van bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Hoe gaan leidinggevenden om met kritiek en conflicten?
- Vinden de medewerkers hun leidinggevende betrouwbaar en bereikbaar?
- Durven leidinggevenden te delegeren?
- Hoe reageren leidinggevenden op fouten van hun medewerkers?
- Hoe wordt er samengewerkt?
- Hoe worden mensen aangestuurd?

4.4.1 'Walk your talk'

De raad van het bestuur en het management moeten de strategie met betrekking tot correct registreren en declareren van zorg actief uitdragen door voorbeeldgedrag te tonen. Voorbeeldgedrag waarmee de visie (zie ook paragraaf 4.1.2) tot uiting komt.

De leiderschapsstijl en het voorbeeldgedrag van de raad van bestuur hebben invloed op de gehele organisatie. Als de bestuurder zegt dat correct registreren en declareren belangrijk is (*tone at the top*), dan zal hij of zij zich hier ook naar moeten gedragen. Dit betekent niet alleen zelf medewerkers het goede voorbeeld geven, maar ook zichtbaar van medewerkers hetzelfde verlangen.

Het gaat om het motiveren van al het personeel: zowel het personeel in het primaire proces, als die in de ondersteunende diensten. Voorbeeldgedrag tonen kan via grote én kleine dingen: van het uitspreken van de visie en het verbinden van consequenties aan gedrag, tot uitdelen van individuele complimenten dan wel kritiek over de kwaliteit van de registratie.

De raad van bestuur en het management staan in de schijnwerpers om de compliancestrategie uit te dragen. Bestuurders kunnen concreet vragen om overleg 'over de *three lines of defence* heen' te organiseren en structureel aan te schuiven bij deze overleggen. Dat zij voorbeeldgedrag vertonen is een randvoorwaarde voor ontwikkeling van het complianceprogramma.

Acties:

- De raad van bestuur dan wel de directeur en het management moeten het belang van correct registreren en declareren van zorg actief uitdragen door voorbeeldgedrag te tonen waardoor de visie tot uiting komt.
- Motiveer medewerkers en verlang van hen hetzelfde voorbeeldgedrag.

4.4.2 Toezicht is meer dan toekijken

Ga als raad van toezicht in de rol van toezichthouder in gesprekken met de raad van bestuur in op de wijze waarop de doorontwikkeling van het complianceprogramma ten aanzien van correct registreren en declareren vorm krijgt.

De raden van toezicht van deze zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid toezicht te houden op de wijze waarop de zorgaanbieder de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en de toegankelijkheid van de administratie, en de interne controle daarop geborgd heeft. Realiseer hierbij dat de verschillende domeinen (Zvw, Wlz en Wmo) verschillende processen ‘van contract naar controle’ met zich meebrengen en dat dit ook andere vragen van een toezichthouder vereist. Tegelijkertijd zijn de processen van verwijzing naar indicatie, zorglevering, registratie en uiteindelijk declaratie van zorg in beginsel hetzelfde.

De raad van toezicht moet zich ervan vergewissen dat dit in hun organisatie goed georganiseerd en daarmee bestuurbaar is. De Zorgbrede Governancecode (Governancecode Zorg, 2017) biedt hier handvatten voor. Agendeer in de vergaderingen periodiek correct registreren en declareren van zorg, houd contact met de auditfunctionaris of afdeling en vraag om inzicht met behulp van rapportages. Zorg ervoor dat de interne auditfunctionaris, naast een lijn met de raad van bestuur ook een directe lijn heeft met de raad van toezicht, zodat deze de raad van toezicht actief kan benaderen wanneer dat nodig is en omgekeerd.

Acties:

- Ga als raad van toezicht in de rol van toezichthouder in de gesprekken met de raad van bestuur of directeur in op de wijze waarop de doorontwikkeling van het complianceprogramma ten aanzien van correct registreren en declareren vorm krijgt.
- Houd toezicht op de wijze waarop de zorgaanbieder de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en de toegankelijkheid van de administratie en de interne controle daarop geborgd heeft.
- Realiseer dat de verschillende domeinen (Zvw, Wlz en Wmo) verschillende processen ‘van contract naar controle’ met zich meebrengen en dat dit ook andere vragen van een toezichthouder vereist.
- Agendeer in de vergaderingen van de raad van toezicht periodiek het onderwerp correct registreren en declareren van zorg.
- Zorg ervoor dat de interne auditfunctionaris, naast een lijn met de raad van bestuur, ook een directe lijn heeft met de raad van toezicht, zodat deze de raad van toezicht actief kan benaderen wanneer dat nodig is en omgekeerd. Houd contact met de auditfunctionaris en vraag om inzicht met behulp van rapportages.

4.4.3 *Toon professioneel (medisch, verpleegkundig en verzorgend) leiderschap*

Toon als zorgprofessional leiderschap in relatie tot de cliënt, in relatie tot de organisatie én leiderschap in relatie tot de maatschappij.

Toon leiderschap op drie niveaus: in relatie tot de cliënt, in relatie tot de organisatie én leiderschap in relatie tot de maatschappij. Benut de CanMEDS-profielen²⁰ nu deze ook uitgewerkt zijn voor andere zorgprofessionals. Toon dit via voorbeeldgedrag naar collega-zorgprofessionals. Dan draag je als zorgprofessional bij aan de doorontwikkeling van jouw organisatie; aan de ontwikkeling tot een continue lerende organisatie.

Acties:

- Toon als zorgprofessional leiderschap in relatie tot de cliënt, de organisatie én in relatie tot de maatschappij.
- Benut de CanMEDS-profielen nu deze ook uitgewerkt zijn voor andere zorgprofessionals dan artsen.
- Toon dit leiderschap via voorbeeldgedrag naar collega-zorgprofessionals.

4.4.4 *Kennis delen is noodzaak*

Maak gebruik van de kennis en ervaring die de afgelopen jaren is opgedaan door verschillende zorgaanbieders in en buiten de regio.

Tijdens de gesprekken is gebleken dat verschillende zorgaanbieders al hele mooie stappen in de ontwikkeling van delen van hun complianceprogramma ten aanzien van het registreren en declareren van zorg hebben gemaakt.

Sommige zorgaanbieders hebben een mooie *three line of defence* ingericht. Andere hebben grote stappen gezet in het opzetten van automatische controles. Hiermee worden niet het automatische koppelingen en de rapportages die het ECD genereert bedoeld, maar de (extra) geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen voor registratie en declaratie die leveranciers aanbieden. Deze geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen zijn in de ziekenhuissector al veelvuldiger geïmplementeerd. Andere zorgaanbieders hebben grote stappen gezet in het faciliteren van geautomatiseerde registratie aan de bron. Individuele zorgaanbieders en de sector als geheel zullen er profijt van hebben wanneer deze kennis en ervaring gedeeld wordt.

