

frieslab



SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

Notitie Wie financiert huishoudelijke hulp bij
thuiswonende mensen met de indicatie 'verblijf'?



Notitie

Wie financiert Huishoudelijke Hulp (HH) bij thuiswonende mensen met de indicatie 'verblijf'?

Wat doet Frieslab?

Frieslab signaleert en analyseert knelpunten in zorg en dienstverlening en zoekt ook naar oplossingen. Het gaat vooral om problemen in ketenzorg, ketenregie en de overgang tussen de wetten AWBZ, Wmo, WJZ, Zvw en Wpg.

Hoe werkt Frieslab?

Frieslab brengt experts en organisaties bij elkaar om voor deze knelpunten oplossingen te zoeken. Met de oplossingen wordt in projecten geëxperimenteerd.

Frieslab ondersteunt bij het opstarten van de projecten en bundelt de resultaten in een advies aan de staatssecretaris.

Frieslab
Oldehoofsterkerkhof 2
8911 DH Leeuwarden
T: 058-750 54 50
E: frieslab@leeuwarden.nl
I: www.frieslab.nl

Colofon

De notitie: Wie financiert Huishoudelijke Hulp (HH) bij thuiswonende mensen met de indicatie 'verblijf'? is een uitgave van Frieslab.

*Auteurs: Drs. J.H.I.M. Peeters Weem, adviseur Frieslab
Drs. S. Bouman - Duivenvoorden, programma manager Frieslab
Met dank aan: Drs. J.W.G.M. Morshuis, Zorgkantoor Friesland
Drs. A.A.E. Welling, HHM*

Leeuwarden, augustus 2010

Inhoudsopgave

| | | |
|----|---|---------|
| 1. | Inleiding | Pag. 5 |
| 2. | Regelgeving en praktijk | Pag. 6 |
| 3. | Uitvoering: waarom werkt het beleid niet zoals bedoeld? | Pag. 9 |
| 4. | Aanvullingen en oplossingsrichtingen | Pag. 12 |
| 5. | Analyse en conclusies | Pag. 16 |
| 6. | Bronnen | Pag. 19 |

1. Inleiding

Er zijn verschillende wetten en diverse regelingen in Nederland voor zorg en welzijn. Deze zijn niet altijd goed afgestemd. Frieslab signaleert knelpunten in de wet- en regelgeving bij zorg en dienstverlening, analyseert ze en zoekt naar oplossingen.

Vanuit de gemeente Dantumadiel kwam bij Frieslab de vraag binnen wie verantwoordelijk is voor Huishoudelijke Hulp (HH) bij thuiswonende mensen met de indicatie 'verblijf'. Is dit de gemeente op grond van de Wmo, of het Zorgkantoor op grond van de AWBZ? Het Rijk propageert de regeling 'Volledig Pakket Thuis' (VPT) die ten behoeve van deze doelgroep kan worden ingezet. Waarom gebeurt dit nauwelijks en hoe zit het dan met de financiering van de huishoudelijke hulp?

Frieslab maakte hier een studie van en doet hiervan verslag in voorliggende notitie. Het doel van deze notitie is trachten duidelijkheid te geven over de verantwoordelijkheid voor en de financiering van HH in relatie tot VPT. Er is inmiddels veel geschreven over dit onderwerp. De notitie beoogt echter niet een samenvatting te geven van alle beschikbare literatuur.

De notitie is als volgt opgebouwd:

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 de regelgeving rondom HH aan verblijfsgeïndiceerden beschreven en vervolgens in hoofdstuk 3 de ervaringen in de dagelijkse praktijk. In hoofdstuk 4 komen de aanvullingen en oplossingsrichtingen van VWS, Zorgkantoor Friesland en ActiZ hierop aan bod en tot slot worden in hoofdstuk 5 de conclusies van Frieslab verwoord.

2. Regelgeving en praktijk

Al voor de introductie van de Wmo was duidelijk dat het vraagstuk HH aan thuiswonende verblijfsgeïndiceerden een probleemgebied zou worden. Twee wetten conflicteren hier: thuiswonende verblijfsgeïndiceerden krijgen hun zorg vanuit de AWBZ en de HH vanuit de Wmo. Voor de invoering van de Wmo is in bestuurlijk overleg tussen VWS en de VNG afgesproken dat met ingang van 1 januari 2009 de AWBZ geleidelijk de levering van HH voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden op zich zou nemen (BOGV, september 2008 en brief ministerie VWS december 2008). Tot op heden is dat niet gebeurd en blijft de gemeente verantwoordelijk.

Hieronder volgt een samenvatting van het rapport 'Huishoudelijke hulp aan thuiswonende verblijfsgeïndiceerden – aanspraak en bekostiging' van Regioplan Beleidsonderzoek (april 2009).

