

Jaarbeeld V&V-sector 2005

Hoe staat úw organisatie er - inmiddels - bij?

Begin 2004 zijn we - zonder dit toen te beseffen - binnen ons bureau gestart met een 'nieuwe traditie'; een jaarbeeld voor de sector waarin wij gespecialiseerd zijn: de V&V-sector. Alle lopende moderniserings-activiteiten hadden we in onze voorjaarsnieuwsbrief 2004 'modernisering AWBZ' op een rij gezet, inclusief een vooruitblik. Daarbij maakten we telkens een praktische vertaling naar ú als zorgaanbieder. Deze nieuwsbrief werd enorm op prijs gesteld. "Duidelijke taal", "goed hanteerbaar", "overzichtelijk", "goede basis om medewerkers en Raad van Toezicht te informeren". Kregen we uit vele hoeken terug. Daarom voor de 2^e keer; maar nu dan het jaarbeeld voor het jaar 2005 inclusief enkele - hopen we - 'profetische' voorspellingen.

De modernisering dendert onveranderd voort. Ditmaal geen uitstel. CIZ (voormalig RIO) en zorgkantoor, voorafgegaan door de Nederlandse overheid, gingen u reeds voor en zijn (bijna) klaar. Het jaar 2005 is het 'laatste' jaar waarin u nog kunt doen of er 'niets' aan de hand is. Alhoewel we het ons nauwelijks voor kunnen stellen; toch is de ruime meerderheid van zorgaanbieders nog in 'afwachting' van wat komen gaat.

Sinds 1 april 2003 volgt Bosscher & De Witte de modernisering nóg nauwkeuriger dan daarvoor. Met de komst van het 'groot project modernisering AWBZ' werd immers duidelijk dat het de overheid (lees VWS) ernst was. Konden we begin 2004 nog melden dat er nog (nèt) voldoende tijd was voor een integrale voorbereiding op de moderniseringsgevolgen voor u als zorgaanbieder. Inmiddels kunnen we dat niet meer. De benodigde integrale voorbereidingstijd blijkt namelijk zo'n 1½ jaar te bedragen. Aangezien op 1 januari 2006 een aantal zaken rigoureuus veranderen voor de intramurale kant van de V&V-sector, moeten we helaas constateren dat u als u nu nog moet beginnen, eigenlijk te laat bent. Ook daar hebben we wat op gevonden; het AWBZ-noodpakket. Een tipje van de sluier over dit noodpakket lichten we in deze mailing op. Een aparte mailing zal u hierover nog worden toegezonden.

In deze mailing nodigen wij u wederom uit voor een wandeling door *het moderniseringsbos*. Om te voorkomen dat u 'door de bomen het bos niet meer ziet', brengen wij u tijdens deze wandeling stap voor stap op de hoogte van de status van alle moderniseringselementen. Mocht u zelf de indruk hebben dat de modernisering AWBZ nogal aan het uitwaaien is. Geen nood. We zijn het helemaal met u eens. Na het lezen van het jaarbeeld heeft u echter alles weer keurig op een rij.

Uw toekomst binnen de modernisering, onze visie

Vanaf 2007 verwachten wij de eerste technische faillissementen in de V&V sector. Het sterk afnemend aantal afgegeven indicaties voor de functie verblijf-langdurig en de slechte kaspositie van de meeste zorgaanbieders in de V&V sector voeden deze verwachting in hoofdzaak. Voeg hierbij de gestaag toenemende concurrentie op de extramurale markt (let hierbij op de gevolgen van de WMO en vooral op de noodsprongen die thuiszorg-organisaties zullen gaan maken), de vervallen contracteerplicht en de cliënt en diens familie & relaties die steeds 'wakkerder' aan het worden zijn en het plaatje is compleet.

"DE KANS IS NIET ONDENKBAAR DAT BINNEN NU EN 3 JAAR 10% VAN DE HUIDIGE INTRAMURALE ZORGAANBIEDERS TECHNISCH FAILLIET ZAL ZIJN"

Hoogste tijd dus om koers te wijzigen én te bezien hoe ú meer 'vet op het bot' kunt kweken. Daarbij is één ding zeker; stilstand is nu meer dan ooit achteruitgang!