²⁰ *CanMEDS is een systeem van zeven competentiegebieden dat in de jaren '90 in Canada is ontwikkeld voor oorspronkelijk medisch specialisten. In Nederland zijn ze voor artsen al langer gemeengoed: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit en kwaliteit. Meer recent zijn ze ook voor andere beroepsgroepen uitgewerkt zoals de verpleegkundigen en verzorgenden. Meer informatie via: <http://kwaliteitsregister.vernv.nl/Aanbieders/CanMEDS>*

Dus: zoek elkaar op! Denk hierbij aan regionaal of landelijk overleg tussen de inhoudelijk verantwoordelijken om de 'best practices' te delen, waarbij sommige handvatten zeer geschikte onderwerpen zijn:

- Hoe de *three lines of defence* vorm te geven?
- Hoe te komen tot geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen?
- Welke kaders en randvoorwaarden meegeven aan zelforganiserende teams zodat zij hun verantwoordelijkheid kunnen en willen nemen? Welke trainingen/ workshops kunnen er voor deze groep georganiseerd worden?
- Hoe neem je (hele teams) zorgprofessionals mee in hun rol als zorgprofessional in de nieuwe wereld van marktwerking? Hoe kan je ze helpen (meer) leiderschap te tonen in relatie tot de cliënt, de organisatie en de maatschappij?
- Welke dilemma's kom je tegen op de domeingrenzen en hoe ga je daarmee om? Wat zijn de inzichten die je mee kunt nemen in de gesprekken met de financiers (zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgkantoren)?

Mogelijk kunnen de brancheorganisaties hierbij een bemiddelende rol spelen. In deze nieuwe wereld van open netwerken is het van belang om als zorgaanbieder en als sector te leren. Belangrijk is – gegeven de context – samen sterker te worden waardoor de sector trots op zichzelf kan zijn.

Acties:

- Maak gebruik van de kennis en ervaring die de afgelopen jaren is opgedaan door verschillende zorgaanbieders in en buiten de regio.
- Deel best practices. Denk bijvoorbeeld aan het delen van kennis over het gebruik van geautomatiseerde signalerings- en controlesystemen of geautomatiseerde registratie aan de bron.
- Doe een beroep op de brancheorganisaties om hierbij een bemiddelende rol te spelen.

4.4.5 *Leer van fouten!*

Een zorgorganisatie waar geen fouten gemaakt worden, is een illusie. Het gaat om te leren van fouten en daarover transparant te zijn!

Het gaat om het samen creëren van een klimaat waarbij het positief is om registratiefouten te melden. Dit vraagt een stijl van leidinggeven die medewerkers stimuleert om onzekerheden over registratie te melden. Het praten over fouten draagt bij aan een constructieve dialoog, waardoor een zorgaanbieder stappen kan zetten naar een lerende organisatie. Ook hier dienen de raad van bestuur en andere leidinggevendenden expliciet aan te geven dat het van belang is van fouten te leren. Het gaat erom 'nu tijd te maken om uiteindelijk tijd te winnen'.

Acties:

- Zorg dat geleerd wordt van fouten en wees transparant.
- Creëer een klimaat waarbij het positief is om registratiefouten te melden door gebruik te maken van een stijl van leidinggeven die medewerkers stimuleert om onzekerheden over registratie te melden.
- Zorg voor een constructieve dialoog, waardoor een zorgaanbieder stappen kan zetten naar een lerende organisatie.
- Ook hier dienen de raad van bestuur en andere leidinggevendenden expliciet aan te geven dat het van belang is van fouten te leren.

4.4.6 Complianceambassadeurs

Zet complianceambassadeurs in om bij te dragen aan de versnelling van de noodzakelijke cultuurverandering.

Het gaat om een cultuurverandering waarbij medewerkers zich bijvoorbeeld meer bewust worden dat 'de AWBZ' niet meer bestaat en leren handelen vanuit de doelen van de hervorming van de langdurige zorg. Het gaat daarbij ook om het versterken van de zelf- en samenredzaamheid van burgers, en het veilig stellen van de financiële houdbaarheid van het stelsel. In het algemeen geldt dat medewerkers het 'gewoon gaan vinden' dat er ingezet wordt op het correct registreren en declareren van zorg. Een complianceambassadeur kan helpen deze cultuurverandering te realiseren.

Een complianceambassadeur kan een zorgprofessional zijn die als voorloper energie steekt in het meenemen en motiveren van collega's in het primaire proces. Het kunnen ook energieke collega's van de zorgadministratie zijn die voldoende aansluiting hebben bij de zorgprofessionals om deze rol te vervullen.

Het is van belang dat de *first line* de kennis over correct registreren en declareren van zorg verspreidt binnen de *first line*. Hierdoor leren collega's van elkaar. Dit geldt ook voor complianceambassadeurs binnen de ondersteunende diensten.

Een complianceambassadeur is een spin in het web, heeft energie en is gedreven. Hij of zij begrijpt het belang van de individuele medewerker, het belang van de organisatie en het gezamenlijke (maatschappelijke) belang om de zorg transparant, betaalbaar en toegankelijk te houden. De complianceambassadeur heeft de competentie om verbindingen te leggen binnen de organisatie.

Het is hierbij van belang dat de raad van bestuur en het management de tijd nemen voor het detecteren en het actief benoemen van complianceambassadeurs, en samen het belang van deze rol uitdragen.

Acties:

- Vraag voorlopende zorgprofessionals als complianceambassadeur om bij te dragen aan de versnelling van de noodzakelijke cultuurverandering. Een voorbeeld hiervan is een cultuurverandering waarbij medewerkers zich bewust worden dat 'de AWBZ' niet meer bestaat en men handelt in lijn met de doelen van de hervorming van de langdurige zorg, waaronder het versterken van de zelf- en samenredzaamheid van burgers, en het veilig stellen van de financiële houdbaarheid van het stelsel.
- Vraag de medewerkers uit de *first line* expliciet de kennis over correct registreren en declareren van zorg te verspreiden binnen de *first line*.
- De raad van bestuur dan wel directeur en het management moeten de tijd nemen voor het detecteren en het actief benoemen van complianceambassadeurs, en samen het belang van deze rol uitdragen.

4.5 Staf

Als het gaat om voldoende en vooral ook bekwaam personeel ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg in het primaire en het ondersteunende proces, is het van belang te weten welke functies welke rol spelen bij het registratie- en declaratieproces. Dit moet zijn vastgelegd in een beschrijving van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Welke formatieomvang vereist is, hangt af van beleidskeuzes. Vervolgens is het zaak de juiste mensen op de juiste plaats te krijgen. Van belang is dat medewerkers vanuit een autonome rol kunnen bijdragen aan en toezien op de werking van het complianceprogramma. Daarbij zijn de volgende vragen relevant:

- Hoe is de personeelsopbouw naar leeftijd, kennis en ervaring?
- Is er voldoende gekwalificeerd personeel?
- Zijn de medewerkers energiek, stressbestendig, creatief, flexibel en hebben zij voldoende in hun mars om aan te sluiten bij stakeholders/klanten?
- Wordt aandacht besteed aan training en opleiding?
- Wordt er voldoende gebruikgemaakt van de bekwaamheden van medewerkers?

