

Jaarbeeld V&V-sector 2006

Onderneem het maar!

In 2004 zijn we - zonder dit toen te beseffen - binnen ons bureau gestart met een 'traditie'; een jaarbeeld voor onze relaties in de sector waarin wij zijn gespecialiseerd: de V&V-sector. Lopende moderniserings-activiteiten, overzichtelijk geordend en voorzien van een praktische vertaling naar onze relaties én - last but not least - omgezet in een strategisch advies voor het komende jaar. Dit jaarbeeld werd enorm op prijs gesteld. "Duidelijke taal", "goed hanteerbaar", "overzichtelijk", "goede basis om medewerkers en Raad van Toezicht te informeren", "handig om beleid en activiteiten voor het komende jaar op te baseren". Kregen we uit vele hoeken terug. Daarom nu alweer voor de 3^e keer; het jaarbeeld voor het jaar 2006 inclusief enkele - naar wij hopen - 'profetische' voorspellingen.

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. Toch lijken vele zorgaanbieders nog een afwachtende houding aan te nemen; "de plannen veranderen toch keer op keer", horen we in dit kader nogal eens. Wij denken dat deze houding u op achterstand zal zetten; de moderniserings-trein dendert namelijk gewoon door. Na het doorlezen van dit jaarbeeld zult u dit hopenlijk met ons eens zijn. In dit jaarbeeld nodigen wij u namelijk 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 de indruk hebben dat de modernisering AWBZ nogal aan het uitwaaiëren 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, zal een stuwmeer van uitgestelde zorgvraag gaan 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

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

Het groot-project-modernisering ouderenzorg is bijna afgerond. Doel van dit megaproject: cliënt centraal + beheersbaarheid van de zorg + marktwerking. Indicatie-orgaan en zorgkantoor zijn klaar. Nu bent U aan de beurt!

Belangrijk ingezet instrument: het delegeren van beleid van overheidsniveau naar uitvoerend niveau. Samenhangend met de decentralisatie krijgt u dus te maken met: een toename van contrôle instrumenten vanuit de overheid/zorgkantoren welke gericht zijn op verantwoording afleggen.

Ons strategisch-beleid-advies voor 2006. Richt uw organisatie op de navolgende ontwikkelingen:

- a - de markt voor V&V blijft groeien; echter alleen 'spelers' die zichzelf weten te moderniseren zullen op de langere termijn marktpartij voor cliënten en zorgverzekeraars blijven;
- b - wordt een 'prestatiegericht organisatie': maak uw prestaties inzichtelijk, meetbaar, controleerbaar en overdraagbaar;
- c - de cliënt komt nóg centraler te staan; zorg er voor dat u de juiste instrumenten & cultuur in huis heeft om vraaggericht te werken
- d - marktwerking wordt nóg meer gestimuleerd; schroom niet om met pr aan de gang te gaan, onderzoek welke tarieven uw concullegae in de markt zetten
- e - extramuralisering blijft hoog op de agenda staan; verreweg de grootste - stijging - van de vraag naar zorg doet zich voor bij ouderen in de thuisituatie.

HET MODERNISERINGSBOS:

Belangrijkste vernieuwings-elementen:

1. Wet Maatschappelijke Ondersteuning
2. Zorgverzekeringswet
3. AWBZ-brede zorgregistratie
4. Indicatie-stelling
5. Voortgang PGB
6. Prestatie-gerichte bekostiging\IZA's
7. Zorgkantoor
8. De NZA komt er aan
9. De WTZi komt er aan
10. Kwaliteitszorg
11. Wat komt er nog aan in de jaren t/m 2012

I - Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De bedoeling is dat de Wmo op 1 juli 2006 wordt ingevoerd. Dit betekent dat gemeenten zich in het najaar van 2005 en voorjaar van 2006 moeten voorbereiden op de komst van deze nieuwe wet. Met ondersteuning van een invoeringstraject en een gereedschapskist kunnen gemeenten, belangenorganisaties en cliëntenorganisaties zich voorbereiden op de invoering van de Wmo. De gereedschapskist bestaat uit handreikingen op diverse gebieden, waaronder: implementatie Wmo, samenwerking, communicatieplan, AO/IC, financieel model, huishoudelijke verzorging, ketensamenwerking, aanbesteding, lokale loketten, PGB, rol van de Raad, indicatiestelling.

