



## Stappen zetten naar toekomstbestendige ouderenzorg

Op donderdag 16 juni as. praat de Tweede Kamercommissie van VWS over de langdurige zorg naar aanleiding van de recente programmabrief van de staatssecretaris.

Vorig voorjaar heeft ActiZ haar visie ontwikkeld op het toekomstbestendig maken van de langdurige zorg. Vanuit dat perspectief leveren wij graag een bijdrage aan het rondetafelgesprek en geven wij in deze paper aan welke stappen wij verder nodig achten om de langdurige zorg voor de toekomst te borgen.

### Toekomstbestendige zorg

Toenemende vergrijzing, tekorten op de arbeidsmarkt en het betaalbaar houden van de zorg; om de zorg toekomstbestendig te maken moet het roer om. Vanuit dat besef heeft ActiZ vorig jaar haar zorgvernieuwingvisie opgesteld. Essentie daarvan is dat Nederland toe moet naar een samenleving waarin meer dan nu het geval is het accent komt te liggen op het behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Mensen moeten minder afhankelijk worden van zorg en er zal meer gevraagd worden van de sociale omgeving. Samenredzaamheid is in feite waar het om gaat. Tegelijk moet geïnvesteerd worden in mantelzorg, vrijwilligersbeleid, preventie en innovatie. Ook in kwalitatief goede professionele zorg moet blijvend geïnvesteerd worden; cliënten die daarop zijn aangewezen moeten natuurlijk kunnen rekenen op de beste zorg. Ook voor de zorg betekent de omslag naar autonomie en zelfredzaamheid een andere rol; van primair zorgverleners verschuift de focus naar het ondersteunen van mensen in hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Meer dan nu moet de cliënt ook de volledige eigen regie krijgen over de zorg en ondersteuning die hij of zij nodig heeft. Vanuit die directe regierol bij de cliënt ontstaan voor zorgaanbieders ook de beste prikkels om een zorg- en dienstenaanbod te ontwikkelen.

De staatssecretaris zet vanuit het perspectief van onze toekomstvisie op veel thema's stappen in de goede richting. De structurele middelen voor scholing en opleiding zullen inderdaad zorgen voor een kwaliteitsimpuls en dat is positief. De inzet op een eenvoudigere indicatiestelling en vermindering van administratielasten zijn eveneens goede stappen.

Wel is ActiZ van mening dat de focus in het beleid teveel beperkt blijft tot de intramurale zorg. Dat strookt niet met de inzet van het kabinet om langer thuis wonen te stimuleren. Ook in de zorg thuis en technologie die zelfstandigheid thuis ondersteunt moet daarom structureel geïnvesteerd worden.

### Eigen regie

Meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid kan niet zonder meer eigen regie bij cliënten. Eigen regie gaat onder andere over de mogelijkheid om volledig zelf een aanbieder te kunnen kiezen in plaats van door het zorgkantoor of de gemeente uitgekozen aanbieders. Eigen regie gaat over zelf keuzes kunnen maken over de inkoop en inhoud van de zorg en is daarmee onlosmakelijk verbonden met zelfstandig en zelfredzaam blijven. De inperking van het persoonsgebonden budget (PGB) vindt ActiZ hiermee dan ook niet in lijn en een beperking van de keuzevrijheid.

De uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars vindt ActiZ een stap in de goede richting als dit bijdraagt aan meer keuzevrijheid en cliëntgerichtheid. Echter, om cliënten optimaal de lead te geven met een maximale prikkel voor kwaliteit en kostenefficiëntie, moeten snel verdere stappen gezet worden om persoonvolgende bekostiging en resultaatfinanciering te realiseren.

### Toekomstbestendig wonen

Zorgaanbieders moeten zorgvoorzieningen kunnen bouwen waarmee zij optimaal kunnen inspelen op de wens van cliënten. Dat vraagt om een stabiel overheidsbeleid met betrekking tot de bekostiging van huisvesting. En een bekostigingssysteem dat gekoppeld is aan de cliënt. Het beleid van de staatssecretaris sluit goed aan bij deze uitgangspunten. Naast de programmabrief heeft de staatssecretaris in de voorhangbrief over integrale tarieven recent meer helderheid gegeven over onder andere invoeringstermijn en overgangsregime. Het geschetste beleid ziet er over het algemeen zorgvuldig en haalbaar uit. Op drie punten heeft ActiZ echter nog zorgen.

#### *Stabiel bekostigingssysteem*

Kort voor het publiceren van de definitieve Normatieve Huisvestingscomponent (NHc) heeft VWS de rentevergoeding in het tarief verlaagd. Dit was nodig aldus het ministerie om binnen het financiële makro-kader te blijven. Deze 'last minute' actie komt de betrouwbaarheid van de NHc echter niet ten goede. Zorgaanbieders moeten voor hun vastgoed langlopende afspraken maken

met banken en investeerders. Een transparant bekostigingssysteem is dan een vereiste. Het is daarom van groot belang dat VWS objectieve spelregels opstelt en afspraken maakt om de parameters voor het bepalen van de vergoeding voor rente en bouwkosten niet tussentijds aan te passen. Alleen aan de hand van een objectief en transparant systeem kan de sector rekenen op vertrouwen en steun van investeerders. Dat is nodig om verantwoord door te kunnen met het ontwikkelen en bouwen van woon/zorgvoorzieningen die uitgaan van de wensen van cliënten en ontwikkelingen in de zorg. Juist ook vanuit dat belang vragen wij u als Tweede Kamerlid om uw steun voor het tot stand brengen van de spelregels voor een transparant bekostigingssysteem.

#### *Omvorming verzorgingshuizen*

Met het loskoppelen van wonen en zorg voor de ZZP's 1 en 2 zet de staatssecretaris in op een gefaseerde invoering van het scheiden van wonen en zorg. Daarmee heeft zij oog voor de uitvoeringsproblemen die het scheiden van wonen en zorg in bestaande verzorgingshuizen oplevert. Neemt niet weg dat vooral de kleinere verzorgingshuizen met overwegend cliënten met lage ZZP's nu als eerste te maken krijgen met dit beleid. Doordat mensen langer thuis wonen en door de toenemende vergrijzing komen er steeds meer cliënten met een zwaardere zorgvraag en een hogere ZZP-klasse. Het zou daarom goed zijn als de huidige verzorgingshuizen zich desgewenst kunnen omvormen tot huizen die deze groeiende groep zwaardere cliënten in zorg kan nemen. Door de bestaande huidige 'lichte' capaciteit geschikt te maken voor een groeiende groep cliënten met een zwaardere vraag voorkomen we ook kapitaalvernietiging. Op één punt vraagt ActiZ uw steun. Voordat een verzorgingshuis zich kan richten op zwaardere cliënten heeft zij 'een toelating voor behandeling' nodig van het desbetreffende zorgkantoor. Zorgkantoren kunnen deze toelating op dit moment niet afgeven omdat daarvoor geen ruimte is in het budget, de contracteerruimte. Met flankerend beleid van de staatssecretaris zijn aanbieders en zorgkantoren beter en sneller in staat om dit knelpunt op te lossen. ActiZ vraagt uw inzet om dit flankerend beleid bij VWS te stimuleren.