4.5.1 Bekwaam personeel in het primaire proces

Op zoek naar de zorgprofessional die past bij 'het nieuwe werken' in de zorg.

Zorgprofessionals moeten niet alleen over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om tijdig en correct zorg te registreren. Zij moeten ook kunnen omgaan met 'het nieuwe werken' in de zorg waarbij de belangen van de cliënt, de organisatie én de maatschappij tegelijkertijd gediend moeten worden. Dit vraagt om het bijscholen van het huidige personeel. Het vraagt ook om werving van ander personeel vergeleken met een aantal jaren geleden. Dat is niet eenvoudig omdat het werken in deze sector niet aantrekkelijk gevonden wordt en het vinden van voldoende personeel in bepaalde regio's al jaren een issue is.

Acties:

- Zorg dat zorgprofessionals over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om tijdig, juist en volledig zorg te registreren en te werken volgens 'het nieuwe werken' in de zorg waarbij de belangen van de cliënt, de organisatie én de maatschappij tegelijkertijd gediend moeten worden.
- Zorg dat er bijscholingsmogelijkheden voor het huidige personeel zijn.
- Zet in op werving van een ander type medewerker vergeleken met een aantal jaren geleden.

4.5.2 *Bekwaam ondersteunend personeel*

Onderschat het hebben van bekwaam ondersteunend personeel in het registratie en declaratieproces niet.

Hierbij gaat het om een brede groep van functionarissen, die vaak allen een rol hebben in het hele proces van correct registreren en declareren van zorg. Het begint bij het interpreteren van de regels, het inregelen in de systemen en het op de hoogte brengen van de medewerkers waarvoor dat relevant is. Het gaat daarnaast om het uitvoeren van de zorg- en de financiële administratie en uiteindelijk de declaratie van zorg.

Om deze rollen te vervullen zijn specifieke competenties nodig. In het verleden is het belang van deze functies misschien wel onderschat. In deze branche kan een zorgadministratie alleen maar goed functioneren met de juiste mensen op de juiste plaats. Dit vraagt om nascholing van het huidige personeel en een specifiek werving- en selectietraject.

Als laatste niet te vergeten: de derde lijn. Zorg dat de rol en het profiel van de interne auditfunctionaris/afdeling duidelijk is gedefinieerd, voorafgaand aan het aanstellen van een nieuwe medewerker.

Acties:

- Zorg dat het ondersteunend personeel de specifieke competenties heeft om de regels te interpreteren, de systemen in te regelen en collega's op de hoogte te brengen.
- Zorg dat de juiste mensen op de juiste plaats zitten.
- Organiseer bijscholingsmogelijkheden en zorg voor een specifiek werving- en selectietraject.
- Zorg dat de rol en het profiel van de interne auditfunctionaris/afdeling (derde lijn) duidelijk is gedefinieerd, voorafgaand aan het aanstellen van een nieuwe medewerker.

4.6 Skills

Skills spelen op twee niveaus een belangrijke rol: op medewerkersniveau en op organisatieniveau. Op medewerkersniveau gaat het om competenties. Competentiemanagement brengt medewerkers naar een hoger niveau, waardoor de organisatie als geheel groeit. Op organisatieniveau gaat het om het vermogen om in te spelen op veranderingen: de lerende organisatie.

Bij zorgaanbieders met sterke compliance skills zijn de medewerkers voldoende getraind en opgeleid voor hun taak, en kennen ze de actuele regels en richtlijnen ten aanzien van correct registreren en declareren van zorg. Er vindt regelmatig bij- en nascholing plaats, gericht op het goed registreren van zorg en het werken aan het vergroten van de compliance ten aanzien van de regels rondom het registreren en declareren van zorg.

4.6.1 Nascholing zorgprofessionals

Compliant zijn vraagt continu aandacht. Regels die nu gelden, kunnen over een jaar weer anders zijn. Zorgprofessionals moeten met regelmaat worden bijgeschoold.

Zorgprofessionals moeten de registratieregels zoals die binnen de organisatie zijn vastgelegd in procedures voor het primaire proces kennen. De zorgprofessionals moeten zich ervan bewust zijn dat dit continu aandacht en periodiek nascholing vraagt om up-to-date te blijven. Zij moeten zich ervan bewust zijn in welk domein zij zorg leveren. Of beter gezegd: als een cliënt volgens hun professionele inschatting zorg nodig heeft, via welk domein deze zorg dan geleverd moet worden. Wat kan de cliënt nog zelf, wat kunnen de mantelzorgers nog doen of is er ondersteuning nodig die vanuit de Wmo bekostigd moet worden? Is er blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid nodig? Of is er zorg nodig 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' in de eigen omgeving?

Zorgprofessionals moeten zich er ook bewust van zijn dat er in de Zvw sprake is van 'marktwerking' en dat de relatie met de zorgverzekeraars een andere is dan die met de zorgkantoren. Dat er ook andersoortige contracten met zorgverzekeraars zijn afgesloten en dat de organisatie ook andere gesprekken voert met de zorgverzekeraars. In de praktijk is duidelijk dat hier nog heel veel te winnen is. Kennis over beleidsregels, contracten en wet- en regelgeving is vaak nog ontoereikend. Zorgprofessionals zullen zich nu meer dan ooit hierop moeten ontwikkelen. Zet in op nascholing om de zorgprofessionals in staat te stellen deze ontwikkeling door te maken. Inzetten op ontwikkeling is onontbeerlijk.

Daar waar zorgaanbieders werken met zelforganiserende teams is het essentieel om hele teams bij te scholen over het correct registreren van zorg. Benut ook het terugkoppelen van fouten *on the job* om zelforganiserende teams in staat te stellen samen te leren om beter compliant te kunnen registreren en declareren.

Aanvullend opleiden van verpleegkundigen om steeds beter te worden in het gebruik van classificatiesystemen als Omaha draagt bij aan de ontwikkeling naar het (nog) beter registreren en declareren van zorg.

Acties:

- Zorg dat zorgprofessionals de basis van de registratieregels en de procedures voor het primaire proces kennen.
- Zorg dat zorgprofessionals zich er bewust van zijn dat compliance continu aandacht en periodiek nascholing vraagt. Zij moeten zich ervan bewust zijn in welk domein zij zorg leveren.
- Zorg dat zorgprofessionals zich er bewust van zijn dat er in de Zvw sprake is van 'marktwerking' en dat de relatie met de zorgverzekeraars een andere is dan die met de zorgkantoren. Dat er ook andersoortige contracten met zorgverzekeraars zijn afgesloten en dat de organisatie ook andere gesprekken voert met de zorgverzekeraars.
- Zet in op nascholing om de zorgprofessionals in staat te stellen deze ontwikkeling door te maken. Daar waar zorgaanbieders werken met zelforganiserende teams is het essentieel om hele teams bij te scholen over het correct registreren van zorg.
- Benut ook het terugkoppelen van fouten *on the job* om zelforganiserende teams in staat te stellen samen te leren om beter compliant te kunnen registreren en declareren.
- Leid verpleegkundigen aanvullend op om steeds beter te worden in het gebruik van classificatiesystemen als Omaha.