2.1 Beleidsontwikkelingen uit het verleden voor de aanspraak op HH

Tot 2007 was de aanspraak op en bekostiging van HH in de AWBZ geregeld. Vanaf 2007 is een aantal wetwijzigingen doorgevoerd waardoor deze constructie is veranderd. Per 1 januari 2007 is met de invoering van de Wmo, de HH overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Dit betekent dat gemeenten vanaf deze datum verantwoordelijk zijn voor de levering van HH. Voor de overheveling van taken (waaronder huishoudelijke hulp) van de AWBZ naar de Wmo zijn middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten. De VNG en VWS hebben hierover afspraken gemaakt.

In dezelfde periode is een eerste stap gemaakt met de invoering van zorgzwaarte-bekostiging. Deze eerste stap is de invoering van indicatiestelling in zorgzwaartepakketten (ZZP'en) vanaf juli 2007.

Voorheen indiceerde het CIZ op grond van de AWBZ functies en klassen voor zowel cliënten met een verblijfsindicatie als cliënten zonder een verblijfsindicatie. Met de invoering van ZZP'en hoort bij een CIZ indicatie 'zorg bij verblijf' een zorgzwaartepakket. Dit betekent dat wanneer een cliënt een indicatie 'zorg bij verblijf' krijgt, hij geen indicatie meer in functies en klassen krijgt, maar een indicatie in een zorgzwaartepakket. Het zorgzwaartepakket omvat het volledige pakket van zorg dat de cliënt nodig heeft en gaat er hierbij vanuit dat de cliënt zorg binnen een instelling nodig heeft. De bekostiging van het zorgzwaartepakket gaat via de AWBZ.

Tegelijk met de invoering van de indicatiestelling voor verblijfszorg in zorgzwaartepakketten is het besluit 'Zorgaanspraken AWBZ' gewijzigd. In het besluit is geregeld dat een cliënt met een ZZP-indicatie de zorg die hij anders in een instelling zou krijgen onder voorwaarden ook thuis geleverd kan krijgen in de vorm van een VPT. Met de invoering van het VPT werd duidelijk dat de levering van HH aan thuiswonende verblijfsgeïndiceerden vanuit de AWBZ zal plaatsvinden.

2.2 Hoe was het beleid bedoeld?

Thuiswonende verblijfsgeïndiceerden zouden gebruik kunnen maken van een VPT, waarbij de HH onder de AWBZ valt. Het Zorgkantoor kan ervoor kiezen hierover prestatieafspraken te maken met de zorgaanbieders. Dit is echter een zogenaamde 'kan-bepaling' in het besluit Zorgaanspraken AWBZ. Dit is dus niet verplicht. Het alternatief is dat het Zorgkantoor rondom het VPT productieafspraken maakt met intramurale zorgaanbieders. Wanneer het Zorgkantoor en/of de zorgaanbieder hier niet voor kiezen, valt de HH onder de Wmo en is de gemeente verantwoordelijk voor de levering (en dus voor de kosten).

Met de invoering van het VPT was het de bedoeling dat de cliënt bij een ZZP-indicatie voor verblijf uit drie typen zorg zou kunnen kiezen:

1. Zorg in natura in een instelling.
2. Zorg in natura als volledig pakket thuis (VPT).
3. Persoonsgebonden budget (PGB) waarmee de zorg door de cliënt zelf kan worden ingekocht.

Daarnaast bestaat er nog een vierde type zorg dat slechts tijdelijk kan worden geleverd, namelijk overbruggingszorg. Overbruggingszorg bestaat uit een extramuraal zorgarrangement. Een cliënt kan hierop aanspraak maken in afwachting van definitieve opname in een intramurale instelling of de levering van een VPT. De HH wordt in dat geval door de gemeenten bekostigd.

Een cliënt kan er ook voor kiezen om na de overbruggingszorg periode het ZZP 'niet te verzilveren'. Het extramuraal zorgarrangement op basis van het betreffende ZZP blijft van kracht. De HH wordt ook in deze situatie bekostigd door de gemeente.

Wanneer de cliënt geen verblijfsindicatie krijgt maar wel aanspraak kan maken op extramurale zorg dan verloopt de indicatiestelling (nog) via de AWBZ functies en klassen. De aanspraak op huishoudelijke hulp loopt dan via de Wmo.

Voor de levering van HH aan verblijfsgeïndiceerden is artikel 2 van de Wmo van belang: *'Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning, voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.'*

Doordat er voor verblijfsgeïndiceerden een voorziening in de AWBZ is, hoeven gemeenten op grond van dit artikel geen HH te leveren aan verblijfsgeïndiceerden. Toch doen ze dit wel (in ieder geval tot en met december 2008) omdat er aanvullende afspraken zijn gemaakt over de levering van HH aan thuiswonende verblijfsgeïndiceerden die inhielden dat VWS de levering van de HH aan hen waarborgde.