Aan de andere kant verwachten wij vanaf 2007 - als de nood het hoogst is - de redding nabij. Door het afnemend aantal indicaties voor verblijf-langdurig, maar ook het afnemend aantal indicaties voor de functie huishoudelijke verzorging, is inmiddels een stuwmeer van uitgestelde zorgvraag aan het ontstaan. Voeg hierbij de nog immer doorzettende dubbele

vergrijzing en toenemende mogelijkheden tot zorg-inkoop zonder indicatie en duidelijk zal zijn dat na regen weer zonneschijn te zien valt. Echter.

"BENT U IN STAAT OM EEN MARKTGERICHTE ONDERNEMER TE WORDEN?"

Nadat de wolken opgetrokken zijn zult u ontdekken dat de wereld er anders uit ziet. Bent u niet in staat gebleken te zijn om op de veranderde markt in te spelen - hoe ruim deze dan ook weer zal zijn\worden - dan is het spel alsnog voorbij. Minimale vereisten om bij de tijd te zijn of alsnog te komen, zijn:

- 1 - (her)formuleer uw arrangementen-aanbod
- 2 - introduceer een zorgregistratie-systeem
- 3 - bereken uw (kost)prijzen
- 4 - leg een link tussen inkomsten, productie en formatie
- 5 - ga werken met een functiegericht zorgdossier
- 6 - herformuleer uw opnamebeleid- en procedures

Bosscher & de Witte AWBZ-noodpakket ©

"INDIEN ÉÉN VAN DE VOORNOEMDE 6 INSTRUMENTEN NIET UITERLIJK MEDIO 2006 FUNCTIONEERT, DAN RAAKT U VROEG OF LAAT ACHTEROP IN DE MODERNISERING"

HET MODERNISERINGSBOS:

Belangrijkste vernieuwings-elementen:

1. Wet Maatschappelijke Ondersteuning
2. Zorgverzekeringswet
3. AWBZ-brede zorgregistratie
4. Indicatie-stelling; SIB en CIZ
5. Voortgang PGB
6. Prestatie-gerichte bekostiging\IZA's
7. Vervallen contracteerplicht, nieuwe aanbieders
8. De NZA komt er aan
9. De WTZi komt er aan
10. Wat komt er nog aan in de jaren t/m 2012

I - Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Inleiding

De WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) is op komst. De invoering van deze wet hangt nauw samen met de Modernisering van de AWBZ en moet leiden tot een samenhangend voorzieningenstelsel, waarbij de regievoering voor een belangrijk deel bij de gemeente komt te liggen. De modernisering biedt vanuit de AWBZ ook betere mogelijkheden om de zorg goed aan te laten sluiten op de lokale en regionale infrastructuur van wonen, welzijn en werken. Dit bevordert de doelmatigheid en komt tegemoet aan de wensen van de burgers en overheid om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten zijn. Vanuit de WMO kunnen mensen thuis ondersteuning krijgen. De AWBZ levert zo nodig daarop aanvullend zorg bij mensen thuis. Zo sluiten AWBZ en WMO op elkaar aan.

De vermaatschappelijking van de zorg, - wat betekent dat ouderen en mensen met een handicap zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en actief deelnemen aan de samenleving - zorgt ervoor dat de combinatie van zorgverlening, welzijnsactiviteiten en aangepast wonen steeds belangrijker wordt. Om dit te realiseren moeten alle partijen op lokaal niveau met elkaar samenwerken. De oprichting van een lokaal loket om duidelijkheid te scheppen voor de burgers die behoefte hebben aan combinaties van wonen, welzijn en zorg maakt hiervan onderdeel uit.

Waarom een WMO

Met de WMO wil het kabinet de verantwoordelijkheden anders verdelen en de ondersteuning logisch, betaalbaar en dicht bij de mensen organiseren. Het moet duidelijker worden wanneer de burger zelf verantwoordelijk is, wanneer de gemeente de burger moet ondersteunen en wanneer er een taak is weggelegd voor de rijksoverheid. In principe moeten mensen eerst zoveel mogelijk zelf blijven doen waartoe zij zelf in staat zijn. Community care wordt (geher)introduceerd; de verwanten zijn primair verantwoordelijk om de zorg op zich te nemen voor

hun dierbaren. Wanneer professionele zorg en verpleging noodzakelijk zijn voor ernstig chronisch zieken, dementerenden, zwaar gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten steunt de overheid met de AWBZ.