4.6.2 Nascholing zorgprofessionals in opleiding en stagiaires

Een goed begin is het halve werk. Zet in op het goed opleiden van zorgprofessionals en stagiaires.

Het onderwijzen van starters is belangrijk. Het gaat hier om zowel het bijbrengen van basiskennis als het onderhouden van kennis en vaardigheden op het gebied van registreren en declareren.

Het inzetten op het goed opleiden van deze professionals op het gebied van correct registreren van zorg draagt eraan bij dat de zorgorganisatie doorontwikkelt tot een reflectieve, continu lerende organisatie. Juist ook deze verpleegkundigen en verzorgenden en anderen in opleiding kunnen een versnelling geven aan cultuurverandering in het primaire proces.

Actie:

- Zet in op het goed opleiden van zorgprofessionals en stagiaires waardoor de zorgorganisatie zich kan doorontwikkelen tot een reflectieve continu lerende organisatie.

Voorbeeld van een best practice

Een zorgorganisatie gaf aan het erg belangrijk te vinden dat alle medewerkers hetzelfde kennisniveau hebben over wat er valt binnen de Zvw, Wlz, et cetera. Het inzetten van trainingen over de inrichting van wetten werpt daar na een jaar zijn vruchten af. Verpleegkundigen weten nu onder welke wet de zorg valt die ze leveren en kunnen het dus ook op de juiste manier registreren.

4.6.3 Nascholen van het andere personeel

Om compliant zorg te registreren en declareren heeft het ondersteunend personeel andere (maar waarschijnlijk net zoveel) up-to-date kennis en -vaardigheden nodig als het zorgpersoneel.

Naast de zorgprofessionals is in de V&V veel ander personeel betrokken in het hele proces van het correct registreren en declareren van zorg: denk aan beleidsmedewerkers en medewerkers zorgadministratie. Ook deze medewerkers moeten worden bijgeschoold dan wel de tijd krijgen om nascholing te volgen. Alle medewerkers moeten op de hoogte zijn van het belang van compliance en de risico's die eraan verbonden zijn wanneer men zich hieraan niet houdt.

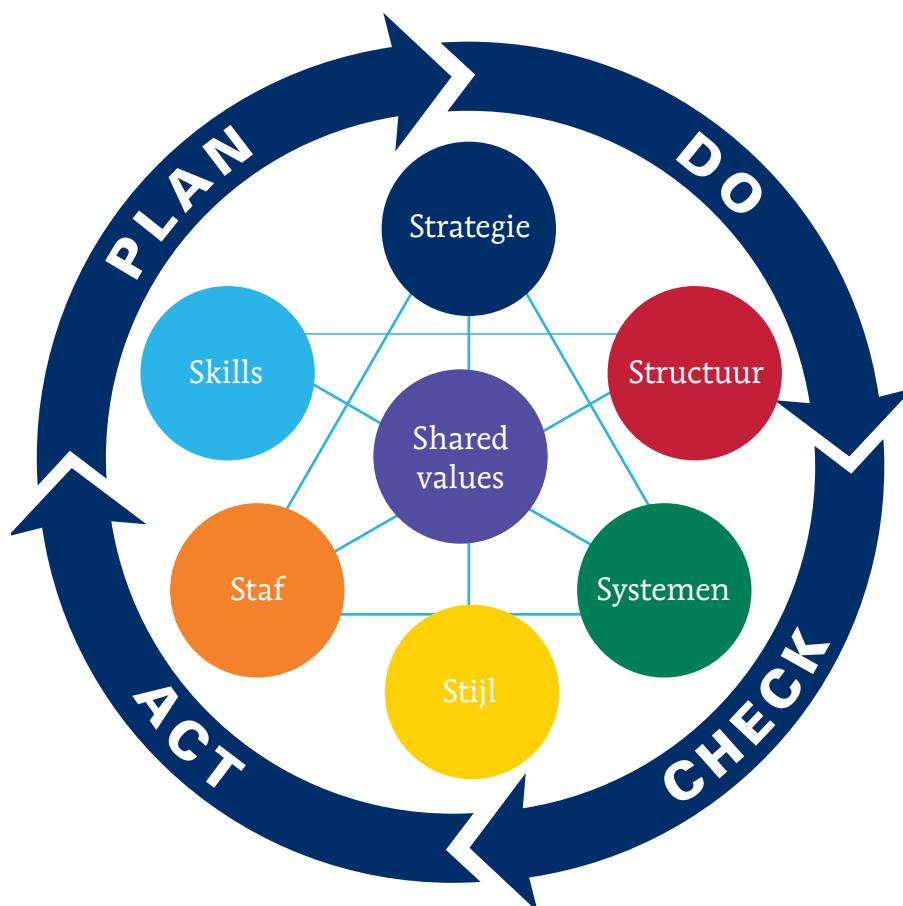
Actie:

- Zorg voor (na-)scholing van het ondersteunend personeel zodat deze beschikken over up-to-date kennis en -vaardigheden aangaande compliance en de risico's die eraan verbonden zijn, net zoals het zorgpersoneel.

4.7 Shared values

Shared values (gedeelde waarden) staan centraal in het 7S-model en zorgen voor samenhang en sturing van de overige S'en. Het motiveert medewerkers, het helpt hen te focussen op relevante activiteiten en het scheppen van een kader zodat zij weten hoe ze het werk moeten aanpakken en waarom. Het beschrijft ook de normen en waarden zoals die binnen die zorgaanbieder gelden.

De shared values zijn het startpunt en de resultante van een continu verbeterproces. In een verbeterproces kunnen shared values voor een zorgaanbieder fungeren als vertrekpunt. In een veranderende organisatie zijn de (nieuwe) shared values het sluitstuk van de transitie. Ze vormen de basis voor het handelen van de toekomst. Met andere woorden: ze zijn startpunt en resultante van een continu verbeterproces.



Figuur 3. PDCA-cyclus en 7S-model.

Van belang is om de uitgezette strategie, de gekozen structuur, de ingerichte systemen et cetera te evalueren en te beoordelen of ze geleid hebben tot de gewenste shared values.

De shared values zijn zichtbaar in het handelen binnen de organisatie

Shared values zijn herkenbaar in uitspraken in de wandelgangen over het registreren en declareren van zorg en in de dialoog tussen medewerkers onderling, zowel in het primaire proces als bij de ondersteunende diensten. Daarnaast komen ze naar voren in de aandacht die het registreren krijgt als onderdeel van het professioneel handelen en in de hoeveelheid tijd die er voor bij- en nascholing vrijgemaakt wordt. Ook blijkt uit de shared values of men elkaar opzoekt om van elkaar te leren en of er open en proactief gecommuniceerd wordt over eventuele fouten in de registratie en te nemen vervolgacties.