#### *Boekwaardeproblematiek*

In het overgangsregime is volgens ActiZ de oplossing van het boekwaardeprobleem onvoldoende. Zorgorganisaties met een resterende boekwaarde van gebouwen die gesloopt zijn in het kader van de afbouw van meerbedskamers en die geen aanspraak hebben kunnen maken op de bouwimpuls uit 2009, dreigen buiten de boot te vallen. Ook voor de boekwaardeproblematiek bij huur biedt VWS geen oplossing; met name zorgorganisaties met klimwaardelingen zullen hiervan ernstige problemen kunnen ondervinden. ActiZ roept u op om hier alsnog oog voor te hebben.

#### **Extramuraal**

Langer zelfstandig blijven met behoud van de regie over het eigen leven. Dat is waar ActiZ, het kabinet en in feite de hele samenleving naar streven. Zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, ook als zorg en ondersteuning nodig is, is een ontwikkeling die volop gaande is. Om deze extramuralisering te ondersteunen zou ook meer geïnvesteerd moeten worden in onder andere de kwaliteit van de thuiszorg. Ook innovatie en technologie die mensen helpt om langer thuis te blijven wonen zou verder gestimuleerd moeten worden. Als het gaat om kabinetsbeleid om extramuralisering te ondersteunen mist ActiZ concrete stappen. Ook het inperken van het persoonsgebonden budget (PGB) kan als gevolg hebben dat cliënten wonen en zorg in de thuissituatie niet langer kunnen volhouden. Voor zorgorganisaties is op dit moment nog niet helder wat de betekenis voor hen is van de PGB-maatregel. Enerzijds geven zij natuurlijk graag invulling aan de zorgvraag van PGB-houders; anderzijds is het op dit moment nog de vraag of en hoe deze nieuwe zorgvraag gefinancierd gaat worden.

#### **Dubbele sturing**

Tot slot wil ActiZ nog een belangrijke stap op weg naar toekomstbestendige zorg benoemen. Het betreft helderheid over verzekerde zorg, de indicatie en bijbehorende financiering. ActiZ constateert dat nog te vaak sprake is van verzekerde en geïndiceerde zorg die niet geheel betaald wordt. Het betreft zorg die in het verzekerd pakket zit waarvoor cliënten ook daadwerkelijk een indicatie krijgen. De zorgaanbieders die op basis van die indicatie zorg verlenen krijgen deze echter lang niet altijd volledig vergoed omdat de overheid een plafond stelt aan het landelijk budget en budget per regio. Aan de voorkant verleent de overheid dus toegang aan cliënten om bepaalde zorg te verkrijgen; aan de achterkant blokkeert de overheid die zorg door deze niet volledig te vergoeden aan de zorgaanbieders. Nog los van de inkomstenderving bij aanbieders is dit beleid niet in lijn met cliëntvolgende bekostiging omdat een cliënt daardoor immers niet altijd terecht kan bij de aanbieder van zijn keuze.

Om de zorg toekomstbestendig te maken zou de overheid een eenduidig beleid moeten voeren door het macrobudget voor de zorg vooral te sturen via het verzekerde pakket en de indicatiestelling. Dit komt tegelijk ook de keuzevrijheid van cliënten ten goede.

**Position Paper t.b.v. rondetafelgesprek Vaste Kamercommissie VWS 16 juni 2011**

In deze position paper zal de Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) zich beperken tot het uiteenzetten van haar visie op de aangekondigde ingrepen in het Persoonsgebonden Budget. Daarbij richt onze reactie zich op 3 elementen. De vermeende noodzaak van de maatregelen, de gevolgen ervan voor de marktwerking en daarmee de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, en de gevolgen voor zorgondernemers.

Wij gaan hier niet in op het belangrijkste aspect van de maatregelen: de gevolgen voor PGB houders, onze klanten. Zij hebben hun eigen stem en die klinkt luid en duidelijk. Dat neemt niet weg dat wij ons wel zorgen maken om (een aantal) van hen en vanzelfsprekend voelen wij ons zeer bij hen betrokken. Wij ondernemen tenslotte niet voor niets in de zorg.

**Noodzaak**

De BVKZ ziet het plan om het PGB voor 90% af te schaffen als een historische vergissing. Die vergissing begint al bij het belangrijkste argument dat wordt aangevoerd: Het kabinet zou geen keus hebben, de kosten stijgen jaarlijks met 23%. Dat is niet vol te houden.

Aan deze redenering gaat een denkfout vooraf. De AWBZ kent één toegangspoort, bewaakt door het CIZ. Het CIZ stelt objectief vast of iemand in aanmerking komt voor AWBZ zorg en hoe "groot" de zorgbehoefte is. Op het moment dat het CIZ zijn indicatiebesluit afgeeft, gaat de toegangspoort open en heeft de groei van de AWBZ-vraag plaatsgevonden.

Wie door de poort gelaten wordt kan kiezen: rechts naar goedkoop PGB, links naar duurdere ZIN. Hoe meer mensen rechtsaf gaan en voor het PGB kiezen, hoe lager het prijskaartje voor de belastingbetaler. Op zichzelf is er dus niets mis met 23% jaarlijkse stijging van het PGB, als onderdeel van de totale jaarlijks groeiende vraag naar AWBZ zorg. Hoe groter het aandeel PGB op de totale vraag, hoe lager de kosten. Het echte probleem is natuurlijk de snel stijgende vraag naar AWBZ zorg. Dat probleem is alleen bij de toegangspoort aan te pakken, waar de groeiende instroom plaatsvindt, door strenger te indiceren.

Die 23% groei in PGB wordt pas een probleem voor wie een Haagse bril opzet en zo diep inzoomt op het PGB dat het grotere geheel uit beeld verdwijnt. BVKZ stelt voor om dit probleem op te lossen door de schotten tussen de begroting PGB en AWBZ weg te halen en zo daadwerkelijke concurrentie en marktwerking in de hele AWBZ in te voeren. Gezien de goede ervaringen met marktwerking in de "pgb-zorg" zou dat ook bijdragen aan de Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg die het kabinet wil realiseren en draagt het bij aan het beheersen van de kosten.

De voorgestelde PGB maatregel steunt volledig op een wonderlijke gedachte. Terwijl het toegangsbeleid aan de poort niet wijzigt, bieden we maar liefst 90% van de binnenkomers niet de keuze voor het goedkopere PGB. Door voortaan iedereen duurdere zorg aan te bieden, verwacht het kabinet kostengroei uit te sparen. Men hoopt namelijk dat grote groepen zorgvragers in deze situatie zullen afzien van zorg. Dat is niet ondenkbaar, omdat veel innovatieve zorgvormen wel in PGB-vorm te realiseren zijn, maar in het reguliere zorgaanbod niet voorkomen. Tegelijkertijd stelt het kabinet dat men zich tot het uiterste zal inspannen om voor deze groep een passend aanbod in ZIN te realiseren.

Volgens ons kan dit niet allebei tegelijk waar zijn. Of er wordt geld uitgespaard doordat grote groepen zorgvragers geen zorg krijgen omdat die niet beschikbaar is, of er wordt serieus werk gemaakt van een passend alternatief aanbod in ZIN, wat betekent dat er geen besparing optreedt door vraaguitval. Dat roept bij de BVKZ de vraag op waarom het dan nodig is om eerst het bestaande goedkope PGB-zorgaanbod, dat met hard werken en investeren in jaren door zelfstandige ondernemers is ontwikkeld en van de grond getild, af te breken, alleen maar om daarna met veel moeite en veel geld zo'n zelfde aanbod te proberen neer te zetten, maar nu niet

door zorgondernemers met drive, maar door instellingen die daar in het verleden kennelijk ook al niet in zijn geslaagd.