Op 1 juli 2006 gaat de gehele Huishoudelijke Verzorging over vanuit de AWBZ naar de Wmo. De kamer heeft uiteindelijk gekozen voor het laten uitvoeren van pilots Huishoudelijke Verzorging om daarmee te onderzoeken of gemeenten in staat zijn om de totale Huishoudelijke Verzorging zorgvuldig uit te voeren. In oktober zullen waarschijnlijk de eerste resultaten bekend zijn. Inmiddels is duidelijk dat mensen binnen de Wmo ook gebruik kunnen gaan maken van een PGB. Dit komt ten goede aan het principe van keuzevrijheid voor burgers. Ook heeft de staatssecretaris ingestemd met het invoeren van een tijdelijke zorgplicht voor huishoudelijke verzorging, rolstoelen en scootmobiel. De zorgplicht moet een zorgvuldige invoering van de Wmo voor de cliënt garanderen. Zolang deze zorgplicht van kracht is kunnen mensen aanspraak maken op deze voorziening. Na beëindiging van de tijdelijke zorgplicht zal ook de toewijzing van individuele voorzieningen gebonden zijn aan regels welke dan worden vastgesteld door de gemeente.

In de Wmo proeftuinen - welke lopen tot uiterlijk december 2007 - gaat een aantal gemeenten nieuwe of complexe thema's en prestatievelden van de Wmo uitwerken. Deze pilots verkennen o.a. ook de mogelijkheden voor uitbreiding vanuit de AWBZ naar de Wmo (huishoudelijke verzorging en onderdelen van activerende en ondersteunende begeleiding). De uitkomsten van de pilots geven uiteindelijk aan wat wel en niet haalbaar is binnen de Wmo. De eerste voortgangsrapportages zullen naar alle waarschijnlijkheid in december verschijnen. De Tweede Kamer laat de uiteindelijke vorm van de Wmo sterk afhangen van de uitkomsten van de proeftuinen.

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

Het kan u met alle informatie-verstrekking rondom dit onderwerp bijna niet zijn ontgaan. Met ingang van 2006 zullen alle Nederlandse ingezetenen verplicht zijn om zich te verzekeren (dus niet alleen particulieren). Het nieuwe systeem moet Nederlanders bewust(er) maken van de kosten van de zorg. De bedoeling is dat er een stuk(je) marktwerking gaat ontstaan; verzekeren die de beste prijs\kwaliteit-verhouding gaan zoeken, verzekeraars die gaan inkopen bij die zorgaanbieders die de meeste waar voor het aan hen bestede geld bieden. In één klap wordt de verzekeringsmarkt bovendien inzichtelijker; alle verzekeraars zijn in het nieuwe systeem met elkaar te vergelijken op prijs en dienstverlening.

3 - AWBZ-brede zorgregistratie; AZR

Nog even ter opfrissing, de doelstellingen van de AZR:

- inzicht in hoeveelheid cliënten met een zorgvraag
- inzicht in soorten en hoeveelheden indicaties
- inzicht in aantallen PGB-budgethouders
- inzicht in hoeveel cliënten zorg ontvangen
- Inzicht in wachttijden/lijsten

Door middel van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) kunnen het indicatieorgaan, zorgkantoor en de zorgaanbieder elektronisch met elkaar communiceren. Alle gegevens over indicatiestelling, zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en zorgverlening worden met de AZR uitwisselbaar en opeelbaar.

Vanaf december 2004 is gestart met het elektronisch versturen van alle indicatiebesluiten door het CIZ elektronisch naar het zorgkantoor. Vanaf 1 september 2005 moeten alle indicatiedossiers elektronisch worden doorgestuurd naar de zorgaanbieder/zorgkantoor. De elektronische gegevens bevatten inmiddels voldoende informatie om over te kunnen gaan tot zorgtoewijzing en zorglevering.

Fase 3 van de AZR is bijna afgerond. Resultaat is dan dat het zorgkantoor inzicht heeft in alle indicatiegegevens, de aantallen cliënten met AWBZ zorg en de beschikbare capaciteit. Vervolgens start - eind 2005 - fase 4 van de AZR waarbinnen het de bedoeling is dat alle zorgverlening en indicatiestelling wordt ondersteund door de zorgregistratie. Ook moeten alle zorgaanbieders de bij hun in zorg zijnde cliënten invoeren in de AZR. Deze operatie moet op 1 april 2006 gereed zijn.