Shared values komen tot uiting in de dialoog tussen de verschillende betrokkenen over correct registreren en declareren. Ze vertellen waar mensen ten aanzien van dit onderwerp trots op zijn, over 'het ergste wat je in deze organisatie kunt doen (met uitzondering van crimineel gedrag)' en over hoe betrokken medewerkers zijn bij het onderwerp. Veelal zijn shared values ook te herkennen in de woordkeus in de visie en in de slogan van de zorgaanbieder.

4.7.1 Shared values: toets of de organisatie werkt met de kernwaarden

Belangrijk is te toetsen of er gewerkt wordt volgens de voor de organisatie belangrijke kernwaarden op het gebied van correct registreren en declareren van zorg.

Kernwaarden zoals:

- Wij kennen de kaders voor correct registreren en declareren van zorg.
- Wij weten wat correct registreren en declareren inhoudt en handelen hiernaar.
- Wij zijn hierin open en transparant.
- Wij werken samen naar oplossingen om het doel te bereiken.
- Wij delen kennis binnen en buiten onze organisatie.

Deze kernwaarden moeten terug te vinden zijn in de brondocumenten en overige documentatie die door de organisatie gebruikt worden in de PDCA-cyclus in de praktijk. Deze kernwaarden moeten vanzelfsprekend herleidbaar zijn naar het individu.

Acties:

- Zorg dat er gewerkt wordt volgens de voor de zorgorganisatie belangrijke kernwaarden op het gebied van correct registreren en declareren van zorg.
- Deze kernwaarden moeten herkenbaar zijn in het handelen van mensen en organisatie: 'zo doen wij dat hier'. Deze kernwaarden moeten vanzelfsprekend herleidbaar zijn naar het individu.

4.7.2 Shared values: zichtbaar in het handelen van medewerkers

De kernwaarden moeten herkenbaar zijn in het handelen van mensen en organisatie: 'zo doen wij dat hier'.

Het handelen van medewerkers is te beoordelen in het licht van deze voor het organisatie belangrijke kernwaarden op het gebied van correct registreren en declareren van zorg:

- Ik ken de kaders voor correct registreren en declareren van zorg.
- Ik weet wat correct registreren en declareren inhoudt en handel hiernaar.
- Ik ben hierin open en transparant.
- Ik werk samen met collega's naar oplossingen om het doel te bereiken.
- Ik deel kennis binnen (en als het passend is, buiten) mijn organisatie.

Actie:

- Zorg dat medewerkers handelen volgens de kernwaarden van de organisatie.



Tot slot

Correct registreren en declareren is een wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid

Zorgaanbieders van intra- en/of extramurale V&V hebben de wettelijke verantwoordelijkheid te zorgen voor het correct registreren en declareren van zorg. Het is noodzakelijk dat de sector stappen zet waardoor de zorgaanbieders een volwassener complianceprogramma ontwikkelen.

Aanbieders van intra- en/of extramurale V&V kunnen de handvatten gebruiken

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende handvatten voor zorgaanbieders beschreven om het eigen complianceprogramma (verder) te ontwikkelen. Handvatten voor iedere compliance-‘S’: strategie, structuur, systeem, stijl van leidinggeven, staf, skills en shared values. Voor zorgaanbieders zit de uitdaging vooral in de ontwikkeling van ‘systemen’, ‘stijl’ en ‘skills’. Het is de verantwoordelijkheid van iedere zorgaanbieder om daarmee aan de slag te gaan, ongeacht de grootte van de organisatie.

Samen in gesprek om de compliance (nog) beter te borgen

Als er ook nog een aantal obstakels weggenomen kunnen worden door ‘externen’ zoals de NZa, zorgverzekeraars en gemeenten zal dat de dialoog in de sector versnellen. Ga als zorgaanbieder zelf aan de slag en ga als sector in gesprek om de ontwikkeling van de compliance ten aanzien van het registreren en declareren van zorg te faciliteren. Hiernavolgend zijn een aantal suggesties voor gespreksonderwerpen door de onderzoekers beschreven. Deze suggesties komen voort uit inzichten opgedaan in de verschillende interviews. Doe dit allen vanuit het eigen perspectief en de eigen verantwoordelijkheid om de compliance van zorgaanbieder ten aanzien van het registreren en declareren van zorg (verder) te verbeteren. Kortom: samen aan de slag!

Overige tips voor de sector op basis van de input uit de interviews

Doorontwikkelen van complianceprogramma's bij regelrust

Het doorontwikkelen van complianceprogramma's in een situatie waarbij de sector onder druk staat, is lastig. Niet alleen liggen de V&V-instellingen onder een vergrootglas wat de kwaliteit van zorg betreft, ook staan veel van deze zorgaanbieders financieel onder druk. Ook al staan zij achter de wettelijke plicht om zorg compliant te registreren en declareren, zij constateren een forse stijging van de administratieve lasten vanwege het toegenomen aantal verantwoordingspartijen. Dit zet een rem op de investeringen in de ontwikkeling van hun complianceprogramma. Daarom spreken zij ook de wens uit dat er de "komende jaren vooral rust in de tent" komt. Velen geven aan dat zij hopen dat er voorlopig geen (forse) wijzigingen in Zvw- en Wlz-wet- en regelgeving meer zullen plaatsvinden. Dan denken zij beter de transformatie binnen de organisatie op gang te kunnen brengen.

Samen werken vanuit vertrouwen

Met de keuze voor de Zvw is gekozen voor marktwerking. Bij marktwerking moeten de private afspraken tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar gerespecteerd worden, mits dit natuurlijk afspraken zijn binnen de door de NZa gestelde kaders. Voor de dienstverlening in de Zvw bestaat er bij zorgaanbieders de behoefte om samen met zorgverzekeraars "dingen meer vanuit vertrouwen te kunnen opzetten". Dit vraagt om een duidelijke strategie. Een strategie die past bij de doelstelling van de zorgverzekeraar en die aansluit op de shared values van de zorgaanbieder. Ook zorgverzekeraars kunnen op dit gebied zeker nog een stap zetten. Zorgaanbieders hopen dat de afdelingen zorginkoop en zorgcontrole van de zorgverzekeraars voorafgaand aan de gesprekken over contractering onderling beter afstemmen. Het is van belang te komen tot één lijn 'van contract naar controle'. Van belang is het gesprek vanuit vertrouwen en met respect aan te gaan.

Wlz-registertoets ook voor zorgaanbieders?