Tot zover de samenvatting.

Eind 2008 is afgesproken dat opnieuw begonnen zou worden met de overheveling van HH voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden naar de AWBZ. Daartoe werd een uitname uit het gemeentefonds gedaan van € 14 miljoen. Begin 2009 bleek dat er sprake was van achterblijvend gebruik van VPT. Er zou nader onderzoek plaatsvinden en tot die tijd is de eerdere uitname weer teruggedraaid. Afgesproken is dat de gemeenten de HH vooralsnog blijven leveren en ze hebben nu de middelen om dit te doen. Daarmee is de situatie duidelijk voor de gemeente.

Bij een tweetal uitzonderingen hoeft de HH niet door de gemeenten te worden geleverd:

- Indien de thuiswonende verblijfsgeïndiceerde vanuit de AWBZ een VPT ontvangt. De HH maakt daar onderdeel van uit.
- Indien de thuiswonende verblijfsgeïndiceerde gebruik maakt van een na 1 januari 2009 verstrekt persoonsgebonden budget (PGB) vanuit de AWBZ. Sinds 1 januari 2009 kan immers het PGB ook aangewend worden voor HH.

Er blijft echter **onduidelijkheid** zitten bij mensen met een PGB met een indicatie van vóór 1 januari 2009. Er wordt onderscheid gemaakt tussen bestaande budgethouders en cliënten die na 1 januari 2009 voor het eerst een PGB aanvragen. (VWS/NZa handboek veelgestelde vragen)

Cliënten met een ZZP-indicatie afgegeven voor 31 december 2008 die kiezen voor een PGB, hebben geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ. De huishoudelijke hulp voor deze cliënten wordt vanuit de Wmo bekostigd (mits de cliënt van de gemeente een indicatie voor huishoudelijke zorg ontvangt).

Cliënten die vanaf 1 januari 2009 een (her)indicatie ontvangen voor verblijf én die voor een PGB kiezen, geldt dat de bestedingsruimte van het PGB wordt uitgebreid met de mogelijkheid HH in te kopen. Deze cliënten dienen huishoudelijke hulp uit het PGB te bekostigen.

Samengevat is per 1 januari 2009 de situatie voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden als volgt:

Tabel 1: Financiering van HH voor thuiswonende mensen met de indicatie verblijf vanaf 01-01-2009

| Leveringsvorm | Intramuraal | VPT | PGB | Overbruggings- zorg | Extramurale zorg |
|---------------|-------------|------|------|------------------------|------------------|
| HH uit: | AWBZ | AWBZ | AWBZ | Wmo | Wmo |

3. Uitvoering: waarom werkt het beleid niet zoals bedoeld?

De aanspraak op en de bekostiging van HH voor verblijfsgeïndiceerden blijkt in de praktijk niet helemaal te werken zoals in paragraaf 2.2. is vermeld. Een belangrijke reden hiervoor is dat de scheiding in extramurale en intramurale zorg (met ZZP-indicatie) niet meer zo eenduidig is. Een steeds groter aantal mensen heeft een indicatie voor intramurale zorg maar ontvangt extramurale zorg. Zij hebben een verblijfsindicatie en vallen daarmee onder het intramurale bekostigingssysteem (in ZZP'en). Zij blijven echter thuis wonen en ontvangen daar extramurale zorg in functies en klassen. De "vertaalde" functies en klassen worden gedeclareerd door de zorgaanbieder. Niet, zoals intramuraal, het gehele ZZP. Doordat deze groep een indicatie voor intramurale zorg heeft, zou de bekostiging van en de aanspraak op de HH eigenlijk onder de AWBZ vallen. Dit is een probleem doordat de aanspraak op HH uit het extramurale gedeelte van de AWBZ is gehaald. Het CIZ indiceert een ZZP maar de klant kiest ervoor om thuis te blijven wonen. Deze groep moet voor hun HH nu aanspraak doen op de Wmo. Dit is beleidsmatig en systeemtheoretisch onjuist, aangezien de beleidslijn is dat het ZZP een volledig zorgpakket is waarin ook de HH is meegenomen.

In het licht van de bekostiging van de HH is er nu dus wat veranderd: voorheen was het 'automatisch' AWBZ; of de cliënt nu thuis woonde of niet. Sinds de komst van de Wmo is de afspraak dat HH voor rekening van de Wmo is tenzij er een verblijfsindicatie is.

Mede om dit probleem op te lossen, is het VPT bedacht zodat de gehele zorgbehoefte (inclusief HH) van verblijfsgeïndiceerden kan worden bekostigd uit de AWBZ. Het blijkt echter dat het VPT nog maar weinig wordt toegepast (Commissie voor VWS, 2009).
Waarom eigenlijk niet?