De noodzaak om de stijgende AWBZ kosten te drukken begrijpen we helemaal. Maar de logica om dat te doen door precies dat gedeelte van de AWBZ zorg af te breken waar het minste geld omgaat en waar goedkoop, efficiënt en innovatief wordt gewerkt, ontgaat de duizenden ondernemers in onze branche volledig. Wij kunnen niet anders dan constateren dat dit kabinet van VVD en CDA definitieve afscheid neemt van echte marktwerking en echt ondernemerschap in de zorg, ondanks het overweldigende bewijs van de positieve werking op vele terreinen, van lagere tarieven tot beter maatwerk.

### **Marktwerking**

Voor en tegenstanders van de plannen zijn het eens over de waarde van marktwerking in de langdurige zorg. Het PGB is hiervoor een onmisbaar instrument. Binnen de zorg heeft het PGB geleid tot alle elementen die de theorie van marktwerking voorspelt. Meer diversiteit en groter beschikbaarheid in het aanbod, denken vanuit de klant en niet vanuit de instelling, lagere tarieven, klantregie, hogere klanttevredenheid, zorg op maat, werken vanuit de menselijke maat, meer flexibiliteit, meer innovatie, een passend aanbod voor specialistische zorgvragen (niches) en meer ruimte voor de eigen professionaliteit van de zorgverlener. Ook in de brief van de staatssecretaris wordt hier meermaals op gewezen. Bovendien staat de brief vol aansporingen en zelfs waarschuwingen richting de reguliere zorg in natura aanbieders dat zij serieus werk moeten maken van verdere stappen in die richting omdat het kabinet het verstevigen van die zaken nastreeft. Wat wij als kleine zorgaanbieders volstrekt niet begrijpen is dat de logische stap vervolgens niet wordt gemaakt. Het PGB was de aanjager en is nog steeds de motor achter dit proces. Als het kabinet dit proces wil stimuleren ligt het juist voor de hand om die motor, het PGB, te versterken.

### **Economische effecten**

Wie de media volgt zou bijna gaan geloven dat PGB zorg alleen wordt geleverd door een te duur betaalde buurvrouw of dat het PGB wordt weggesluisd door louche bemiddelaars. Niets is minder waar. In de jaren sinds de invoering van marktwerking, is er een volwassen PGB-zorgsector ontstaan waarin ruim meer dan 10.000 bevolgen zorgverleners werkzaam zijn. Zij werken bij particuliere thuiszorgorganisaties, kleinschalige woonprojecten, als ZZP-ondernemer, bij zorgboerderijen of in gespecialiseerde dagbestedingscentra.

Het besef dat deze sector bestaat, dat de potentiële schade en het banenverlies enorm is en dat met de belangen van degenen die in de sector werkzaam zijn rekening gehouden wordt, blijkt niet uit de brief van het kabinet.

Als er niets gebeurt zullen bedrijven moeten sluiten, investeringen gaan verloren en vele duizenden arbeidsplaatsen zullen verdwijnen. Natuurlijk zullen veel van onze medewerkers werk kunnen vinden in de Zorg in Natura, waar immers ook onze klanten en hun budgetten heen verhuizen. Onze medewerkers kunnen dan tegen hogere kosten en met minder vrijheid hetzelfde werk blijven doen. Als ondernemers lukt het ons niet om daar de winst van te zien. Niet voor de cliënt, niet voor de zorg, niet voor de medewerker, niet voor de nieuwe werkgever en niet voor de belastingbetaler. Een typisch voorbeeld van een lose-lose situatie. Een historische vergissing!

Wij verzoeken kabinet en parlement om nog eens opnieuw, misschien nu vanuit een ander perspectief, te kijken naar de logica van het besluit en de daadwerkelijk te verwachten effecten. En natuurlijk denken wij graag mee over alternatieven en eenvoudige aanpassingen die groot effect kunnen hebben.

## Programmabrief Langdurige zorg

### *UVIT ondersteunt eindperspectief en beoogde hervormingen*

Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) ondersteunt het eindperspectief van de beoogde hervormingen en onderschrijft de uitgangspunten die in de programmabrief Langdurige Zorg staan beschreven. Ze hebben een focus op eigen kracht en verantwoordelijkheid van de patiënt, ondersteuning vanuit de sociale omgeving en samenhang met andere financieringssystemen (WMO en Zvw).

#### **Accenten bij uitwerking**

Door de maatregelen wordt de AWBZ teruggebracht naar de kern waarvoor de wet bedoeld was. Nu wij per 2013 de AWBZ voor eigen verzekerden mogen uitvoeren ontstaat een 'geborgde' aansluiting tussen de langdurige en curatieve zorg. Al eerder pleitte wij voor introductie van resultaatfinanciering en risicodragendheid. Dit geeft een impuls aan doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Door het scheiden van wonen en zorg ontstaan meer kansen voor innovatieve woon/zorgconcepten waarbij de wensen van onze klant centraal staan. Bij de uitwerking plaatsen we enkele accenten. Deze zijn onderstaand staccato weergegeven, in de bijlage zijn ze in een statement nader uitgewerkt.

#### *Maatregelen vragen om een zorgvuldige, in ketenverband uit te voeren, transitie.*

Voor een zorgvuldige transitie is een intensieve samenwerking tussen de vele betrokken partijen en een strakke regievoering vereist. Tijdens de transitie is extra aandacht nodig voor de gevolgen die het proces heeft op hen die tot de complexe zorgdoelgroep behoren.

#### *Maatregelen kennen nog 'open einden'.*

De maatregelen zijn bedoeld om aan de groeiende zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Wij missen een analyse van de daaraan gekoppelde risico's voor de langere termijn. Zo zijn er risico's m.b.t. de inrichting van zorgpaden, informatievoorziening en bestaande verschillen in incentives

#### *Investerings in meer personeel en opleidingen niet alleen richten op intramurale zorg.*

Het merendeel van de gereserveerde middelen wordt gebruikt voor verhoging van de tarieven voor intramurale zorg. Het kabinet wil dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en dat zorg zo dichtbij mogelijk wordt georganiseerd. UVIT vindt dan ook dat er naar verhouding meer personele investeringen in de extramurale setting moeten plaatsvinden.

#### *Beperking PGB is aanvaardbaar maar nu te rigoureu, we zien risico's bij realisatie van besparing*

UVIT vindt dat er kritisch naar het PGB gekeken moet worden. Het beschreven scenario vinden wij voor dit moment te rigoureu. Reductie met 90% van de huidige budgethouders kan niet zonder dat dit grote fricties in de zorgverlening en kwaliteit van leven voor onze klanten oplevert. Verder zullen ook niet alle instellingen deze zorg meteen kunnen overnemen.