Op dit moment is het CVZ bezig om zoveel mogelijk B(ijzondere) Z(iektekosten)-formulieren te integreren in de AZR. Doel hiervan is om de papierstroom zoveel mogelijk te verminderen, en hiermee de administratieve last voor met name de zorgaanbieder te verminderen.

Besloten zal nog worden welke plek de zorgzwaartepakketten (en evt. ook de IZA's) op termijn in de AZR krijgen (zie hiertoe verder punt 6 van dit jaarbeeld).

Op 20 februari 2006 wordt versie 2 van de AZR officieel in gebruik genomen. In het verlengde hiervan komt er een nieuwe versie van het handboek AZR

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

4 - Indicatiestelling

In vervolg op de keuze van de staatssecretaris om niet met IZA's maar met zorgzwaartepakketten te gaan bekostigen, zal naar alle waarschijnlijkheid ook de indicatie-stelling hierop (moeten) worden aangepast. Voor cliënten met een indicatie voor V(er)B(lijf) is het vermelden van een klasse immers niet meer noodzakelijk; instelling en cliënt maken samen afspraken over hoeveel uur aan welke functie wordt besteed binnen het betreffende zorgzwaartepakket. Het CIZ zal overigens ook het zorgzwaartepakket moeten gaan indiceren indien VB onderdeel is van de indicatie.

Het CIZ zal overigens blijvend werken aan het vergroten van het (taak)mandaat van zorgaanbieders om (deels) zelf te mogen indiceren. Inmiddels is dit taakmandaat bij herindicaties en door de zogenaamde SIB's al vormgegeven.

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. Momenteel zijn dit er 76.000. Voor het eind van het jaar verwacht men dat het aantal PGB'ers zal zijn toegenomen tot 80.000. Alhoewel 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, zijn er op dit moment geen wachtlijsten.

In de discussie rondom het zogenaamde 'omslagpunt' is door de staatssecretaris besloten dat PGB's tot 300 € per dag door de zorgkantoren gewoon toegekend moeten worden (ter vergelijking: verblijf in een instelling kost plm. 170 € per dag). Ook als opname in een instelling goedkoper zou zijn. Men hoeft dus niet - meer - gedwongen te verhuizen naar een instelling als men veel zorg, hulp of begeleiding nodig heeft. De navolgende situaties zijn nu mogelijk:

situatie 1: de indicatie wordt omgerekend naar een persoonsgebonden budget. Dat budget valt hoger uit dan de verpleegprijs voor opname in een instelling. In dat geval kan de cliënt gewoon het hogere persoonsgebonden budget van het zorgkantoor krijgen. Tot € 300 per dag zal het zorgkantoor gewoon moeten toekennen. Wordt het budget hoger dan € 300 per dag, dan kan het zorgkantoor ook dat hogere budget gewoon toekennen, maar er gaat dan wel een brief naar CVZ waarin dat gemeld wordt.

situatie 2: de indicatie wordt omgerekend naar een persoonsgebonden budget. Dat budget valt lager uit dan de verpleegprijs in een verpleeghuis (gemiddeld zo'n € 170 per dag). De cliënt heeft tévens een indicatie voor langdurig verblijf in een instelling. In dat geval kan de cliënt bij het zorgkantoor verzoeken om dat hogere bedrag (namelijk het bedrag dat uw opname in een instelling zou kosten) zelf uitgekeerd te krijgen als persoonsgebonden budget.

Het succes van het PGB zegt naar onze smaak voldoende over de 'nieuwe generatie cliënten'; eigen verantwoordelijkheid, regie en zelfbeschikkingsrecht trekken blijkbaar meer dan de situatie waarin men Z(org) I(n) N(atura) ontvangt. Ook u kunt op deze ontwikkeling inspelen door zaken als "private zorg", "zorg-\diensten-abonnementen" of 'gewoon' het naar u toehalen van PGB'ers in uw werkgebied. Overigens blijkt de grootste belemmering om voor een PGB te gaan te bestaan uit de administratieve 'rompslomp' die men als cliënt verwacht. Ook hier liggen kansen voor uw instelling; biedt aan om de administratieve kant - deels - over te nemen!