3.1 De VPT regeling in praktijk

Zowel de, in opdracht van VWS uitgebrachte, onderzoeken van Regioplan (2009) als van PriceWaterhouseCoopers (PWC, 2009) laten zien dat het gebruik van VPT sterk achterloopt bij de verwachtingen. Regioplan noemt een aantal van 10 gebruikers in 2008.

De door Regioplan (2009) gevonden oorzaken hiervoor zijn:

- Het geringe draagvlak vanwege onduidelijkheid over aard en reikwijdte van de regeling.
- De onwenselijkheid om HH weer terug te brengen in de AWBZ, de financiële gevolgen en aanzuigende werking en de afnemende keuzevrijheid van de cliënt.
- Niet iedereen komt in aanmerking voor VPT.
- Thuiszorginstellingen mogen geen VPT leveren.
- Zorgkantoren kopen in eerste instantie voor verblijfsgeïndiceerden alleen intramurale zorg in.
- Zowel cliënten, zorgaanbieders als ook het Zorgkantoor kunnen VPT niet afdwingen aangezien dit een 'kan' bepaling is in het BZA .

PWC (2009) geeft aan dat extramuralisering van voorheen intramurale cliënten niet kostendekkend is in de huidige systematiek van scheiden wonen en zorg. Problemen zitten bij de welzijnsactiviteiten, de maaltijden, zorg op afroep, de nachtzorg en de huishoudelijke zorg. VPT zou de oplossing kunnen zijn als:

1. Er minimaal 50 tot 100 cliënten per zorgaanbieder zijn die geclusterd wonen.
2. Zorg gegeven wordt via een intramuraal bedrijfsmodel.
3. Cliënten bijbetalen voor HH.

Waarschijnlijk gaat een deel van de cliënten in dat geval een hogere eigen bijdrage betalen.

3.2 Woonvormen voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden

De ontwikkelingen met betrekking tot vermaatschappelijking van de zorg (kleinschaligheid en extramuralisering) resulteren erin dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Hoewel het beleid duidelijk uitgezet lijkt (zie tabel 1 in paragraaf 2.2.), versterken deze ontwikkelingen de beleidsmatige en systeemtheoretische onjuistheden.

Het kenniscentrum Wonen en Zorg (van Aedes-ActiZ) spreekt van kleinschalig wonen als een kleine groep mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben, met elkaar in een groepswoning wonen, waardoor het voor hen mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden.

Het Kenniscentrum maakt in haar databank Kleinschalig Wonen onderscheid tussen 2 vormen van financiering:

- De voormalige Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), nu Wet Toelating Zorginstellingen (WZTi); de zorgorganisatie is eigenaar en financiert het verblijf vanuit de AWBZ (HH is integraal onderdeel).
- Scheiden van wonen en zorg; de bewoner of zorgorganisatie huurt van een woningbouwcorporatie (cliënt woont zelfstandig; HH is voor gemeente).

De bewoners van de kleinschalige woonvorm met WZTi moeten in de ogen van de zorgaanbieders in de sector verpleging en verzorging minimaal een indicatie ZPP 4 of 5 hebben. De beleidsregel Kleinschalig Wonen van de Nederlandse Zorgautoriteit, stelt dat zorg geleverd moet worden door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de functie Verblijf. Slechts 15% van het aantal bewoners woont in een groepswoning die met scheiden van wonen en zorg is gefinancierd. Mogelijke verklaring kan zijn dat zorgaanbieders liever op zeker gaan en daarmee het vastgoed in eigen hand willen houden. Het kan ook een rol spelen dat de subsidie Diensten bij Wonen met Zorg per 1 januari 2007 overgeheveld is naar de Wmo.

3.3 De gemeente en de praktijk

Zowel het zeer geringe gebruik van VPT (zie paragraaf 3.1) en de vermaatschappelijking (zie paragraaf 3.2) hebben invloed op de financiering van HH door de gemeenten. De gemeente Dantumadiel heeft bijvoorbeeld te maken met de zorgaanbieder Zorgkwadrant. Zorgkwadrant is bij de volgende kleinschalige woonvormen betrokken:

Tabel 2: Kleinschalige woonvormen

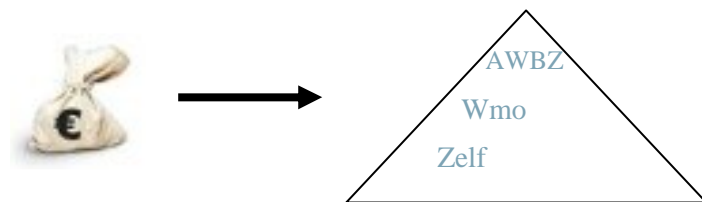
| Naam en plaats | Eigenaar | Financiering |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|
| Hillamahofje, Tytsjerksteradiel | De Friese Wouden | WZTi |
| Berchhiem, Tytsjerksteradiel | Woningbouwvereniging | WZTi |
| Brugchelencamp, Zwaagwesteinde | Woonzorg Nederland | Scheiden wonen zorg |
| 't Suyderhus, Achtkarspelen | Woonzorg Nederland | Scheiden wonen zorg |
| 't Hofje, Zwaagwesteinde | Woonzorg Nederland | Scheiden wonen zorg |

Bron: Databank kleinschalig wonen voor dementerenden; Kenniscentrum Wonen-Zorg

Het is interessant om te weten waarom Zorgkwadrant de ene keer lijkt te kiezen voor de ene vorm en de andere keer voor de andere. Iedere keuze heeft tenslotte gevolgen voor de gemeenten die echter in dit keuzeproces verder niet betrokken zijn.