De maatregel moet € 900 miljoen opleveren. Wij zien risico's bij de realisatie daarvan. Wat zijn de gevolgen als een substantieel deel van de 90% die nu in rechten beperkt wordt, kiest voor zorg in natura? Het de vraag of het regiobudget van elk zorgkantoor opgehoogd wordt met deze verschuiving. Moeten de zorgkantoren (die een zorgplicht hebben) het met het huidig regiobudget doen? We stellen vast dat deze problematiek verschoven wordt naar gemeenten en zorgkantoren.

#### *Heb aandacht voor transitiekosten.*

De transitie brengt veel transitiekosten met zich mee. In de brief komt dit niet aan de orde.

#### **Tot slot**

De veranderingen leggen een grote verantwoordelijkheid bij ons om op een klantgerichte en efficiënte wijze bij te dragen aan de organisatie van zorg en het inkopen daarvan. Wij gaan deze uitdaging aan. De zorg voor en om de klant moet er uiteindelijk beter van worden.

Juni 2011, voor meer informatie: Jan Mol, Hoofd Public Affairs UVIT /06-53368669

BIJLAGE

## **Programmabrief Langdurige zorg** *UVIT ondersteunt eindperspectief en beoogde hervormingen*

Staatssecretaris Veldhuizen van Zanten- Hyllner geeft in haar Programmabrief Langdurige Zorg van 1 juni 2011 aan hoe het kabinet de AWBZ wil hervormen. Hervormingen die ertoe leiden dat de klant meer centraal komt te staan, de kwaliteit van zorg en de uitvoering van de AWBZ verbetert en het systeem financieel houdbaar wordt.

### **Eens met eindperspectief en uitgangspunten**

Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) ondersteunt het eindperspectief van de beoogde hervormingen en onderschrijft de uitgangspunten die er aan ten grondslag liggen. Ze hebben een focus op eigen kracht en verantwoordelijkheid van de patiënt, ondersteuning vanuit de sociale omgeving en samenhang met andere financieringssystemen (WMO en Zvw). Het huidige AWBZ-systeem kent op dit gebied een aantal nadelen. Zo zijn er onvoldoende financiële prikkels om doelmatige zorg in te kopen en te leveren, ontbreekt goede afbakening tussen de AWBZ, de curatieve zorg en aanpalende beleidsterreinen en kan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt worden verbeterd. De verschillende sturings- en financieringssystemen nodigen uit tot het afwentelen van kosten.

### **Accenten bij uitwerking**

De voorgenomen maatregelen raken nagenoeg alle aspecten van de zorg in de AWBZ. Een aantal van de beschreven maatregelen komt overeen met wat wij eerder hebben bepleit.

Door de voorgenomen overheveling naar WMO en Zvw wordt de AWBZ teruggebracht naar de kern waarvoor de wet bij introductie bedoeld was. We zijn blij dat er duidelijkheid is over de toekomstige uitvoering van de AWBZ. Nu wij per 2013 de AWBZ voor eigen verzekerden mogen uitvoeren ontstaat een 'geborgde' aansluiting tussen de langdurige en curatieve zorg. Al eerder hebben wij gepleit voor introductie van resultaatfinanciering en risicodragendheid. Dit zorgt voor een impuls voor de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Ook de scheiding tussen wonen en zorg ondersteunen wij. Hierdoor ontstaan kansen om te werken aan nieuwe innovatieve woon/zorgconcepten waarbij de wensen van onze klant centraal staan.

Bij de uitwerking plaatsen we enkele accenten:

- Maatregelen vragen om een zorgvuldige, in ketenverband uit te voeren, transitie.
- Maatregelen kennen nog 'open einden'.
- Investeringen in meer personeel en opleidingen niet alleen richten op intramurale zorg.
- Beperving PGB is aanvaardbaar maar nu te rigoureu, we zien risico's bij realisatie van besparing
- Heb aandacht voor transitiekosten

Onderstaand zullen we deze accenten nader toelichten

### **Aandacht voor zorgvuldige transitie**

De transitie van de AWBZ veroorzaakt veel 'beweging' zowel binnen de zorg (AWBZ, Zvw) als binnen welzijn (WMO). Voor de cliënt moet helder zijn in welke mate de beoogde maatregelen effect hebben op zijn of haar recht op zorg. Voor een zorgvuldige transitie is een intensieve samenwerking tussen de vele betrokken partijen (600.000 cliënten, 3.000 zorgaanbieders, 400 gemeenten, 32 zorgkantoren etc.) en een strakke regievoering vereist. Tijdens de transitie is extra aandacht nodig voor de gevolgen die het proces heeft op hen die tot de complexe zorgdoelgroep behoren.

#### *Duidelijkheid over rechten van cliënt*

De belangrijkste verandering voor cliënten waarvan de zorg overgeheveld wordt naar de WMO is dat hun individueel toegekende en wettelijk geborgde AWBZ-aanspraak vervalt. In de nieuwe verhoudingen staan eigen kracht en eigen mogelijkheden voorop. Wat daarin ontbreekt, moet gecompenseerd worden, bij voorkeur via collectieve voorzieningen en pas in het laatste instantie door een individuele aanspraak. Voor de cliënt ontstaan hierdoor onzekerheden: wat zijn concreet de aanspraken en aan welk kwaliteitsniveau moet de zorg voldoen? Alle betrokken partijen moeten zich inzetten om de cliënt hier adequaat over te informeren. Wat het kwaliteitsniveau betreft:

binnen de AWBZ zijn normen voor verantwoorde zorg geformuleerd. Gaan die ook voor gemeenten gelden?

#### *Samenwerking tussen partijen en regievoering zijn vereiste*

Eerdere overhevelingen van de AWBZ naar de WMO hebben geleerd dat intensieve samenwerking tussen gemeenten, zorgkantoren en zorgaanbieders randvoorwaardelijk is. Daarenboven is een goede landelijke coördinatie en regievoering door VWS onontbeerlijk. Vanuit de praktijk die in de afgelopen jaren in onze werkgebieden is gegroeid, zie onderstaand voorbeeld en de door de Zorgkantoren en VNG ontwikkelde "Toolkit", pleiten wij ervoor dat gemeente en zorgkantoor afspraken maken over een infrastructuur voor zorg en welzijn op wijkniveau, dus dicht bij de klant. De uitdaging is om hier een bekostigingswijze voor te vinden die ook op langere termijn houdbaar is.