6 - Prestatiegerichte bekostiging\IZA

Ondanks een lange voorbereidingsperiode en een navenante hoeveelheid 'ontwikkelings-energie', lijken de IZA's hun gedachte plaats als prestatie-bekostigings-instrument niet te hoeven gaan vervullen. Daarmee zijn de prestatie-gerichte bekostiging en de IZA's overigens geenszins van de baan!

Besloten is nu om per januari 2007 een prestatie-gerichte financiering in de vorm van 10 (of 15) zorgzwaarte-pakketten in te voeren. De IZA's zullen in deze pakketten worden gebundeld. Nieuw is dat in de zorgzwaarte-pakketten-systematiek een zwaardere en éxtra rol aan het zorgplan wordt toegedicht. Onderzocht wordt zelfs of het zorgplan ingezet kan worden als verantwoordings-instrument voor geleverde productie!

Vanaf 1 januari 2007 is elke instelling wettelijk verplicht een zorgplan met haar cliënten af te spreken.

Wij zijn er niet rauwig om dat de IZA's niet door lijken te gaan als prestatie-bekostigings-instrument; de IZA's waren te rigide en een onnodige tussenstap. De keuze voor zorgzwaarte-pakketten biedt vele voordelen. Of het in de toekomst nog komt tot de meest simpele oplossing van functiegerichte bekostiging is nu onduidelijk en onzeker geworden.

Tip: indien u al eigen arrangementen heeft geformuleerd, dan wel de IZA's gebruikt, dan kunt u uw arrangementen-systematiek ook als zorgzwaarte-instrument gebruiken! De 2^e keer dat u meet kunt u immers 'zien' of meer cliënten in de 'zwaardere' arrangementen scoren dan bij de 1^e meting.

Tip: heeft u nog géén eigen arrangementen geformuleerd; bewerk de 9 IZA's die voor de V&V-sector beschreven zijn zodanig dat ze voor úw organisatie dienst kunnen doen als arrangementen!

7 - Zorgkantoor

In 2006 gaat de intramurale contracteerplicht van het zorgkantoor vervallen. Het zorgkantoor is dan niet langer verplicht met iedere toegelaten zorginstelling met verblijf een contract af te sluiten. Wel moeten de zorgkantoren volgens de Europese richtlijnen aanbesteden!!

Let op: steeds meer zorgkantoren stellen - i.v.m. het vervallen van de contracteerplicht - eisen aan u als zorgaanbieder. Voldoet u niet aan de eisen, dan wordt er geen contract meer met u afgesloten of gaan andere zorgaanbieders vóór als er meer volume nodig is. De meest gehanteerde 'norm' is momenteel dat zorgkantoren van u als zorgaanbieder verwachten dat u (HKZ) gecertificeerd bent. Sommige zorgkantoren gaan nog een stapje verder en verwachten dat u aan een bepaalde 'rating' (een soort 'sterrenstelsel') voldoet.

8 - Nederlandse Zorgautoriteit

Het kabinet is akkoord met de instelling van een toezichthouder voor de zorgsector, de zogenaamde Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). De Nza wordt de marktmeester in de gezondheidszorg. 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 Nza gaat ook toezicht houden op de uitvoering van de AWBZ en van de Zorgverzekeringswet. De Nza - die nu reeds in oprichting is - gaat kosten, prijzen, kwaliteit, contractvoorwaarden en marktontwikkelingen monitoren. Het huidige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)/Zorgautoriteit in oprichting (Zaio) gaat op in de nieuwe toezichthouder. U kent het CTG vast wel; dit is momenteel de organisatie die - met name - uw administratie 'bestookt' met de zogenaamde 'beleidsregels'.

Het CTG/Zaio is verantwoordelijk voor het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en bijbehorende tarieven. In een prestatiebeschrijving staat omschreven welke zorg een aanbieder moet leveren en welk tarief daarvoor in rekening mag worden gebracht.

Sinds 2005 hebben zorgkantoren geen onbegrensd budget meer om zorg in te kopen, maar is er sprake van een regiobudget, waarmee wordt getracht de kosten van de zorg binnen de perken te houden. Verder is er sprake van enkele marktconstatering, waarop de NZaio beleid zal opstellen. Met name wordt gesproken over regels ten aanzien van ongewenste fusiegevolgen, beperkte contractering van zorgaanbieders door zorgkantoren en het vergroten van een gedifferentieerd zorgaanbod en van de mogelijkheden voor cliënten om over te stappen van de ene naar de andere zorgaanbieder.