Doel

Zelfstandigheid behouden of herwinnen. De wet is met name gericht op mensen met functiebeperkingen en hen zo goed mogelijk in de maatschappij te laten functioneren en participeren. Daarnaast heeft de WMO een belangrijk aandeel in de houdbaarheid van de AWBZ. Door lichtere vormen van ondersteuning en hulp onder te brengen in de WMO kan de AWBZ blijven bestaan.

Toegang

Via één gemeentelijk loket. Deze voorlichtingsloketten zijn bedoeld om burgers informatie en advies te geven over maatschappelijke ondersteuning.

De Wet

Najaar 2004 wetsvoorstel gereed, invoering in 2006. De Welzijnswet¹, de WVG en onderdelen van de AWBZ worden hierin ondergebracht. Alleen zware intensieve zorg blijft in de AWBZ, care gaat naar de WMO.

De WMO heeft een negental prestatievelden benoemd waarbinnen de gemeenten moeten presteren. Bij de uitwerking van deze prestatievelden krijgen de gemeenten ruimte beleidsvrijheid zodat lokaal maatwerk geleverd kan worden.

Uitvoering en financiering van de WMO

De wet legt het primaat van de uitvoering neer bij particuliere organisaties. Dat wil zeggen dat bestaande zorgaanbieders zich op de maatschappelijke ondersteuning kunnen profileren. De gemeente is van uit haar publieke (controleerbare) verantwoordelijkheid de natuurlijke partij om de regie-rol te vervullen tussen organisaties, instellingen, gemeentelijke diensten en bewoners. Dit betekent initiatief nemen en partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid.

De WMO wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. De gemeente kan besluiten om voor bepaalde voorzieningen en producten een eigen bijdrageregeling in te stellen.

Tijdens kamervragen over de WMO werden veel vragen gesteld over 'het oormerken' van gelden. Op het eerste gezicht houdt de staatssecretaris vast aan financiering via het Gemeentefonds, maar heeft wel aangegeven dat de middelen voor de WMO gedurende een aantal jaren geoormerkt zullen worden.

¹ Welzijnswet= opbouwwerk, ouderenwerk, maatschappelijk werk, sociaal-cultureel werk

Duidelijk is geworden dat VWS hoopt op afstemming tussen de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de lokale loketten van de gemeenten. De wens van VWS is dat de lokale loketten ook de toegang tot indicatiestelling voor de AWBZ gaan verlenen.

Let op: de WMO betekent voor u:

- 1 - onderhandelen met de gemeente; over o.a. HV
- 2 - nieuwe concurrenten er bij; SWO's
- 3 - extramuraal geen AWBZ-toelating meer nodig
- 4 - gevolgen voor uw eigen zorgloket(functie)

2 - Zorgverzekeringswet

Met ingang van 2006 zullen alle Nederlandse ingezetenen verplicht zijn om zich te verzekeren (dus niet alleen particulieren). Het onderscheid particulier en ziekenfonds vervalft daarmee. Ten behoeve van het verzekeren komt er één wettelijk omschreven standaardpakket aangevuld met keuze-pakketten bedoeld voor bijverzekeren. De zorgverzekeringswet zal - net als de AWBZ - functiegericht zijn opgebouwd.

3 - AWBZ-brede zorgregistratie; AZR

Met ingang van 2005 is fase 3 van de AZR een feit geworden; zorgkantoor, CIZ en zorgaanbieders werken nu met een systeem waarin het zogenaamde berichtenverkeer (o.a. MAZ, MUT, OP en MEZ) eenduidig én digitaal is georganiseerd. Vooralsnog kunnen zorgaanbieders voor het berichtenverkeer gebruik maken van een webapplicatie om gegevens vice-versa het zorgkantoor\CIZ uit te wisselen.

Tip: Naarmate u als zorgaanbieder zelf uw **interne productie-registratie** digitaliseert, kan u ook met deze software gegevens uitwisselen.

4 - Indicatiestelling

Het aantal afgegeven indicaties door het CIZ (voorheen RIO) is in de afgelopen 5 jaar met 100% toegenomen tot 800.000 (2004). Op diverse manieren wordt geprobeerd om de indicatie-stelling te vereenvoudigen, zodat de 'behandeltijd' van een (her)indicatie-aanvraag acceptabel blijft. Twee belangrijke instrumenten die daartoe in de **eerste helft van 2005** zullen worden ingezet zijn:

- 1 - Standaard Indicatie Protocol/Besluit (SIP's of SIB's)
 - 2 - Formulier 'gelijkblijvende zorg' en 'veranderende zorg'
- De opzet is om door middel van protocollering van delen van de indicatie-werkzaamheden, zaken vanuit het CIZ te delegeren naar de zorgaanbieders. Dit spaart het CIZ tijd en verhoogt de snelheid van indiceren richting cliënt.