4. Aanvullingen en oplossingsrichtingen

Daar waar voorheen de scheiding intra- en extramuraal duidelijk was en de financiering voor intramuraal bestond uit een vast budget per bed, is nu meer en meer sprake van een piramidale opbouw van budgetten. De financiering begint bij de uitgaven die de burger zelf doet voor de basis van wonen en leven. Daarop volgt zo nodig een budget van de gemeente voor HH en welzijn. Tot slot, als het echt niet meer anders kan, is er een budget van de rijksoverheid (een smalle AWBZ). Er is sprake van diverse budgetten die uit diverse geldstromen gefinancierd worden. Voor de burger is dit niet altijd duidelijk. Ook voor zorgaanbieders en gemeenten niet, zo blijkt uit de vraag die Frieslab gesteld werd.



In dit hoofdstuk wordt er aanvullende informatie gegeven, achtereenvolgend vanuit het perspectief van VWS, het Zorgkantoor en Actiz. Tenslotte wordt er een blik geworpen op oplossingsrichtingen voor de toekomst.

4.1 VWS

De laatste informatie van het Ministerie van VWS omtrent VPT is van 23 december 2009:

'In vergelijking met vorig jaar is het gebruik van VPT toegenomen. Toch blijft het gebruik nog ver achter bij de verwachtingen die er waren ten tijde van de invoering van het VPT. Om het gebruik verder te stimuleren worden er nieuwe maatregelen getroffen. De maatregelen zijn gericht op de inkooptechnische, inhoudelijke en financiële knelpunten die het gebruik van het VPT momenteel in de weg staan.'

Een inkooptechnisch knelpunt betrof de onduidelijkheid over de prijzen. Dit knelpunt is inmiddels weggenomen met de publicatie van de beleidsregel VPT 2010 die duidelijkheid geeft over de NZa prijzen voor VPT (NZa, 2010). Tevens is de verplichting voor instellingen om tegenover het verstrekken van VPT een plaats onbezet te laten geschrapt. Deze prijzen zijn per 1 januari 2010 gekoppeld aan het ZZP. Een ander inkooptechnisch knelpunt betreft de onmogelijkheid voor extramurale aanbieders om VPT aan te bieden. De reden hiervoor is dat artikel 14 in de AWBZ waarin VPT geregeld is, gekoppeld is aan artikel 9 in de AWBZ waar de aanspraak op verblijf geregeld is. Hieruit volgt juridisch dat een instelling alleen deze zorg mag leveren als zij een toelating heeft voor verblijf.

De komende periode zullen het ministerie van VWS, de NZa en het CVZ bekijken welke obstakels er zijn voor het leveren van een integraal pakket zorg door een thuiszorgorganisatie.

Het kabinet erkent het belang voor gemeenten om over voldoende middelen voor de uitvoering van de Wmo te beschikken. Mede hierom is bij de inwerkingtreding van de Wmo per 1 januari 2007 tussen rijk en gemeenten overeengekomen dat een onafhankelijke derde (het SCP) de ontwikkelingen in de uitgaven van gemeenten voor het Wmo-beleid zal volgen. Deze onafhankelijke derde brengt niet alleen advies uit over de omvang van het budget voor huishoudelijke verzorging, maar ook over de vraag of het totale macro-budget voor de Wmo passend is.

Voor 2010 concludeert het SCP dat het huidige volumecomponent van het macrobudget voor de huishoudelijke hulp als betrekkelijk royaal kan worden aangemerkt.

De voormalig staatssecretaris heeft deze ruimte grotendeels bij de gemeenten gelaten. Ook bij de pakketmaatregel begeleiding heeft zij, in goed overleg met de VNG, een regeling tot compensatie getroffen om de effecten op aanpalende domeinen op te vangen. Juist om te voorkomen dat als gevolg van de extramuralisering gemeenten voor zwaardere lasten komen te staan, is het VPT geïntroduceerd.

Zoals de staatssecretaris in de brief van 26 juni 2009 heeft aangegeven, is het VPT ook bedoeld om de effecten van de voortschrijdende extramuralisering voor gemeenten zoveel mogelijk te beperken. Het VPT omvat immers ook de kosten van schoonmaak, maaltijd e.d. die voor rekening blijven van de AWBZ.

