

Reactie op regeling jaarverantwoording WMG

In de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 is voorgeschreven dat cliëntenraden in de gelegenheid moeten worden gesteld advies uit te brengen over de vaststelling van de begroting en de jaarrekening van de instelling. Naast de jaarrekening in de vorm van een voorgeschreven document, bepaalt de ter consultatie voorgelegde regeling dat de cijfers van de jaarrekening, samen met andere relevante gegevens, elektronisch moeten worden ingevoerd in de database voor de maatschappelijke verantwoording van zorginstellingen (DigiMV). Deze database is openbaar.

Belanghebbenden kunnen in de database niet alleen de gegevens per zorgaanbieder raadplegen, maar deze ook vergelijken met andere zorgaanbieders of met de gemiddelde waarden van alle of geselecteerde categorieën zorgaanbieders.

Door schaalvergroting zijn er steeds meer zorgorganisaties ontstaan die meerdere vormen van zorg aanbieden. De verschillende vormen van zorg vallen onder tal van afzonderlijke wettelijke regelingen en voorschriften en worden ook via verschillende kanalen gefinancierd (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Justitie en daarbinnen nog gedifferentieerd naar de wijze waarop de zorg wordt geboden). In de jaarverantwoording is het onderscheid naar financieringsbronnen en hun doelen aan de inkomstenkant goed te volgen. Er zijn afzonderlijke rubrieken.

Heel anders ligt dit bij de besteding van de ontvangen gelden en de verantwoording daarover. De zorgaanbieder verantwoordt zich in de jaarrekening als ondernemer. De ontvangen publieke middelen die worden verstrekt voor het leveren van een bepaald type zorg, raken binnen de instelling verweven, waardoor in de verantwoording niet zichtbaar is of het geld dat voor de zorg aan een categorie cliënten wordt uitgekeerd ook voor die cliënten wordt ingezet.

In een blog op Skopr hebben de heren Jeroen Gersen en Joost Gerrits, director en senior manager bij PwC, een vergelijkbaar probleem treffend verwoord ten aanzien van de verantwoording van de extra kwaliteitsgelden voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg: *De huidige wijze van verantwoorden vergelijkt appels met peren. De kwartaal- en jaarverantwoording van de instelling aan het zorgkantoor is gebaseerd op de fluctuatie in de omzet en het personeel in de verpleeghuiszorg (Wet langdurige zorg) in 2018 en 2019. De rondrekening, waarbij de accountant wordt gevraagd een rapport van feitelijke bevindingen te verstrekken, is gebaseerd op de beweging in de totale omzet en in al het personeel van de instelling voor diezelfde jaren. De kwaliteitsmiddelen zien echter uitsluitend toe op de verpleeghuiszorg. Het merendeel van de instellingen zijn gemengde instellingen met verschillende zorg- en financieringsstromen. De rondrekening op instellingsniveau is dus nietszeggend, aangezien die geen inzicht geeft in alleen de extra handen aan het bed in de verpleeghuiszorg.*

Als belangenbehartiger van cliënten in de verpleeghuiszorg is het voor mij onmogelijk om uit de jaarverantwoording te controleren of de middelen die via cliëntgebonden tarieven worden ontvangen voor de verpleeghuisbewoners, ook daadwerkelijk aan de zorg voor hen worden ingezet, of dat een deel daarvan wordt gebruikt voor de zorg aan anderen dan intramurale Wlz-cliënten. Wat geldt voor een specifiek verpleeghuis geldt evengoed op het niveau van de zorginstelling en ook voor de verantwoording op landelijk niveau. Door het ontbreken van een splitsing van de uitgaven naar financieringsbron in de jaarverantwoording, kan VWS onmogelijk aantonen dat de Wlz-middelen voor de verpleeghuiszorg doelmatig en rechtmatig zijn ingezet voor het doel waarvoor ze zijn bestemd. Daarbij moet worden aangetekend dat de financiering van de Wlz en de Zvw langs geheel verschillende lijnen loopt.

(premieheffing Wlz gecombineerd met de inning van loon- en inkomstenbelasting; premieheffing Zvw voor rekening werkgever of voor rekening zelfstandige, in combinatie met verplichte maandelijkse premie voor zorgverzekering. Wlz via de zorgkantoren zonder winstoogmerk, als uitvoerders van de overheidstaak; de zorgverzekeraars als particuliere onderneming mét winstoogmerk.)