#### **Geïntegreerde zorg in de wijk: 'Leven in het Dorp' (Gemeente Peel en Maas)**

In de gemeente Peel en Maas is in samenwerking met de Unive-VGZ-IZA-Trias Zorgkantoren het initiatief 'Leven in het Dorp' opgezet. Dit omvat vele grote en kleine deelprojecten met als doel het komen tot een samenhangend aanbod van allerlei woon-, zorg- en welzijnsproducten. Uitgangspunt daarbij is wat de mensen zelf willen. In elk dorpskern worden concrete projecten ontwikkeld in nauwe samenspraak tussen vragers en aanbieders. Om dit vorm te geven zijn in alle kernen zogenaamde 'kernteams' actief. Zo zal een netwerk tot stand komen van allerlei vormen van wonen in combinatie met zorg- en welzijnsvoorzieningen en vervoersdiensten. Doelgroepen zijn ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking en GGZ-cliënten. Succes is behaald wanneer mensen langer in de eigen omgeving kunnen blijven wonen en als mensen zelf kunnen bepalen van welke woon-, welzijns- en zorgvoorzieningen ze gebruik willen maken

Voor meer informatie ga naar: <http://www.peelenmaas.nl/index.php?mediumid=4&pagid=277>

#### *Waak voor risico's bij complexe zorgdoelgroepen*

Complexe zorgdoelgroepen mogen tijdens de transitie niet 'het kind van de rekening worden'. UVIT ziet voor deze doelgroepen grote risico's:

- Jeugdige AWBZ-klanten horen tot de meest complexe doelgroepen. Zij kennen problemen op alle levensdomeinen en zijn kwetsbaar omdat ze geen zelfregie kunnen voeren. Vanuit dit gegeven en rekening houdend met ervaringen met de wet op de Jeugdzorg, is de concentratie van de zorg bij de gemeente binnen een tijdsspanne van drie jaar niet alleen ambitieus en uitdagend maar ook hoogst riskant voor cliënt en zorgverleners. Riskant, want steeds blijft de vraag: wie van de hulpverleners is waarvoor verantwoordelijk, wie houdt het overzicht en de coördinatie? Als zorgkantoor hebben wij ervaring met het organiseren van samenhangende zorg voor deze doelgroep en op basis daarvan zijn we, in deze ingewikkelde transitie, niet bij voorbaat gerust op het behoud daarvan
- Mensen met een lichte verstandelijke handicap (IQ 70 - 85) verliezen AWBZ-aanspraken terwijl er geen enkel zicht is op wat hun specifieke zorgbehoefte is en hoe deze verandering gecompenseerd gaat worden. Wij kunnen ons dan ook prima vinden in het jaar uitstel waarin nader onderzoek moet uitwijzen hoe de maatregel vorm krijgt.
- De zorg voor complexe doelgroepen kent vaak begeleidingsonderdelen die opgenomen zijn in de bekostiging van trajectondersteuning en casemanagement (bijvoorbeeld bij dementie). Wij gaan ervan uit deze vorm van begeleiding niet overgeheveld wordt en onderdeel blijft van de prestatiebeschrijvingen en de bekostiging daarvan. Dit is ook van belang bij de afstemming met zorgonderdelen uit de Zvw.

#### **Aandacht voor 'open einden'**

De maatregelen uit de programmaproef hebben tot doel om aan de groeiende zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Hierbij missen we een analyse van de daaraan gekoppelde risico's voor de langere termijn. Zo zijn er risico's m.b.t. de inrichting van zorgpaden en m.b.t. informatievoorziening en verschillen in incentives

#### *Inrichting van zorgpaden*

De behandeling van chronische zieken vindt steeds meer in zorgpaden/ ketenzorg plaats. Het zorgpad omvat alle activiteiten, van (geïndiceerde) preventie tot zorg aan het sterfbed, in samenhang met welzijnsactiviteiten en mantelzorg. Goede zorg aan het begin van het traject reduceren de kosten van ziekte, beperkingen en zorgafhankelijkheid in een later stadium.

Financiering van de onderdelen uit het zorgpad blijft, ook bij de beschreven maatregelen, gescheiden plaatsvinden: preventie en maatschappelijke ondersteuning via WMO, curatieve zorg via de Zvw en langdurige zorg via de AWBZ. Dit staat haaks op de visie waarin ketenzorg vanuit één financieringsbron via integrale bekostiging plaatsvindt. UVIT is, zoals bekend, voorstander van integrale bekostiging van zorgpaden en het wegnemen van financiële schotten. Wij hebben hier, bijvoorbeeld bij de gerichte inkoop van ketenzorg voor dementie (Geriantmodel), al ervaring mee opgedaan.

#### *Inrichting informatievoorziening en gelijkgerichte incentives*

Voor goede regie, incentives en organisatie is in zowel de Zvw, de WMO als de AWBZ een integrale informatievoorziening over zorgrisico's en zorggebruik noodzakelijk. Om tot effectieve toerekeningsmodellen hiervoor te komen is een integrale analyse nodig, waarbij gegevens tussen de drie bekostigingsstromen gecombineerd kunnen worden. Door de complexiteit van de regelingen, onderling afwijkende systemen, gescheiden incentives, financieringsstromen en privacy aspecten is het voor partijen (zorgverzekeraars, gemeenten) moeilijk om heldere risicoanalyses te maken en op basis daarvan gezamenlijk afspraken te maken over het benodigde zorgaanbod en de verdeling van de kosten. Integrale zorg vereist integrale informatie, regie en incentives.

#### **Investerings in meer personeel en opleidingen niet alleen richten op intramurale zorg.**

Het merendeel van de in het regeerakkoord gereserveerde middelen voor meer zorgpersoneel en opleidingen wordt gebruikt voor verhoging van de tarieven voor intramurale zorg. Zo ontstaat er bij instellingen financiële ruimte om extra personeel te kunnen opleiden en aan te nemen. UVIT constateert hier een onevenwichtigheid. Het kabinet wil, net als UVIT, met de maatregelen bereiken dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en dat de zorg zo dichtbij mogelijk wordt georganiseerd. UVIT vindt dan ook dat er naar verhouding meer personele investeringen in de extramurale setting moeten plaatsvinden. Wij denken daarbij met name aan investeringen in verdere professionalisering van de wijkverpleegkundigen ten behoeve van o.a. vroegsignalering, casemanagement en versterking van de zelfredzaamheid van klanten.

#### **Beperking PGB is aanvaardbaar maar nu te rigouzeus, we zien risico's bij realisatie van besparing**

In de afgelopen jaren is het PGB een belangrijk middel geworden om AWBZ-aanspraken in te vullen. Door het PGB zijn wachtlijsten in de extramurale zorg gereduceerd, nieuwe zorgconcepten ontwikkeld en is de advies- en servicefunctie sterk gegroeid.

Het PGB staat voor eigen regie: klanten kunnen zelf beslissen door wie ze op welk moment voor welk probleem geholpen willen worden. Het draagt bij aan de emancipatie van mensen die zorg nodig hebben om zelfstandig te leven.

Wij zien echter ook de keerzijde. Het feit dat het PGB door de klant wordt gezien als een verzekerd recht draagt bij aan de ontwikkeling van een claimcultuur. 'Recht op zorg' maakt plaats voor 'recht op geld'. Wij gaan uit van vertrouwen in de klant, maar we kunnen niet ontkennen dat er in sommige gevallen misbruik/oneigenlijk gebruik van het PGB gemaakt wordt.

#### *UVIT heeft nieuwe visie op PGB ontwikkeld*

Gegeven ons streven om het PGB-serviceniveau te verhogen, de gesignaleerde keerzijde en met het oog op een wettelijke verankering van een solide PGB hebben wij al eerder onze visie op PGB herzien. Kort gezegd komt die erop neer dat we een verschuiving willen realiseren van een 'persoonsgebonden budget' (PGB) naar 'persoonsgebonden regie' (PGR). De operationalisering van deze visie zal worden opgepakt op basis van tien 'pijlars'.