Tevens heeft de staatssecretaris afgesproken gesprekken te voeren met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) over het achterliggend gebruik van het VPT. Ze zegde toe de gesprekken in februari 2010 te laten plaatsvinden.

4.2 Zorgkantoor Friesland over het VPT

Het Zorgkantoor Friesland (Morshuis, 2010) geeft in deze alinea een toelichting op het regiobudget en het VPT.

Het VPT is onderdeel van de intramurale productie afspraken. Met intramurale zorgaanbieders bestaat de mogelijkheid om VPT afspraken te maken. De afspraken VPT vallen binnen het bestaande regiobudget. VPT afspraken boven de bestaande intramurale capaciteit van een bepaalde zorgaanbieder betekent direct minder geld beschikbaar voor de extramurale zorg.

Zorgkantoor Friesland maakt in steeds grotere mate productie afspraken voor VPT. Het Zorgkantoor maakt alleen afspraken met die zorgaanbieders die "ruimte" hebben in de erkenning. Dit betekent dat minder ZZP's worden ingekocht dan waar de erkenning recht op geeft. Niet ieder bed in de instelling is bezet. Op deze manier wordt het regiobudget effectief ingezet.

Bedden leeg laten staan en wel VPT bieden aan klanten, terwijl de betreffende zorgaanbieder een wachtlijst heeft, is niet te verkopen aan de buitenwereld. Het VPT biedt nog lang niet in alle situaties een goed alternatief. De toegevoegde waarde voor zowel klant als zorgaanbieder is lang niet altijd goed te verklaren.

4.3 ActiZ

ActiZ is al geruime tijd bezig met oplossingen aan te dragen aan VWS voor de financieringsproblematiek rondom de scheiding wonen en zorg (www.actiz.nl).

Medio 2009 heeft de toenmalige staatssecretaris besloten de strikte scheiding van wonen en zorg niet verplicht door te voeren. Ze opteert voor een geleidelijke scheiding met een stimuleringsbeleid. De huidige regelingen (m.b.t. de zorginfrastructuur, VPT, actie plan Beter (t)huis) moeten dit ondersteunen. ActiZ acht dit een positieve lijn maar vindt wel verbeteringen noodzakelijk van de genoemde regelingen. Ze pleit voor betere doorvoering van het systeem van cliënt volgende bekostiging; doorvoering van de ZZP systematiek en een directe betaalrelatie tussen cliënt en zorgaanbieder.

4.4 Een blik op de toekomst

Los van het afgesproken beleid en systemen is het de vraag wat er zo erg is aan de huidige praktijk. Gaan de algemene kosten omlaag als er overheveling van gemeenten naar het Rijk plaatsvindt? Wordt de klant er beter van? Hoeveel rompslomp geeft het de organisaties als het anders wordt? Wat is efficiënt en wat is effectief?

Eigenlijk gaat het rapport van Regioplan (2009) hierover. Zij constateren dat overheveling (HH terug naar AWBZ) niet doenlijk is en pleit (op de lange termijn) voor het opheffen van de kunstmatige scheiding intra- en extramuraal. Zij doelen daarmee op extramurale zorgpakketten (EZP'en) voor zorg in natura en PGB. Het VPT moet dan opgeheven worden.

De voormalig staatssecretaris wilde ook voor extramurale zorg pakketten ontwikkelen, zogenaamde EZP'en. De planning was deze in te voeren in 2011. Zij moeten het nu geldende systeem van functies en klassen in de extramurale zorg gaan vervangen. De toekomstvisie en daarmee het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht om wonen en zorg meer van elkaar te scheiden en daarnaast ook de cliënt meer centraal te stellen. Dit beleid vertaalt zich inmiddels naar de praktijk in de vorm van alternatieven naast de meer traditionele intramurale instellingen. Het is dan ook de verwachting dat mensen langer thuis of in geclusterde woonvormen kunnen wonen en dat de intramurale instellingen voornamelijk plaats zullen bieden aan mensen met een zeer zware zorgvraag.

Dit is een diffuse realiteit die de strikte scheiding tussen intra- en extramuraal doet vervagen. De lange termijn oplossing zal dan ook moeten zitten in het weghalen van het onderscheid en in het organiseren van zorgpakketten, ook voor de thuiswonende cliënten. VWS is bezig met de ontwikkeling van deze extramurale zorgpakketten (EZP). De bekostiging gaat daarmee over pakketten en niet meer in functies en klassen.

Het onderscheid wordt dan duidelijk:

- De cliënt heeft permanent toezicht nodig, dan wel een beschermende woonomgeving en een therapeutisch leefklimaat: indicatie ZZP en daarmee HH betaald door de AWBZ.
- De cliënt heeft deze leveringsfactoren niet nodig of wenst niet intramuraal te gaan wonen: indicatie EZP en HH door Wmo.