Inmiddels zijn er 7 SIB's ontwikkeld (o.a. "revalidatie na ziekenhuisopname i.v.m. CVA" en "kortdurende HV"). Het volgen van deze SIB's betekent dat u het CIZ niet meer hoeft in te schakelen.

5 - Persoonsgebonden budget

Het aantal PGB budgethouders groeit nog immer gestaag. Eind 2004 waren er ongeveer 70.000 budgethouders, waarvan plm. 60% cliënten uit de V&V-sector. In het AWBZ convenant (2005-2007) is gesteld dat er een maximum aan de totale uitgaven voor het PGB zal moeten worden gesteld, een zogenaamd subsidieplafond. Hierdoor kunnen wachtlijsten voor PGB ontstaan.

In het kader van de ontwikkelingen m.b.t de WMO was de verwachting dat mensen die nu een PGB hebben voor huishoudelijke hulp, ondersteunende of activerende begeleiding, dat budget de komende jaren moeten inleveren. Het schrappen van AB uit het PGB budget gaat voorlopig niet door. Ook de geluiden dat men de budgethouders wilde gaan verbieden om huisgenoten in te huren uit hun budget is definitief van de baan.

Lange tijd was onzeker of er binnen de WMO en de nieuwe Zorgverkeringswet een mogelijkheid voor persoonsgebonden financiering zou komen. Aangezien 85% van alle budgethouders te maken krijgt met de WMO, zou dit tot een behoorlijke verslechtering van de positie van PGB'ers leiden. Door de 2^e kamer is besloten dat de gemeenten ook in de WMO een persoonsgebonden budget aan moeten bieden. De staatssecretaris wil in dit kade zelfs nagaan of het mogelijk is om de gemeenten een zorgplicht op te leggen binnen de WMO.

Steeds meer mensen kregen de afgelopen tijd te maken met de zogenoemde doelmatigheidstoets bij de zorgkantoren. Als hun indicatie werd omgerekend in geld, bleken ze uit te komen op een persoonsgebonden budget meer dan 170 euro per dag. Veel zorgkantoren stelden dan, dat opname in een instelling doelmatiger zou zijn. Zo'n opname kost gemiddeld namelijk zo'n 160 à 170 euro per dag. Staatssecretaris Ross maakt daar met haar brief aan CVZ resoluut een einde aan. Persoonsgebonden budgetten tot 300 per dag moeten door de zorgkantoren zonder meer - dus zonder doelmatigheidstoets - worden toegekend, ook als opname in een zorginstelling goedkoper zou zijn. Bovendien, als opname in een instelling duurder is dan het bedrag aan persoonsgebonden budget dat een PGB'er krijgt als hij/zij thuis blijft en hij/zij heeft ook een indicatie voor verblijf, dan moet het persoonsgebonden budget door het zorgkantoor worden opgehoogd tot het bedrag wat de opname kost, aldus de staatssecretaris.

Tip: adviseer cliënten in zorg- en aanleunwoningen om te kiezen voor PGB i.p.v. ZIN. Dit biedt u én hen meer - flexibele - mogelijkheden voor zorgverlening.

6 - Prestatiegerichte bekostiging\IZA

In de eerste helft van 2005 zullen alle zorgaanbieders in de V&V-sector hun cliënten moeten 'omschalen' naar de zogenaamde Intramurale Zorg Arrangementen. Op basis van landelijke cijfers zullen vervolgens tarieven aan deze IZA's worden gekoppeld. Vervolgens zal in september besloten worden of de intramurale bekostiging van zorginstellingen in 2006 op basis van deze IZA's of alsnog (toch) functiegericht zal zijn. In 2007 zal de bekostiging in ieder geval op basis van de AWBZ-functies plaats gaan vinden.

Let op: bereken in de 2^e helft van 2005 of u in 2006 'uit gaat komen' met de IZA-tarieven en of uw formatie past bij de prestaties die u op basis van deze IZA's moet leveren.

Tip: heeft u al eigen arrangementen geformuleerd. Dit is géén vergeefse moeite geweest. Ons advies. Maak een conversie-tabel naar de IZA's. Bovendien. In 2007 zijn de IZA's weer verdwenen.