- 1: De klant kiest zelf de best passende zorg: gericht op omvang, juistheid en kwaliteit.
- 2: Uitgangspunt is dat de zorgbehoefte van de klant ingevuld wordt via zorg in natura (ZIN). Echter, als een klant bewust kiest voor PGR en/of het ZIN-aanbod niet aansluit op de zorgbehoefte van de klant dan is PGR de leveringsvorm.
- 3: Budgetvrager is PGR-vaardig. Vaardigheid betekent onder meer dat de klant voorafgaand aan de start van het PGR zelf een PGR-inkoopplan opstelt. Zonder deze eigenschap is PGR geen optie en wordt de zorgvraag binnen ZIN ingevuld.



4: Zorgkantoor voegt voor de klant waarde toe. Deze kan bestaan uit: actieve zorgbemiddeling en advies, klantgerichte en actieve informatievoorziening, minder administratieve taken voor de klant, rechtstreekse betaling door het zorgkantoor van door klant geaccordeerde facturen aan zorgverleners. De klant met PGR blijft 'in control' door digitaal inzicht in het persoonlijk zorgbudget ("depot").

5: Gerichtte informatie, bemiddeling en sturing aan het begin van het proces, wat leidt tot minder controles en terugvordering achteraf. In het eerste PGR-jaar vindt intensieve begeleiding en controle plaats.

6: Aanpassing van het administratieve- en financiële proces zodat alles 'digitaal en giraal' verwerkt wordt. Door bemiddeling van het zorgkantoor en digitalisering gaan we de noodzaak tot het inhuren van een bemiddelingsbureau minimaliseren.

7: Door actieve bemiddeling en het overnemen van het budgetbeheer wordt de prikkel tot maximalisatie van het zorgbudget weggenomen en kostenbeheersing verbeterd.

8: Vereenvoudiging van de regeling en uitvoering daarvan. Zo worden budgethouders niet meer als werkgever gezien en worden zorgverleners in brutobedragen uitbetaald waarbij zij zelf zorg dragen voor hun wettelijke afdrachten.

9: Focus op de innovatieve prikkel voor verdere ontwikkeling van vraaggestuurde zorg.

10: Transparante afspraken waarbij de klant vooraf weet welke zorg wel/niet kan worden ingekocht via PGR.

Als wij de maatregelen met betrekking tot PGB vanuit onze nieuwe visie beoordelen dan stellen we vast dat ze 'schuren' met de eerste twee pijlers. De keuzevrijheid voor de klanten die geen verblijfsindicatie hebben, wordt beperkt. Mensen die in aanmerking willen komen voor een PGB moeten in de toekomst immers eerst een verblijfsindicatie hebben om daarna budget te krijgen om thuis te kunnen blijven. In onze tweede pijler gaan we er primair vanuit dat de zorg in natura geleverd wordt, tenzij. Deze 'tenzij' is opgenomen omdat de praktijk leert dat de zorgvraag van een cliënt soms zo specifiek is, dat een natura-aanbieder daar geen invulling aan kan geven. In deze situaties is het PGB een uitkomst.

#### *Maatregelen aanvaardbaar maar nu te rigoureu*

UVIT vindt dat er kritisch naar het PGB gekeken moet worden. Het beschreven scenario vinden wij echter voor dit moment te rigoureu. Wij denken dat reductie met 90% van de huidige budgethouders niet kan zonder dat dit grote fricties in de zorgverlening en de kwaliteit van leven voor onze klanten oplevert. Verder zullen ook niet alle instellingen deze zorg meteen kunnen overnemen en wat de mogelijke inzet van ZZP-ers betreft: de contractering daarvan moet nog vorm gegeven worden.

#### *We zien risico's bij realisatie van besparing*

De beperking van het recht op PGB moet een besparing opleveren van € 900 miljoen. Wij zien risico's bij de realisatie daarvan. Wat zijn de financiële gevolgen als een substantieel deel van de 90% die nu in rechten beperkt wordt, kiest voor zorg in natura? Verder is het de vraag of het regiobudget van elk zorgkantoor opgehoogd wordt met deze verwachte verschuiving. De laatste aanwijzing voor de contracteerruimte 2012 voorziet hier bijvoorbeeld maar beperkt in. Moeten de zorgkantoren (die een zorgplicht hebben) het met het huidige regiobudget doen? Feitelijk stellen we vast dat deze problematiek afgewenteld en verschoven wordt naar gemeenten en zorgkantoren.

#### **Aandacht voor transitiekosten**

In het begin van dit statement hebben we aandacht gevraagd voor een zorgvuldige transitie. Als laatste willen we aandacht vragen voor de transitie kosten. De transitie brengt met zich mee dat er door alle partijen veel kosten gemaakt zullen worden in regie, afstemming, systemen, communicatie, conversie, nieuwe inkoop en onderhandelingsmodellen. In de brief komt dit niet te onderschatten aspect niet aan de orde waardoor hier nog onduidelijkheid over bestaat.

#### **Tot slot**

De voorgestelde veranderingen leggen een grote verantwoordelijkheid bij ons om op een klantgerichte en efficiënte wijze een bijdrage te leveren aan de organisatie van zorg en de inkoop daarvan. Wij gaan deze uitdaging aan. De zorg voor en om de klant moet er uiteindelijk beter van worden.

Juni 2011

Voor meer informatie:

Jan Mol

Hoofd Public Affairs

Univé-VGZ-IZA-TRIAS

06-53368669/ [jan.mol@vgziza.nl](mailto:jan.mol@vgziza.nl)

## De RVZ over de toekomst van de AWBZ

*T.b.v. bijeenkomst VC voor VWS 16 juni 2011*

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 – 340 50 60  
Fax 070 – 340 75 75  
E-mail mail@rvz.net  
URL www.rvz.net

1. Vanaf 2005 heeft de RVZ in vele adviezen voorstellen gedaan over de AWBZ en over daarmee samenhangende vraagstukken, bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zeer recent nog publiceerde de RVZ een briefadvies over de relatie tussen de Wmo en de AWBZ (zie bijlage). In al deze adviezen koos de RVZ voor een consistente lijn, daarover hieronder meer.
2. Mensen met een beperking hebben in Nederland, vergeleken met andere landen, onvoldoende mogelijkheden om maatschappelijk te participeren. Het huidige zorgstelsel met een AWBZ is daarvan de hoofdoorzaak. Oplossingsrichting moet zijn: geïndiceerde zorg is verzekerd op basis van een algemene Zorgverzekeringswet (Zvw); wonen, welzijn en participatie zijn de verantwoordelijkheid van de gemeente en waar mogelijk eigen verantwoordelijkheid.
3. Op stelselniveau bepleit de RVZ een twee- in plaats van een driestromenland: twee financieringsstromen in de eindsituatie, Zvw en Wmo. Dit betekent:
  - Opheffing van de AWBZ en wel door:
  - Overheveling van een aantal AWBZ-zorgaanspraken naar de Zvw (voor een deel gerealiseerd cq. gepland; zie verder RVZ-advies Beter zonder AWBZ? (2008) voor concrete voorstellen);
  - Substantiële uitbreiding van de Wmo met een aantal andere AWBZ-zorgaanspraken, onder gelijktijdige aanpassing van deze wet.
4. Dit principe vereist de volgende aanpassingen.
  - a. **Zvw.** Aanpassing ex ante verevening aan overheveling AWBZ-zorgaanspraken. Uitbreiding basispakket met ondersteunende en activerende begeleiding (voor zover dit niet onder de Wmo moet vallen); behandeling omvat ook pedagogische en psychologische behandeling alsmede medebehandeling van mantelzorg; pgb geldt ook voor naar de Zvw overgehevelde aanspraken. Ook de zwaarste zzp's in de ouderenzorg (verpleeghuiszorg) moeten worden overgeheveld naar de Zvw.
  - b. **Wmo.** Gemeente meer speelruimte voor intersectoraal beleid geven. Door substantiële deregulering lokale taken; in Gemeentefonds een 'preventiebonus' opnemen voor goed presterende gemeenten, gekoppeld aan transparantie over performance; wonen en welzijn volledige verantwoordelijkheid gemeente (ook bijvoorbeeld RIBW). Wmo in samenhang met Wet gelijke behandeling uitvoeren. Compensatiebeginsel cq. -plicht aanscherpen.
  - c. Omdat in deze opzet het **raakvlak van Zvw en Wmo** veel groter zal worden, is het noodzakelijk de samenwerking van gemeenten en