VWS begon met de ontwikkeling van het EZP maar wil VPT ernaast laten bestaan, met name voor mensen met een verblijfsindicatie (Kamervragen december 2009). Toen viel het kabinet.

Inmiddels (medio 2010) is duidelijk dat het beleid door de NZa reeds wordt aangepast. Het betreft artikel 4.3 van de huidige beleidsregel Volledig Pakket Thuis (CA-418). Daarin staat dat 'afspraken kunnen worden gemaakt (....) van de per zorgkantoorregio beschikbare contracteerruimte'.

Per 01-01-11 verandert dit artikel 4.2 van de beleidsregel Volledig Pakket Thuis (CA-436) in: 'afspraken kunnen worden gemaakt bovenop de toegelaten capaciteit'.

Het lijkt erop alsof er dan meer VPT afspraken kunnen worden gemaakt.

5. Analyse en conclusies

De gemeente Dantumadiel vroeg zich af wie verantwoordelijk is voor HH bij thuiswonende verblijfsgeïndiceerden. En de achterliggende vraag was: zijn Zorgkantoren vrij om afspraken te maken met zorgaanbieders zonder hierin de gemeente te betrekken?

Wat is duidelijk?

Uit onze analyse blijkt dat de regelgeving rondom HH en de financiering daarvan voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden duidelijk is; althans na 1 januari 2009:

Tabel 1: Financiering van HH voor thuiswonende mensen met de indicatie verblijf vanaf 01-01-2009

| Leveringsvorm | Intramuraal | VPT | PGB | Overbruggingszorg | Extramurale zorg |
|---------------|-------------|------|------|-------------------|------------------|
| HH uit: | AWBZ | AWBZ | AWBZ | Wmo | Wmo |

Iedereen die vanaf 1 januari 2009 een indicatie voor verblijf krijgt, VPT kiest en geleverd krijgt, ontvangt HH uit de AWBZ. Bij een indicatie voor verblijf na 1 januari 2009 en de keuze voor een PGB, komt HH ook ten laste van de AWBZ.

Bij een indicatie voor verblijf van vóór 31 december 2008 en keuze voor een PGB, valt de HH ten laste van de gemeente.

De regeling is duidelijk. Maar er blijft sprake van een gescheiden financiering. De ene keer AWBZ, de andere keer Wmo. Het zou eenvoudiger zijn als alle HH voor thuiswonende mensen onder de Wmo valt en er hierop geen uitzonderingen worden gemaakt, zoals nu bij het VPT.

Wat is onduidelijk?

Frieslab constateert een aantal onduidelijkheden en keuzemogelijkheden in de diverse regelingen:

1. Niet iedereen weet dat financiering van HH via de gemeente loopt als de indicatie van vóór 1 januari 2009 is en de cliënt niet kiest voor PGB noch voor VPT (of VPT niet geleverd krijgt).
2. Zorgaanbieders die zowel een intra- als een extramurale toelating hebben, lijken te mogen 'kiezen' tussen kleinschalig wonen via WZTi (HH uit AWBZ) en kleinschalig wonen via scheiden wonen-zorg (HH uit Wmo). Waarbij het zo is dat kleinschalig wonen via WZTi betekent bedden opgeven (dan zou er een wachtlijst kunnen ontstaan) of uitbreiding van intramurale plaatsen (is niet het landelijk beleid). Vaak wordt dan gekozen voor scheiden wonen en zorg.

3. Gemeenten mogen zelf bepalen wie HH ontvangt vanuit de Wmo. De Wmo is immers een kaderwet.
4. VPT is een 'kan' bepaling; zowel het Zorgkantoor als de zorgaanbieders kunnen ervoor 'kiezen' om VPT aan te bieden aan de cliënt.

Wat is het gevolg?

De laatste drie punten van bovenstaand rijtje bevatten allemaal een keuzemogelijkheid. Zowel Zorgkantoor, gemeenten als aanbieders mogen hun eigen beleid bepalen voor de inzet van de middelen. Op het moment dat er geen duidelijke keuze wordt gemaakt, er geen helder beleid is of de communicatie gebrekkig is ontstaat er onduidelijkheid.

Doordat er op drie fronten keuzes moeten worden gemaakt is er 3 maal kans op onduidelijkheid. Een simpele rekensom leert dat

3 x kans op onduidelijkheid = grote kans op chaos.

Conclusie: Er ontstaat 'ruis op de lijn'.

Of, anders gezegd, miscommunicatie of gebrek aan communicatie hebben grote gevolgen. Een redelijk duidelijke regelgeving geeft op deze manier in de uitvoering toch onduidelijkheid.

Waardoor ontstaat ruis op de lijn?