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 en is bedoeld om de verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing te stimuleren.

De Eerste Kamer heeft de behandeling van de Wet Toelating Zorginstellingen uitgesteld tot oktober 2005. Het is maar de vraag of hierdoor 1 januari 2006 als beoogde invoeringsdatum haalbaar blijft. Dit betekent dat de huidige regelgeving rond transparantie, governance, bouw, cliëntenvertegenwoordiging tot nader orde gewoon van kracht is. De bouwvragen via de verkorte procedure voor verzorgingshuizen kunnen nog gewoon worden ingediend. Ook vallen kleinschalige woonvormen tot die tijd onder de gewone verklaring/vergunning procedure.

10 - Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is weer helemaal terug op de agenda van zorgaanbieders, verzekeraars en inspectie. Zorgverzekeraars gaan voor het jaar 2006 (en verder) over tot het eisen van een kwaliteitscertificaat van de te contracteren zorgaanbieders (zie ook punt 7). Dit jaar is de norm voor Verantwoorde Zorg opgesteld ter vervanging van de 10 alarmbellen die de ondergrens van kwaliteit van zorg aangeven; inspecties gebruiken deze norm bij hun bezoek. Tenslotte is de Stichting H(armonisatie) K(waliteitsbeoordeling) Z(orginstellingen) op dit moment een integraal certificatieschema voor de gehele sector V&V aan het opstellen. Hierin zal aansluiting plaatsvinden op de ontwikkelingen binnen de AWBZ (met name het aspect functiegerichtheid) en op de in ontwikkeling zijnde norm Verantwoorde Zorg.

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

Modernisering AWBZ:

- I - Proefregistratie zorgzwaartepakketten (2006)
- II - Invoeren prestatiegerichte 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 (1 juli 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. 2006: afschaffing contracteerplicht intramuraal
- b. 2007-2010: meer marktconforme vergoedingen voor de kapitaallasten van instellingen, gaan onderdeel uitmaken van productie-afspraken
- c. 2010: dwingende bouwregels vervallen
- d. 2010-2012: instellingen lopen risico voor volume
- e. 2012: instellingen mogen dividend uitkeren, overheid springt niet meer bij

12 - Trends om op in te spelen?

In dit deel van onze nieuwsbrief vertellen we u over initiatieven in de 'zorg- en dienstverlenende markt voor ouderen' waar ook uw stichting wellicht haar voordeel mee kan doen. Dit keer de L(andelijke) V(ereniging) G(roepswonen) van O(uderen). Deze vereniging ondersteunt 50-plussers die in groepsverband willen wonen of een woongroep op willen zetten. Elk 'woonproject' dient tenminste één gemeenschappelijke ruimte te hebben. Tevens dienen de bewoners bereid te zijn tot gezamenlijke activiteiten en wederzijdse hulp. Website LVGO: www.lvgo.nl (kijk in dit verband ook eens op: www.stichtingwsb.nl)

Tip: kunt u dergelijke 'ouderen' iets bieden waardoor zij - zeker bij het ouder worden of bij de 'oudere' woongroepen - in de woongroep kunnen blijven wonen ondanks toenemende zorg- en of dienstenvraag?

In 2004 verhuisden gingen plm. 50.000 Nederlanders in het buitenland wonen. Ruim 10 % van hen zijn ouderen, die vooral naar Frankrijk, Spanje of Portugal verhuizen. Met de pensionering van de baby-boomers zal hun aantal de komende jaren verder toenemen.

Tip: iets voor uw stichting; een 'dependance' in het buitenland? Enkele zorgaanbieders in Nederland gingen u al voor en sloegen daarmee meerdere vliegen in één klap; een extra vestiging, nieuwe mogelijkheden in het kader van job-rotation, een 'vakantie-adresje' erbij voor uw in Nederland verblijvende cliënten (en vice versa). Let op: ook PGB'ers mogen van hun PGB in het buitenland zorg inkopen.

I - AO\IC

U heeft vast al gewerkt aan het 'kaderregeling-proof' maken van uw organisatie; m.i.v. dit jaar is de beleidsregel A(dministratieve) O(ndersteuning) en I(nterne) C(ontrol) ook voor de onder de AWBZ vallende sectoren (V&V, GGZ, V&G) van toepassing.