Datum  
14 06 2011  
Kenmerk  
045.3-01

- zorgverzekeraars krachtig te stimuleren. Gelukkig zijn er inmiddels enkele goede voorbeelden. De 'preventiebonus' kan hier in twee richtingen (Zvw en Wmo) als incentive voor investeringen in participatie en preventie dienst doen.
- d. De RVZ sluit niet uit dat dit **'uitzuiveringsproces'** een aantal maatregelen noodzakelijk maakt.
- Een strikte scheiding van wonen (inclusief welzijn) en zorg; een zorgverzekering dekt uitsluitend zorg; dit moet prioriteit hebben;
  - Voor een deel van de gehandicaptenzorg, te weten de residentiële zorg zal een rijksfinancieringsregeling moeten worden ontworpen; dit betreft een relatieve kleine groep zorgbehoeftigen; overigens kan deze regeling door zorgverzekeraars worden uitgevoerd, zonder risico;
  - Voor de ouderenzorg zal, meent de RVZ, een ander financieringsprincipe moeten worden ontworpen, meer dan nu gebaseerd op eigen verantwoordelijkheid; kansrijk is de combinatie van hypotheek, spaarregelingen, pensioenarrangement en zorgverzekering (verplicht en aanvullend); de RVZ is er van overtuigd dat de bestaande vormgeving van de intergenerationele solidariteit niet haalbaar is;
  - In de hierboven geschetste situatie is geen behoefte meer aan een CIZ;
- e. De **eerstelijnszorg** zal substantieel moeten worden versterkt om de gevolgen van het bovenstaande te kunnen opvangen. Een 'inloopfunctie' kan hierbij een belangrijke rol spelen. De financiering van de eerste lijn zal moeten veranderen (keten-dbc's; fee for service).



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Aan de heer drs. A.J.M. Teunissen  
Griffier VC VWS

Cie.vws@tweedekamer.nl

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
**Tel** 070 - 340 50 60  
**Fax** 070 - 340 75 75  
**E-mail** mail@rvz.net  
**URL** www.rvz.net

Geachte heer Teunissen,

Tot mijn grote spijt kan de RVZ niet aanwezig zijn bij het rondetafelgesprek met de vaste commissie voor VWS op 16 juni a.s. Wij hebben juist die dag onze raadsvergadering met een agenda die niet toestaat dat leden of medewerkers gemist kunnen worden.

Wel stuur ik u een position paper met de visie van de RVZ op de AWBZ. Ook stuur ik u het persbericht bij het briefadvies Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo dat m.i. zeer relevant is voor dit rondetafelgesprek.

Ik wens u een vruchtbaar overleg toe.

Met vriendelijke groet,

Rien Meijerink  
voorzitter

Bijlagen: 2

Datum  
16 04 2011  
Ons kenmerk  
045.3-02  
Doorkiesnummer  
070 340 7126  
Onderwerp  
Rondetafelgesprek 16 06 2011

# Persbericht



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

## Houd Wmo toekomstbestendig met minder geld

Den Haag, embargo tot 31 mei 2011, 10.00 uur

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 – 340 50 60  
Fax 070 – 340 75 75  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Kenmerk :  
4375-34

**Om de Wmo betaalbaar te houden zijn er maatregelen nodig, zeker nu gemeenten door de economische crisis fors moeten bezuinigen. Voor een beroep op de Wmo kan een eigen bijdrage gevraagd worden. Maar dat is voor de langere termijn onvoldoende. Er zijn financiële prikkels noodzakelijk om gemeenten te stimuleren hulpbehoevenden zolang mogelijk gebruik te laten maken van Wmo-voorzieningen om zo het beslag op de duurder AWBZ te voorkomen. Dit adviseert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in zijn advies 'Prikkel voor een toekomstbestendige Wmo' in een aantal aanbevelingen.**

De Wmo legt gemeenten de verplichting op om beperkingen die mensen ondervinden in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie weg te nemen. Nu er een aantal aanspraken uit de AWBZ worden geschrapt heeft dit een toename van het beroep op de Wmo tot gevolg. Dit past in de ingezette koers van decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten, maar hoe zorgen we ervoor dat de WMO houdbaar blijft? Gemeenten moeten deze (nieuwe) taken immers uitvoeren met minder middelen dan voorheen.

Voor een toekomstbestendige Wmo acht de RVZ het noodzakelijk dat de aanspraak die burgers kunnen doen op de compensatieplicht afhankelijk te maken van financiële draagkracht. Burgers met een inkomen of vermogen boven een bepaalde grens wordt gevraagd bepaalde kosten zelf te betalen of een grotere eigen bijdrage te betalen. Ook wil de Raad dat er naast een financiële eigen bijdrage een mogelijkheid wordt opgenomen in de Wmo om een eigen bijdrage in natura te vragen. Daarbij gaat het om een tegenprestatie van de burger die een beroep doet op de Wmo, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk.

Tenslotte acht de Raad het noodzakelijk gemeenten een financiële prikkel te geven om de Wmo ruimhartig uit te voeren. Dit is van belang omdat daarmee een beroep op zwaardere AWBZ-voorzieningen kan worden voorkomen of uitgesteld. Daartoe stelt hij voor gemeenten waarvan inwoners een lager dan gemiddeld beroep doen op zwaardere AWBZ-voorzieningen financieel te belonen. De middelen daarvoor zouden moeten worden opgebracht door gemeenten waarvan de inwoners een meer dan gemiddeld beroep doen op de AWBZ.

Noot aan de redactie

---

*Het advies is beschikbaar op onze website: [www.rvz.net](http://www.rvz.net). Voor nadere inlichtingen over dit advies kunt u contact opnemen met Montique Noteboom 070 340 7059 (communicatie medewerker) of met Annelou van Egmond 06 22 42 59 03 (communicatie-adviseur).*



**Aan:** Vaste Kamercommissie voor VWS  
**Datum:** 14 juni 2011  
**Betreft:** Kanttekeningen bij de Programmabrief langdurige zorg (Kamerstuk 30597-186)

De sterke stijging van de zorguitgaven, en de versnelling daarin sinds de eeuwwisseling, is op langere termijn onhoudbaar. Een herbezinning op de huidige arrangementen, waaronder de awbz, is daarom op zijn plaats.