Gelet op het vorenstaande pleit ik voor segmentering in de jaarverantwoording voor instellingen die meerdere soorten zorg verlenen. De segmentering zou in ieder geval moeten worden doorgevoerd tussen de financieringsbronnen Wlz en Zvw en mogelijk zelfs per locatie of onderdeel. Als voorbeeld zou de uitvraag van de kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg voor de database van het Zorginstituut Nederland kunnen dienen, waarbij gegevens deels worden uitgevraagd op het niveau van het concern en deels per afzonderlijk verpleeghuis.

Een ander onderwerp is het opnemen van gegevens over de cliëntmedezeggenschap in DigiMV. Bij de behandeling van de Wmcz 2018 in de Tweede Kamer is door het lid John Kerstens een motie ingediend (en aangenomen) waarin wordt gevraagd ten behoeve van het toezicht door de IGJ in de jaarverantwoording gegevens op te nemen over *bijvoorbeeld de aanwezigheid van cliëntenraden, de ondersteuning daarvan in financiële en materiële zin alsook de tevredenheid van cliëntenraden hierover, het aantal ongevraagde adviezen alsook de mate waarin die tot maatregelen hebben geleid en de instelling van commissies van vertrouwenslieden.*

In de ter consultatie voorliggende regeling is dit verwerkt tot rubrieken in vraag 6 (bladzijde 28):

- Inspraak (bij langdurig verblijf)
Heeft de zorgaanbieder inspraak georganiseerd?
- Cliëntenraad
 - Heeft de zorgaanbieder een cliëntenraad?
 - Bij nee: Waarom heeft de zorgaanbieder geen cliëntenraad?
 - Wordt/worden de cliëntenraad/raden in financiële en materiële zin voor alle taken ondersteund naar tevredenheid van cliëntenraad/raden?
 - Hoeveel ongevraagde adviezen heeft de cliëntenraad uitgebracht?
 - Hebben deze adviezen tot maatregelen geleid?
- Heeft het concern een vertrouwenscommissie ingesteld, dan wel zich aangesloten bij de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden?

Het woord **bijvoorbeeld** in de motie is hier limitatief opgevat. Ten opzichte van de huidige vragenlijst van DigiMV ontbreekt de vraag over het aantal cliëntenraden bij de zorgaanbieder. Het antwoord op deze vraag kan belanghebbenden een indicatie geven of de zorgaanbieder de wet naleeft waar het gaat om de verplichting om (in de regel) een afzonderlijke cliëntenraad in te stellen voor elke locatie die erop is ingericht cliënten langdurig te laten verblijven of bij de zorg bij cliënten thuis. Deze verplichting van artikel 3, vierde lid, van de Wmcz 2018 is door de Tweede Kamer juist per amendement in de wet opgenomen. Weliswaar strekt de toezichtstaak van de IGJ zich formeel niet uit tot dit onderdeel van de wet, maar de IGJ zal bij een bezoek aan een verpleeghuis altijd vragen naar de cliëntenraad en indien mogelijk een of meer leden daarvan willen spreken.

Ik zou daarom graag over de aanwezigheid van lokale cliëntenraden in verpleeghuizen de volgende vragen in DigiMV zien:

- Heeft elke locatie voor langdurig verblijf een eigen cliëntenraad? (ja/nee)
- Bij nee: Waarom heeft niet elke locatie voor langdurig verblijf een eigen cliëntenraad? (toelichting)
- Zijn er meerdere cliëntenraden ingesteld voor cliënten bij wie zorg thuis wordt verleend?

Daarnaast draagt de vraag over het aantal ongevraagde adviezen weinig bij aan inzicht over de kwaliteit van de medezeggenschap. Ongevraagde adviezen zijn de uitzondering. Interessanter is hoeveel reguliere adviesaanvragen en instemmingsverzoeken aan de cliëntenraad/cliëntenraden zijn voorgelegd en in hoeveel gevallen dat heeft geleid tot aanpassing van een voorgenomen besluit.

Ton van Zijl,
voorzitter cliëntenraad woonzorgcentrum Laurens Blijdorp,
lid van de centrale cliëntenraad van de stichting Laurens te Rotterdam.