2 - Materiële controle

Zorgkantoor. Zorgplan.

II - Onze verwachtingen

Verdere info over omslagpunten tussen thuis blijven en opname gekeken naar de 'toekomstige' generatie ouderen.

Het is de vraag of het wenselijk is om van bovenaf algemene omslagpunten tussen intramuraal en extramuraal te willen aangeven in een tijdperk van vraagsturing. Bepaalt niet elke cliënt zijn of haar eigen omslagpunt?

In Denemarken heeft iedere oudere recht op iedere intensiteit van zorg, ongeacht het woonadres. Dus ook in de vorm van individuele thuiszorg. Verreweg de meeste ouderen met ernstige of complexe problematiek kiezen in de praktijk in Denemarken voor de veiligheid van het woonzorgcomplex of het aanleunen op korte afstand. In een middelgrote stad doen slechts enkele tientallen cliënten een beroep op het recht op onbeperkte thuiszorg. Dat is een prijs die men graag over heeft voor het niet van overheidswege hoeven aangeven van een omslagpunt.

In dit licht bezien bepaalt de komende generatie zorgcliënten zelf waar de omslagpunten liggen en hoever de zorg thuis reikt. Deze keuzevrijheid werkt uiteraard eenzijdig: als men zelf kiest voor bijvoorbeeld de veilige geborgenheid van een verzorgingshuis, dan zal men zelf het wonen en de hotelfunctie moeten betalen.

Naarmate de buitenwereld als onveiliger wordt ervaren en de financiële risico's buiten in de wijk voor kwetsbare bejaarden groter worden, zal de pendule terugzwaaien naar het sobere maar veilige totaalproduct: het verzorgingshuis, het gezinsvervangende tehuis, de beschermende woonvorm. Het Sociaal en Cultureel Planbureau raamt het aantal **kwetsbare** ouderen op ruim 200.000, waarvan de meesten het nog zelfstandig redden. Het SCP omschrijft de doelgroep kwetsbare ouderen als volgt. 'Ouder dan 65 jaar, alleenstaand, matige tot ernstige lichamelijke beperkingen, vaak in combinatie met chronische aandoeningen en met weinig hulpbronnen, dat wil zeggen geen partner, een laag inkomen en een gering vermogen'.

Tabel 7. Kwetsbare ouderen naar woonvorm, anno 2000

Doelgroep Aantal absoluut Als % van ouderen 65+

In verzorgingshuis 60.000 2,9 %

In woonzorgvorm 30.000 1,4 %

Zelfstandig met thuiszorg 30.000 1,4 %

Zelfstandig zonder zorg 90.000 4,3 %

Totaal kwetsbare ouderen 210.000 10,0 %

SCP rapportage Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen, 2004; Arcares benchmark 2004.

Of deze 10% van de ouderen omvattende doelgroep verder relatief zal groeien dan wel afnemen zal afhangen van de algemene welvaartsontwikkeling en van de integratie van de komende generatie allochtone ouderen.

Met het oog op deze onzekerheid zou men een pleidooi kunnen houden om met name de verzorgingshuizen niet al te drastisch terug te snoeien, als dat al zou lukken.

Naast de kernvoorraad die nodig blijft voor de zeer zorgzware groepen, eerder geraamd op ongeveer een kwart van het huidige bestand, zou er nog wel eens een bestand in dezelfde orde van grootte nodig kunnen blijven als maatschappelijke voorziening voor kwetsbare ouderen.

Verdere info over NZA, CTG en CTZ

Zorgaanbieders zijn hieraan gebonden bij het leveren van zorg. Prestatiebeschrijvingen waarborgen dat cliënten de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Daarnaast vergemakkelijken ze de onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars, omdat duidelijk is over welk product er precies onderhandeld wordt en omdat de producten tussen aanbieders onderling beter vergelijkbaar zijn.