### **Diverse maatregelen zullen de uitgavengroei afremmen**

Van alle maatregelen die de uitgavengroei beogen af te remmen noemen we er twee. Allereerst de overheveling van de extramurale begeleiding naar gemeenten (par 2.1). Door de overheveling wordt het mogelijk de doelgroep beter te identificeren en maatwerk te leveren. Omdat bovendien in de wmo geen sprake is van een wettelijk recht op zorg maar van een gebudgetteerde voorziening is de budgettaire beheersbaarheid groter.

Op de tweede plaats de forse inperking van de aanspraken op pgb (par 3). Dit zal de aanzuigende werking van het pgb sterk afzwakken. Opmerkelijk is wel dat alternatieven niet worden besproken, zoals het beperken van pgb-zorg tot gecertificeerde zorgverleners en/of het verlagen van de tarieven van het huidige niveau van 75% tot bijvoorbeeld 50% in combinatie met een striktere indicatiestelling.

### **Andere maatregelen introduceren juist een aanzuigende werking**

De in gang gezette cliëntvolgende financiering (par 1.10) stimuleert een meer doelmatige werkwijze in de langdurige zorg, dat is positief. Echter, zelden wordt onderkend dat het ook een keerzijde heeft, namelijk een aanzuigende werking. Voor zorgaanbieders die capaciteit over hebben wordt het aantrekkelijk extra cliënten aan te trekken. En zorgaanbieders zullen al snel proberen een zwaardere indicatie te bedingen voor bestaande cliënten. Dit zijn geen hypothetische bespiegelingen. De introductie van prestatiebekostiging in de zorgverzekeringswet heeft een vergelijkbare opwaartse druk op het volume teweeg gebracht.

Het ciz zou tegenwicht moeten bieden en moeten garanderen dat de indicatiestelling eenduidig en objectief is. Maar door de zogeheten 'vereenvoudiging van de indicatiestelling' (par 1.8) wordt het ciz meer en meer op afstand gezet. In toenemende mate zijn het de belanghebbende zorgverleners zelf die de (her)indicatie stellen. Dit scheidt geleidelijk steeds meer ruimte voor subjectieve beoordelingen met zwaardere en dus duurdere indicaties tot gevolg.

### **Overheveling van de uitvoering naar de zorgverzekeraars versterkt dit .....**

Uitvoering van de awbz door zorgverzekeraars (par 2.5) versterkt de aanzuigende werking.<sup>1</sup> We nemen vooralsnog aan dat de vereveningspot cq het macrobudget verdeeld wordt over verzekeraars naar rato van de zorgzwaarte van hun verzekerden. Door samen met de cliënt en de zorgaanbieder een zwaardere indicatie te bedingen kunnen ze een groter aandeel uit de vereveningspot cq. het macrobudget bemachtigen. Overschrijding van het macrobudget zal daardoor eerder regel dan uitzondering worden.

### **..... of leidt tot selectie tegen zorgbehoevenden**

Dit kan men tegengaan door bij de verdeling van de vereveningspot cq. het macrobudget over de verzekeraars geen rekening te houden met de zorgzwaarte van de indicaties van de verzekerden. Door bij de verdeling alleen te kijken naar kenmerken zoals leeftijd en geslacht. Maar dan wordt het aantrekkelijk voor verzekeraars om die mensen te mijden die al een indicatie hebben of die binnenkort dreigen geïndiceerd te worden. Die zijn namelijk 'verliesgevend'. Dan dreigt dus het gevaar van risicoselectie.

<sup>1</sup> Paul Besseling, Wouter Elsenburg en Casper van Ewijk, "Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten", Me Judice, 22 mei 2011.

## Reactie Sociaal en Cultureel Planbureau op Programmabrief langdurige zorg/PGB

juni 2011

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft met belangstelling kennis genomen van de Programmabrief langdurige zorg. Het SCP erkent dat er een aanzienlijke groei is in het gebruik van AWBZ-voorzieningen en dat er maatregelen nodig zijn om de AWBZ toekomstbestendig te maken. De reactie van het SCP over het voorstel met betrekking tot het persoonsgebonden budget is met name gebaseerd op het SCP-rapport 'de opmars van het pgb'.<sup>1</sup>

In de Programmabrief wordt voorgesteld om de toegang tot het pgb sterk in te perken. Een belangrijke reden die hiervoor wordt genoemd is de aanzuigende werking en monetarisering van de informele zorg.

Het SCP laat in haar (steekproef)onderzoek onder gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging zien dat voor iets minder dan de helft (43%) van de cliënten het pgb een aanzuigende werking heeft gehad. Het betreft hier gebruikers die zich zonder de aanwezigheid van het pgb zich niet tot publiek gefinancierde zorg had gewend. Dit is echter niet volledig aan de monetarisering van informele zorg toe te schrijven (zie bijvoorbeeld ITS-onderzoek). Een groot deel van de aanzuigende werking wordt veroorzaakt doordat de zorg in natura niet te leveren is (niet beschikbaar is of niet passend is). De groep pgb-gebruikers waarvoor dit geldt zoekt vaak maatwerk of een vaste hulpverlener en dat is de belangrijkste reden om een pgb aan te vragen. Het is maar zeer de vraag of er bij zorg in natura een divers en passend aanbod voor pgb-houders te organiseren is. Opvallend is dat voorbij wordt gegaan aan het feit dat een pgb goedkoper is dan de zorg in natura (pgb bedraagt gemiddeld 75% van bedrag dat ZIN kost).

Alle pgb-houders hebben een indicatie van het CIZ of een Wmo-loket ontvangen. Deze instanties stellen de toegang tot publieke zorg in Nederland vast. Pgb-houders verzilveren dus hun recht op zorg. Als men de aanzuigende werking wil voorkomen, zou vooral naar de indicatiestelling moeten worden gekeken.

De toegang tot AWBZ-voorzieningen is in Nederland breed en de toegekende budgetten zijn relatief ruimhartig in vergelijking met onze buurlanden. Zo worden in onze buurlanden grenzen gesteld aan de ernst van de beperking (geen lichte hulp) en de duur van de beperking (geen kortdurende hulp).

Met betrekking tot de monetarisering van de mantelzorg blijkt uit SCP-onderzoek<sup>2</sup> dat slechts 5% (in 2007 ruim 80.000 mensen) van de mantelzorgers een pgb ontvangt. Het gaat hierbij om een groep mantelzorgers die vaak zeer intensief (28 uur/week) en zeer langdurig (gemiddeld 8 jaar) zorg verleent, vaak aan personen met een verstandelijke beperking, gehandicapte kinderen of aan vrienden met een ziekte of beperking. Deze mantelzorgers hebben een grote kans op overbelasting als zij de zorg niet kunnen delen en geen ondersteuning kunnen inschakelen.

Tot slot staat in de brief dat de groei van het pgb niet heeft geleid tot een verlaging van de groei bij de zorg in natura (p. 24). Echter, men weet niet hoe groot die groei zou zijn geweest zonder het pgb.

<sup>1</sup> Sadiraj, S., D. Oudijk, H. van Kempen en J. Stevens (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: SCP.

<sup>2</sup> Boer, A. de., E. Grootegoed en J. Timmermans (2010). Mantelzorgers met een vergoeding uit een persoonsgebonden budget. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. jaargang 88 nummer 6.