Zoals hiervoor al beschreven is een Wlz-indicatie 'voorliggend'. Aangezien het de verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder is om rechtmatig te declareren, is het ook de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te verifiëren of er een Wlz-indicatie is of is aangevraagd. In de praktijk blijkt het voor (zorg)professionals niet altijd duidelijk of een cliënt een Wlz-indicatie heeft (aangevraagd). Soms kan de cliënt dit niet vertellen of is correspondentie hierover niet (meer) vindbaar. Dit levert voor zorgaanbieders in de praktijk problemen op in de rechtmatigheid. Geen van de geïnterviewde partijen kon aangeven hoe deze controle doelmatig te doen per 2017. Gemeenten worstelen hier ook mee, blijkt uit de interviews. Dit heeft er al toe geleid dat het CIZ op verzoek van het Ministerie van VWS voor gemeenten een digitaal register inricht, met daarin alle besluiten over de toegang tot zorg vanuit de Wlz. Via het digitale register²³ kan iedere gemeente straks bij gerede twijfel over de samenloop met de Wlz aan de hand van het burgerservicenummer (BSN) checken of een inwoner een Wlz-indicatie heeft. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te controleren of er een samenloop van zorg uit de Zvw en de Wlz is. Is het niet logisch om te kijken hoe deze Wlz-registertoets ook voor zorgaanbieders te organiseren is?

Domeingrenzen worden nu nog te veel als schotten ervaren

De domeingrenzen worden nu als schotten ervaren. Veelal is wel duidelijk dat een cliënt V&V nodig heeft, maar of die zorg onder de Wmo, Zvw of de Wlz valt, is voor de zorgprofessional niet altijd duidelijk. Er is veel zorg waarbij je je kunt afvragen:

- of het zelfzorg of mantelzorg zou moeten zijn, of persoonlijke verzorging uit de Wmo (buiten toezichtsgebied van de NZa),
- of het persoonlijke verzorging is die een verzorgende kan uitvoeren, of dat het persoonlijke verzorging is die door een verpleegkundige moet worden uitgevoerd (vraag voor zorgaanbieder die voor de Zvw afspraken heeft gemaakt met zorgverzekeraars),
- of het niet dusdanige intensieve persoonlijke verzorging en verpleging gedurende langere tijd is, waarvoor eigenlijk een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden (grensvlak Zvw – Wlz, waarbij ‘een Wlz-indicatie voorliggend is’, maar de incentives om – indien mogelijk – het aanvragen van een Wlz-indicatie uit te stellen groot zijn).

‘Zoveel zorgprofessionals, zoveel meningen’ wordt wel eens gezegd. Tegelijkertijd moeten er afspraken gemaakt worden over hoe te handelen (en dus te registreren) en hoe daarover te rapporteren (en dus te controleren). Ieder grensgebied vraagt om zijn eigen kaders. De vraag is wat deze kaders moeten zijn. Gaat het lukken om de regels zo veel specifieker te formuleren dat er eenduidige richtlijnen zijn over hoe te handelen en dus te registreren?

In theorie lijkt de grens tussen de verschillende wettelijke kaders relatief eenvoudig te trekken, de praktijk is echter weerbarstig. Over het grensvlak verpleging in de Zvw – Wlz heeft het Zorginstituut Nederland (ZiNL) in 2016 al een standpunt²⁴ ingenomen om duidelijkheid te scheppen over de uitleg van de wet. Het ZiNL concludeert uiteindelijk: ‘Als de verpleging kan worden bekostigd uit de Wlz, is er geen aanspraak op verpleging ten laste van de Zvw.’ Zij beseffen dat de praktijk op dit moment niet altijd in overeenstemming is met hun standpunt en gaan ervan uit dat partijen hieraan op een zorgvuldige en praktische manier invulling geven. Voor de Wmo geldt hetzelfde: een Wlz-aanspraak is ook voorliggend op een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo 2015.

Zelforganisatie/zelfsturing

Daar waar organisaties werken met zelforganisatie of zelfsturende teams is het van belang extra aandacht te besteden aan de strategie en systemen. Juist dan moet helder zijn wat de strategie is, wat de kaders zijn, wie wat moet doen en welke middelen daarvoor beschikbaar zijn. Verschillende malen is het signaal afgegeven dat de organisatie erg worstelt met ‘hoe het correct registreren en declareren te borgen’ zonder het concept van zelforganiserende of zelfsturende teams los te laten.

21 Stichting Inlichtingenbureau Informatieknoppunt Gemeenten

22 Zorginstituut Nederland, Standpunt 22 maart 2016 Verpleging Wlz en Zvw.

Zuivere dialoog: rechtmatigheid óf doelmatigheid!

Tijdens dit onderzoek werd steeds duidelijker dat in veel gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen rechtmatigheid en doelmatigheid. Rechtmatigheid en doelmatigheid zijn verschillende thema's. De partijen bevestigen dat de wettelijke regels voor het correct registreren en declareren van zorg (rechtmatigheid) eigenlijk niet zo omvangrijk en ingewikkeld zijn. Toch ervaren zorgaanbieders dit in de praktijk anders. Belangrijk is de dialoog zuiver te houden: gaat het om rechtmatigheid of om doelmatigheid? Gebruik daarbij die middelen (contracten, meetinstrumenten en rapportagelijnen) die passen bij het doel in, zoals de VNG zegt, "in het gehele traject van contract naar controle".

Passende doorontwikkeling van de afspraken over het registreren en declareren van zorg.

Een van de inzichten van dit onderzoek is dat de sector ervoor moeten waken dat de ontwikkeling van wet- en regelgeving, én de contract- en controleafspraken met zorgaanbieders effectief zijn dan wel blijven. De vraag is dan: welke systeem draagt dan wel bij aan de doelstelling? Dat verschilt per domein.

De benadering zoals die nu wordt toegepast binnen de Wlz past bij het Wlz-proces zoals dat nu georganiseerd is. Hele heldere afspraken over de indicatiestelling door het CIZ, het 'aannemen' van de zorgopdracht door de zorgaanbieder, daarna de wijze van registratie van geleverde zorg en de wijze van declaratie van zorg (aantal dagen indien aanwezig x de prijs per dag voor de betreffende indicatie). Eventuele 'andere' controles moeten door het zorgkantoor niet geduid worden als rechtmatigheidscontroles, maar als kwaliteitscontroles of anderszins. Belangrijk is vast te houden aan het landelijke controleprotocol Wlz. Hoe de zorg doelmatig geleverd wordt, is in de eerste plaats aan de zorgaanbieder.

In de Zvw is het compliancesysteem nog in ontwikkeling. Belangrijk is hier de dialoog zuiver te houden. Gaat het om rechtmatigheids- of om doelmatigheidscontroles? In deze sector lopen de gesprekken tussen partijen hierover op dit moment door elkaar heen. Gebruik die middelen (contracten, meetinstrumenten en rapportagelijnen) die passen bij het doel. Voor de Wmo staat het compliance-systeem nog helemaal in de kinderstoelen.