CTG/ZAio heeft ook de taak om marktwerking in de zorg te bevorderen. Dat wil zeggen dat CTG/ZAio er op toeziet dat alle aanbieders eerlijk met elkaar kunnen concurreren, en dat bijvoorbeeld de grote zorgaanbieders de kleintjes niet van de markt af drukken. Om te kunnen beoordelen of alle partijen zich netjes gedragen, gaat CTG/ZAio de markt monitoren. Dat wil zeggen dat periodiek informatie wordt opgevraagd uit de markt. Deze informatie wordt gebruikt om gericht in te kunnen grijpen wanneer partijen zich misdragen. Daarnaast wordt de informatie gepubliceerd in zogenaamde monitordocumenten. Deze documenten zijn openbaar. Om u zo min mogelijk extra administratieve lasten op te leggen, wordt bij het verzamelen van informatie zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen.

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ)

Het CTZ is verantwoordelijk voor het toezicht op een doelmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen. In de praktijk houdt dat in dat het CTZ controleert of de zorgkantoren hun taken wel naar behoren uitvoeren. Kopen zij bijvoorbeeld voldoende doelmatige zorg in voor hun verzekerden, bieden zij de cliënt voldoende keuzevrijheid en geven zij de cliënten voldoende informatie over hun keuzemogelijkheden? Op deze manier waarborgt het CTZ dat de cliënt voldoende keuzevrijheid heeft en dat de kosten van de AWBZ-zorg niet onnodig hoog worden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

U hebt er misschien al van gehoord: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In 2006 zal de NZa ontstaan uit een fusie tussen het CTZ en CTG/ZAio. De NZa neemt de taken van CTG/ZAio en het CTZ over. Daarnaast krijgt zij, net als de NMa, de OPTA en de DTe, instrumenten om concurrentie in de gezondheidszorgmarkt te stimuleren. Dit moet leiden tot meer kwaliteit, meer doelmatigheid en meer keuzevrijheid

bijdrage Jeroen

ZOZ

Arcares heeft per 2005 de landelijke registratie 'Zorgbehoeftemeting Ouderenzorg' (ZOZ) geïmplementeerd. Ruim 1300 instellingen hebben zich hiervoor aangemeld. Arcares heeft besloten dit jaar geen landelijke peildatum ZOZ te laten plaats vinden vanwege de IZA-registratie, die vanaf september gaat beginnen. Arcares wil instellingen namelijk niet verplichten om 2 keer gegevens aan te leveren. Het afgelopen jaar zijn de ontwikkelde IZA's en de ZOZ-meting met elkaar vergeleken om tot verdere besluitvorming te komen over het te hanteren landelijk systeem. Vergelijking heeft geconstateerd dat beide systemen vergelijkbare beperkingen meten. Dit jaar moeten de ZOZ-instellingsrapporten van deze eerste meting beschikbaar zijn.

NZaio/CTG

bijdrage Denise

Input jaarbeeld V&V sector najaar 2005-2006

CIZ

Vanaf 1 januari 2005 wordt de indicatiestelling voor de AWBZ zorg landelijk uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Sinds 1 mei kunnen zorgaanbieders zelf 'simpele' zorgvragen afhandelen middels de zogenaamde Standaard Indicatie Protocollen (SIP's). Het ministerie van VWS heeft hierbij gekozen voor een 'taakmandaat'. De aanbieder is gerechtigd een advies te geven over de indicatie en het CIZ neemt het formele besluit. Cliënten worden hierdoor snel geholpen en het voorkomt onnodige administratieve bureaucratie. Veel SIP's hebben betrekking op enkelvoudige verpleegkundige handelingen, maar er zijn ook SIP's voor revalidatie na ziekenhuisopname en kortdurende huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Het CIZ heeft in totaal negentien standaardprocedures ontwikkeld. Naast het gebruik van de SIP's door de zorgaanbieders, worden ze ook door het CIZ zelf toegepast bij de indicatiestelling. De zorgaanbieder /CIZ vult op de computer een vooraf geprotocolleerd aanvraagformulier in. Na het invullen geeft de computer een positief of negatief advies aan. Is het advies positief dan kan de zorg meteen starten. De aanmelddatum van het advies van de zorgorganisatie is in het indicatiebesluit de formele startdatum van de zorg. Het indicatiebesluit van het CIZ komt via de AZR bij de zorgorganisatie terug. De zorgaanbieder op haar beurt bevestigt dit met de Melding Aanvang Zorg (MAZ) aan het zorgkantoor.