Zorgaanbieders willen graag goede zorg leveren aan hun cliënten en zoeken naar mogelijkheden die voor de cliënten maar ook voor henzelf het beste uitkomen. Zij kiezen bijvoorbeeld niet voor het scheiden van wonen en zorg. Daarbij wordt soms vergeten anderen (lees de gemeenten) in hun denk- en uiteindelijk besluitvormingsproces mee te nemen.

De gemeenten hebben dan het gevoel de gevolgen voor hun rekening te krijgen zonder betrokken te zijn geweest in de besluitvorming en te weten waarom zij de financiële gevolgen moeten dragen. Het voelt voor hen alsof de problematiek bij hen over de schutting wordt gegooid. Daarbij staan veel gemeenten (nog steeds) op achterstand in kennis van en inzicht in de regelgeving in de zorg.

Het Zorgkantoor op haar beurt zet het VPT weinig in en neemt ook beslissingen zonder anderen (de gemeenten) daarin te betrekken.

Cliënten weten niet bij wie ze terecht kunnen.

Van onduidelijkheid en gevoelens over en weer dat je met het probleem van een ander opgezadeld wordt, wordt niemand beter.

Hoe voorkom je miscommunicatie?

Het simpele advies is om met elkaar een afspraak te maken en het beleid ten aanzien van HH te bespreken. Informeer elkaar over de werkwijze van je organisatie, welke keuzes er zijn gemaakt en hoe je omgaat met de doelgroep. Waar moet de ander rekening mee houden? Gemeenten en Zorgkantoor kunnen bijvoorbeeld bespreken om welke doelgroep het gaat en waar gaten vallen in de financiering of waar overlap zit. Dit creëert begrip en duidelijkheid. Maak dan vervolgens concrete afspraken over de mensen die het betreft.

Conclusies

- De regelgeving rondom huishoudelijke hulp is per 1 januari 2009 op zich duidelijk. Er is in het veld echter onduidelijkheid over welke regelgeving vaststaat en wat beoogde wijzigingen zijn. Mensen raken in de war.
- De communicatie tussen Zorgkantoor, gemeenten en zorgaanbieders over gekozen werk- en financieringsvorm voor thuiswonende cliënten met de indicatie verblijf is ontoereikend. Het gaat dan vooral om de communicatie tussen Zorgkantoor-gemeenten en gemeenten-zorgaanbieders.

Aanpassen van de regelgeving zou de inconsequentie en onduidelijkheid in het beleid weg kunnen nemen. VWS zou concrete besluiten moeten nemen, bijvoorbeeld over de extramurale zorgpakketten (EZP). Daarmee wordt de nu wat kunstmatige scheiding tussen intra- en extramuraal geneutraliseerd en sluit de regelgeving beter aan bij de hedendaagse praktijk en de visie op de langere termijn (scheiden wonen en zorg).

6. Bronnen

www.actiz.nl

Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-Zorg (2010), www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen

BOGV (11 september 2008). Notulen bestuurlijk overleg financiële verhoudingen

www.ciz.nl

Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan Tweede Kamer (26 juni 2009). Brief over kabinetsstandpunt scheiden van wonen en zorg. Kamerstuk 30597, nummer 78

Frieslab (mei 2010). Gesprekken met ambtenaren van de gemeente Dantumadiel en managers van Zorgkwadrant

Ministerie van VWS (17 december 2008). Brief over veranderingen in de AWBZ in 2009 aan de wethouders van zorg en welzijn van de Nederlandse gemeenten. Kenmerk DLZ/KZ-2901996

Ministerie van VWS (september 2009). Zorgzwaartebekostiging: Handboek veelgestelde vragen versie 3.0. Enschede: Bureau HHM onderzoek en advies

Ministerie van VWS (24 december 2009). Toekomst AWBZ: Lijst van vragen en antwoorden. Kamerstuk 30597.

Zorgkantoor Friesland, Morshuis, H. (juli 2010). E-mail aan Frieslab

Nederlandse Zorgautoriteit (2010), www.nza.nl

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). Beleidsregel Kleinschalig wonen. Kenmerk CA-40

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). Beleidsregel Volledig Pakket Thuis (VPT). Kenmerk CA-418

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). Beleidsregel Volledig Pakket Thuis (VPT). Bijlage 25 bij circulaire AWBZ/Care/10/10c. Kenmerk CA-436

Price Waterhouse Coopers (februari 2009). Financiële knelpunten bij extramuralisering.

Regioplan Beleidsonderzoek (2009, april). Huishoudelijke zorg aan thuiswonende verblijfsgeïndiceerden, www.regioplan.nl

www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws



SLIMME PADEN VOOR
ZORG- EN DIENSTVERLENING

Oldehoofsterkerkhof 2
Postbus 21000
8900 JA Leeuwarden
t 058 - 750 54 50
www.frieslab.nl