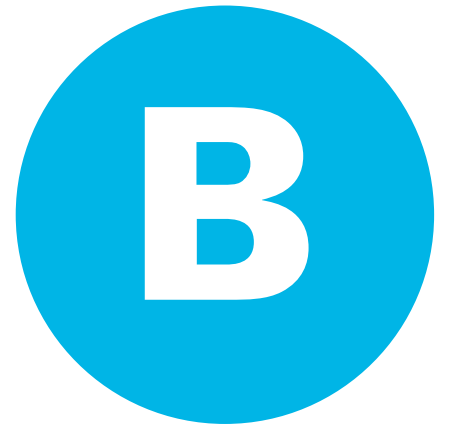
Zoals het programma 'Informatievoorziening Sociaal Domein voor gemeenten en zorgaanbieders'²⁵ uitdraagt: het gaat om het consequent en consistent doorontwikkelen van het hele traject 'van contract naar controle'. De lessen die hierbij worden opgedaan, kunnen ook gebruikt worden voor de Zvw. Het is dus belangrijk dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten de afspraken over het registreren en declareren van zorg passend doorontwikkelen.

²⁵ Programma van Actiz, Branchebelang Thuiszorg (BTN), Federatie Opvang, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).

Er is ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid bij de cliënt/zorgvrager

Zolang nog niet aan de definitie van Wlz-zorg wordt voldaan en er geen Wlz-indicatie is, wordt de zorg geleverd vanuit de Zvw. Mocht het toch om Wlz-zorg gaan, zijn er voor de cliënt verschillende incentives om een Wlz-indicatie uit te stellen of zelfs niet aan te vragen. Voor de cliënt is een Wlz-indicatie relatief ongunstig omdat dat op dat moment meer administratieve lasten met zich meebrengt en een grotere eigen bijdrage betaald moet worden. Bovendien blijken de mogelijkheden in de Zvw in de praktijk ruimer te zijn dan in de Wlz. Voor een zorgprofessional levert dit een dilemma op en bestaat er logischerwijs de neiging om terug te vallen in het oude AWBZ-denken. Dit is waar de sector én de overheid een rol hebben. Een geïnterviewde suggereerde een campagne zoals 'de maatschappij dat ben jij' uit 1998²⁶. Het is aan de beleidsmakers om de zorgprofessional te helpen zodat zij in deze gevallen niet 'de kooltjes uit het vuur' hoeven te halen.





Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht geraadpleegde bronnen

- Adviespunt Zorgbelang. (2015). Handig om te weten en niet te vergeten bij het keukentafelgesprek. Opgeroepen op November 24, 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen>
- AWBZ. (2014, Mei 14). Besluit zorgaanspraken AWBZ [Regeling vervallen per 01-01-2015.]. Opgeroepen op December 9, 2016, van Wet- en regelgeving: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/2014-05-14>
- AWBZ. (2014b, Mei 14). Besluit zorgaanspraken AWBZ [Regeling vervallen per 01-01-2015.]. Opgeroepen op December 9, 2016, van Wet- en regelgeving: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/2014-05-14>
- Besluit zorgverzekering. (2016, Oktober 6). Besluit zorgverzekering. Opgeroepen op December 13, 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-10-06>: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-10-06>
- CBS. (2016, Oktober 31). 1,2 miljard over bij gemeenten voor jeugd- en zorgtaken. Opgeroepen op November 22, 2016, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/44/1-2-miljard-over-bij-gemeenten-voor-jeugd-en-zorgtaken>
- Governancecode Zorg. (2017). Opgeroepen op 29 3, 2017, van BoZ: <http://www.governancecodezorg.nl/wp-content/uploads/2016/11/Governancecode-Zorg-2017.pdf>
- Hollander, M., & Kok, J. d. (2013, Mei 29). Correct declareren in de extramurale AWBZ zorg. Opgeroepen op December 8, 2016, van <http://www.panteia.nl/Nieuwsoverzicht-Panteia/~~/media/7%20Panteia/Files/Naleving%20van%20regels%20in%20de%20extramurale%20zorg.ashx>
- IAA. (2013). The three lines of defence in effective risk management and control.
- i-Sociaal Domein voor gemeenten en zorgaanbieders. (2016). Standaardartikelen voor uitvoeringsvarianten. Opgeroepen op November 24, 2016, van Inkoop en contract: <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>
- NZa. (2016, Januari 1). Beleidsregel CA-BR-1609b. Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis. Opgeroepen op December 3, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1609b__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_Volledig_Pakket_Thuis.pdf
- NZa. (2016, Januari 1). Beleidsregel CA-BR-1610b. Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2016. Opgeroepen op December 12, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1610b__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_modulaire_zorg_2016.pdf
- NZa. (2016, Februari). Compliant Registreren en Declareren: van erkend probleem tot gedeelde ambitie - Handvatten voor ziekenhuizen.
- NZa. (2016, Maart 8). NZa ondersteunt ziekenhuizen bij naleven regels. Opgeroepen op December 12, 2016, van <https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-ondersteunt-ziekenhuizen-bij-naleven-regels/>
- NZa. (2016, Januari 1). Regeling NR/CU-733. Verpleging en verzorging. Opgeroepen op December 6, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_733__Regeling_verpleging_en_verzorging.pdf
- NZa. (BR/CU-7138). Beleidsregel BR/CU-7138. Verpleging en verzorging. Opgeroepen op December 2, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_7138__Beleidsregel_Verpleging_en_verzorging.pdf

- NZa. (BR/REG-17113). Beleidsregel BR/REG-17113. Verpleging en verzorging. Opgeroepen op april 11, 2017, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17113__Verpleging_en_Verzorging.pdf
- NZa. (CA-BR-1602e). Beleidsregel CA-BR-1602e. Budgettair kader Wlz 2016. Opgeroepen op December 2, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1602e__Budgettair_Kader_Wlz_2016.pdf
- NZa. (CA-BR-1602e). Beleidsregel CA-BR-1602e. Budgettair kader Wlz 2016. Opgeroepen op December 2, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1602e__Budgettair_Kader_Wlz_2016.pdf
- NZa. (CA-BR-1607c). Beleidsregel CA-BR-1607c. Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten. Opgeroepen op December 12, 2016, van https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/CA_BR_1607c__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_zorgzwaartepakketten
- NZa. (CA-BR-1609b). Beleidsregel CA-BR-1609b. Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis. Opgeroepen op December 3, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1609b__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_Volledig_Pakket_Thuis.pdf
- NZa. (CA-BR-1610b). Beleidsregel CA-BR-1610b. Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2016. Opgeroepen op December 12, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1610b__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_modulaire_zorg_2016.pdf
- NZa. (CA-NR-1556a). Regeling CA-NR-1556a. Administratieve Organisatie en Interne Controle Wlz-zorgaanbieders 2015. Opgeroepen op December 6, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/CA_NR_1556a__Administratieve_Organisatie_en_Interne_Controlle_Wlz_zorgaanbieders_2015.pdf
- NZa. (CA-NR-1556a). Regeling CA-NR-1556a. Administratieve Organisatie en Interne Controle Wlz-zorgaanbieders 2015. Opgeroepen op December 6, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/CA_NR_1556a__Administratieve_Organisatie_en_Interne_Controlle_Wlz_zorgaanbieders_2015.pdf
- NZa. (n.d.). Experiment Regelarme instellingen Wlz. Opgehaald van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1617__Experiment_regelarme_instellingen_Wlz.pdf
- Nza. (n.d.). Nza beleidsregel experiment meerzorg 2.0 Wlz. Opgehaald van https://www.nza.nl/1048076/1048090/CA_BR_1523__Experiment_proeftuinen_meezorg_2_0_Wlz.pdf
- NZa. (NR/CA-300-019). Regeling NR/CA-300-019. Declaratievoorschriften AWBZ-zorg. Opgeroepen op December 8, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CA_300_019__Declaratievoorschriften_AWBZ_zorg.pdf
- NZa. (NR/CU-721). Regeling NR/CU-721. Verpleging en verzorging. Opgeroepen op December 13, 2016, van Beleid en regels: https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_721__Regeling_verpleging_en_verzorging.pdf
- NZa. (NR/CU-733). Regeling NR/CU-733. Verpleging en verzorging. Opgeroepen op December 6, 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_733__Regeling_verpleging_en_verzorging.pdf
- NZa. (NR/REG-1721a). Regeling NR/REG-1721a. Declaratievoorschriften Wlz-zorg. Opgeroepen op april 6, 2017, van https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_REG_1721a__Declaratievoorschriften_Wlz_zorg.pdf