Om de kwaliteit van de indicatiestelling te bewaken voert het CIZ periodiek steekproeven uit met als doel te beoordelen of de zorgaanbieder de aanvraag goed heeft verwerkt. Indien een zorgorganisatie stelselmatig onjuist werkt kan de overeenkomst met het CIZ worden beëindigd. Om gebruik te kunnen maken van de SIP's moet de zorgaanbieder een overeenkomst met het CIZ afsluiten.

Op basis van 30 best practices m.b.t werkprocessen bij indicatiestelling is er een werkgroep Referentie Werkproces opgestart. Het Referentie Werkproces beschrijft de stappen die de CIZ-medewerkers moeten nemen om cliënten zo snel mogelijk door het indicatiestraject te loodsen en te voorzien van een indicatiebesluit. Door het invoeren van dit nieuwe werkproces zullen voor meer indicaties sneller besluiten worden afgegeven. Het is de bedoeling dat de meeste aanvragen binnen twee weken worden afgehandeld. Na de zomer wordt het Referentie Werkproces ingevoerd in het hele land. Cliënten met soortgelijke aanvragen zullen dan vergelijkbare trajecten doorlopen.

Momenteel wordt de aanmeldmodule getest waarmee zorgaanbieders, zorgloketten, cliëntondersteuners en transferverpleegkundigen elektronisch cliënten kunnen aanmelden bij het CIZ. Met de aanmeldmodule kan digitaal een aanvraagformulier voor een indicatie worden ingevuld. Ook de formulieren voor de SIP's zullen worden ondergebracht in de aanmeldmodule.

In de afgelopen periode (2004-2005) is gebleken dat het aantal indicaties is gestegen. In 2004 was er sprake van een jaarlijkse stijging van 11,6%. Hierbij opgemerkt dat per 2004 het RIO ook de indicaties voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg heeft afgegeven. Bovengenoemde ontwikkeling ondersteunt het proces van vereenvoudiging en verandering toegang tot AWBZ zorg.

Het voornemen is om per juli 2006 de AWBZ functie Huishoudelijke Verzorging over te hevelen naar de WMO. De gemeente is vrij te besluiten of ze wel of niet met indicatiestelling wil werken. Als de gemeente besluit dit wel te doen is er een mogelijkheid dit, tegen betaling, door het CIZ te laten uitvoeren. Ook aanvragen voor de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) kunnen in het vervolg door de gemeente zelf worden afgehandeld. Ook hier kan het CIZ op verzoek van de gemeente, tegen betaling, de indicatiestelling uitvoeren.

Als op termijn gebundelde zorgzwaartepakketten wordt ingevoerd, verandert hiermee ook de indicatiestelling. De zorgzwaartepakketten vermelden het totaal aantal uren en de functies die daar deel van uitmaken, zonder de precieze onderverdeling van uren per functie. Het indicatiebesluit zal vervolgens ook op deze manier worden ingericht. Er worden dus niet meer per functie apart uren aangegeven, maar er ontstaat een urenpakket. Hierdoor ontstaat er ruimte voor de zorgverlener en cliënt om gezamenlijk te bepalen wat de beste verdeling is van het totaal aantal uren (substitutie tussen de functies). In de komende periode zal duidelijk worden of deze ontwikkeling doorgang zal vinden en dus of de indicatiestelling hierop aangepast moet worden.

AZR

WMO

- in 2006 extra investering in volume en kwaliteit. Met name extra geld voor verpleeghuissector. Tevens het versterken van de benodigde infrastructuur voor zelfstandig wonende mensen met beperkingen (= omzetten van grootschalige woonvormen in verplegings-, verzorgings-, psychiatrie, en gehandicaptensector naar kleinere geclusterde setting of individueel wonen met zorgsteunpunten), versterking van de positie van de cliënt (= cliëntondersteuning via mentorschap met name in de PG verpleegsector) en kwaliteitsverbetering in de sector door extra inzet van stageplaatsen (= meer handen aan het bed) en zorgzwaartefinanciering voor de zwaarste cliëntgroepen in de zorg in 2006 (vooruitlopend op de invoering hiervan in 2007). IZA gebundeld in zorgzwaartepakketten, wettelijk verplicht zorgplan (zodat cliënt inzicht krijgt in datgene dat aan hem/haar is toegekend, ook wordt gekeken in hoeverre het zorgplan een plaats kan krijgen bij de verantwoording van de geleverde zorg)