7 - Vervallen contracteerplicht

De contracteervrijheid van het zorgkantoor en de nieuwe Wet Herziening Overeenkomstenstelsel (HOZ) welke per 1 februari 2005 in werking is getreden, bepalen in belangrijke mate het nieuwe wettelijke kader voor de inkoop en het contracteren. Na 2005 vervallen automatisch alle overeenkomsten ongeacht de looptijd die destijds was afgesproken. Door het vervallen van de extramurale contracteerplicht (sinds 09-2004) zijn de zorgkantoren niet langer verplicht met iedere toegelaten zorginstelling zonder verblijf (alle extramurale prestaties en dagactiviteiten zoals dagbehandeling en dagverzorging) een contract af te sluiten. Wel moeten de zorgkantoren volgens de Europese richtlijnen aanbesteden!!

Voor de intramurale zorg blijft de contracteerplicht voorlopig bestaan en is aanbesteding niet van toepassing. Wel is te voorzien dat de wijze van inkoop van de extramurale zorg doorwerkt in de inkoop van intramurale zorg.

8 - Nederlandse Zorgautoriteit

Het kabinet is akkoord met de instelling van een toezichthouder voor de zorgsector, de zogenaamde Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). De Nza gaat per 1 januari 2006 niet alleen toezicht houden op de ontwikkeling van de (deel)markten in de zorg, maar gaat ook de beoogde 'gereguleerde marktwerking' stimuleren. De mededingingswet biedt volgens het kabinet onvoldoende instrumenten om gereguleerde marktwerking in de verschillende deelmarkten van de zorgsector op gang te brengen en te bewaken. De Nza gaat kosten, prijzen, kwaliteit, contractvoorwaarden en

marktontwikkelingen monitoren. Het huidige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)/Zorgautoriteit in oprichting (Zaio) gaat op in de nieuwe toezichthouder. De Nza krijgt zijn wettelijke basis in het wetsvoorstel Wet Marktordening Gezondheidszorg, welke begin 2005 naar de kamer wordt gestuurd.

De Nza gaat ook toezicht houden op de uitvoering van de AWBZ en van de Zorgverzekeringswet. In dat verband gaan de meeste taken van het huidige college van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) naar de Nza.

9 - WTZi

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZio) moet de huidige beleidsregels van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen vervangen. Deze wet gaat uit van verdere deregulering en stimulering van marktwerking. In de care-sectoren zal de vermaatschappelijking van de zorg verder worden ontwikkeld. Overige aandachtsgebieden in de WTZi zijn de verdergaande extramuralisering, deconcentratie en kleinschaligheid (zorg op maat). Zowel de zorgverzekeraar als de cliëntenraden krijgen een belangrijke verantwoordelijkheid. De zorgverzekeraar heeft in het kader van de zorgplicht de verantwoording over een goed contracteerbeleid. De cliëntenraden krijgen mogelijk een adviserende rol bij complexe bouw en veranderingstrajecten.

10 - Wat komt er nog aan (2006 - 2012)

Modernisering AWBZ:

- I - Invoering IZA-bekostiging (2006)
- II - Invoeren functiegerichte bekostiging (2007)
- III - ministeriële opsplitsing verantwoordelijkheid t.a.v. zorg, wonen en vervoer (PM)
- IV - Beperking aanspraken AWBZ, intro WMO (2006)

WMO:

- 1 - HV zonder VB-indicatie komt in de WMO (2006)
- 2 - OB zonder VB-indicatie komt in de WMO (2007)
- 3 - AB zonder VB-indicatie komt in de WMO (2007)

Voortbestaan zorgkantoren

Het voortbestaan van de zorgkantoren staat onder druk. Als uiterste consequentie zouden de zorgkantoren kunnen worden opgeheven (besluit hierover in 2006).

Marktwerking

Marktwerkings-ontwikkelingen die er nog aankomen

- a. 2005: vrije prijzen bij simpele ingrepen
- b. 2006: afschaffing contracteerplicht intramuraal
- c. 2006: invoering basisverzekering
- d. 2007-2010: meer marktconforme vergoedingen voor de kapitaallasten van instellingen, gaan onderdeel uitmaken van productie-afspraken
- e. 2010: dwingende bouwregels vervallen
- f. 2010-2012: instellingen lopen risico voor volume
- g. 2012: instellingen mogen dividend uitkeren, overheid springt niet meer bij