- Rijksoverheid. (2014). Besluit Langdurige zorg. Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035948/2016-12-01>
- Rijksoverheid. (2016). Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-10-06>
- Rijksoverheid. (2016). Rijksbegroting. Opgeroepen op December 2, 2016, van http://www.rijksbegroting.nl/2016/voorbereiding/begroting,kst212352_24.html
- VNG. (2014, December 19). Afbakening persoonlijke verzorging Zvw en Wmo 2015. Opgeroepen op November 24, 2016, van <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/afbakening-persoonlijke-verzorging-zvw-en-wmo-2015>
- VNG. (2015). Handreiking uitvoeringsvarianten iWmo en iJw. Opgeroepen op November 24, 2016, van i-Sociaal Domein voor gemeenten en aanbieders: <http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-en-ijw>
- VNG. (2015, December). Maatwerkvoorzieningen onder de Wmo of Wlz in 2016. Opgeroepen op november 29, 2016, van https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/2011512-overzicht-wmo-of-wlz-2016.pdf
- VWS. (2013, April 25). Kamerstuk: Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Opgeroepen op December 6, 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2013/04/25/hervorming-van-de-langdurige-ondersteuning-en-zorg>
- VWS. (2016). Hoe krijg ik ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo? Opgeroepen op November 24, 2016, van Zorg en ondersteuning thuis: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen>
- VWS. (2016, Mei 31). Infographic hervorming langdurige zorg. Opgeroepen op November 24, 2016, van Rijksoverheid: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2014/06/05/infographic-hervorming-langdurige-zorg/Hervorming+langdurige+zorg_05-2016.pdf
- VWS. (2016b, Juni 8). Kamerbrief over bekostiging wijkverpleging 2017. Opgeroepen op December 13, 2016, van Brieven Tweede Kamer: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2016/06/08/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging-2017/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging-2017.pdf>
- Wlz. (2014, December 3). Wet langdurige zorg. Opgeroepen op December 12, 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2016-10-01>
- Wmg. (2016, Augustus 1). Wet marktordening gezondheidszorg. Opgeroepen op December 8, 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2016-08-01#Hoofdstuk4>
- Zorginstituut Nederland (2016). Opgehaald van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2016/1603-standpunt-verpleging-wlz-en-zvw/Standpunt+Verpleging+Wlz+en+Zvw.pdf>

- Zorginstituut Nederland (2016, Maart 22). Standpunt Verpleging Wlz en Zvw. Opgeroepen op December 2, 2016, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/pakket/wlz-kompas/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging/zinl%3Aparagr>
- Zorginstituut Nederland. (2016). Portaal voor iStandaarden in de zorg en ondersteuning. Opgeroepen op November 24, 2016, van iStandaarden: <https://www.istandaarden.nl/istandaarden/iwmo/werken-met-iwmo-20/tabellen>
- Zvw. (2005, Juni 28). Besluit zorgverzekering. Opgeroepen op November 28, 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-10-06>
- Zvw. (2005, Juni 28). Zorgverzekeringswet. Opgeroepen op December 2, 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2016-08-01>

Bijlage 2. Overzicht geïnterviewde partijen en gesprekspartners

De organisaties

Voor dit onderzoek heeft Berenschot gesproken met tien zorgaanbieders verspreid over het hele land met focus van dienstverlening op één of meerdere domeinen, drie brancheorganisaties, twee zorgverzekeraars en twee gemeentes. Daarnaast is ook gesproken met Coziek en verdiepend met de NZa. De namen van de geïnterviewde partijen zijn niet genoemd vanwege het vertrouwelijke karakter van de interviews.

Van de tien zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, waren vijf zorgaanbieders groot (meer dan €100 miljoen omzet per jaar), drie middelgroot (€50 tot €100 miljoen omzet per jaar) en twee klein (omzet kleiner dan €50 miljoen per jaar).

Het bereik van de zorgaanbieders verschilde; sommigen werken regionaal en provinciaal. Andere werken ook landelijk. Op twee organisaties na leveren alle organisaties zorg vanuit alle drie de domeinen: de Zvw, Wmo en Wlz. Soms was dit in ongeveer de volgende verhoudingen 70%-35%-5%, soms ook weer meer 20%-75%-5% en alle vormen daartussen. Alle organisaties leveren naast extramurale zorg, ook intramurale V&V.

De betrokken personen

Bij de verschillende organisaties is in 23 gesprekken met 35 personen gesproken. Dit is exclusief de gesprekken met medewerkers van de NZa en Coziek. De aard van de functies van deze personen liep uiteen, mede afhankelijk van de aard (zorg- of brancheorganisatie of zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) en de grootte van de organisatie.

Binnen de zorgaanbieders moet gedacht worden aan gesprekken met bestuurders, concern- en businesscontrollers, riskmanagers, interne accountants, staf-/beleidsmedewerkers en medewerkers van de zorgadministratie. Ook zijn er gesprekken geweest met medewerkers die zorgprofessionals aansturen dan wel de opleidingen daarvoor organiseren.

Soms betrof het interviews op meer strategisch niveau, anders meer op tactisch en operationeel niveau. Op hoofdlijnen kan gezegd worden dat er is gesproken met medewerkers over de strategische oriëntatie (werkgebied en de domeinen) en de richting, de besturing en aansturing en de vertaling naar de werkvloer. Daarnaast is doorgevraagd op onderwerpen behorende bij de 7-S'en.

Berenschot Groep B.V.
Europalaan 40, 3526 KS Utrecht
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht
T 030 2 916 916
E contact@berenschot.nl
www.berenschot.nl