

Rapport

Signalement zorg en wonen

Op 4 april 2012 uitgebracht aan Staatssecretaris van VWS

Publicatienummer

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
-----------------------	---

<i>Volgnummer</i>	2011079948
--------------------------	------------

<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
------------------------	---------

<i>Auteur</i>	drs. A.M. Hopman
----------------------	------------------

<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 01
------------------------------	----------------------

<i>website</i>	Dit rapport kunt u vinden op onze website www.cvz.nl
-----------------------	--

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	
1	1. Inleiding	
2	1.a. Leeswijzer	
3	2. Maatschappelijke achtergrond en beleidsomgeving	
3	2.a. Maatschappelijke achtergrond	
5	2.b. Programmabrief langdurige zorg	
5	2.b.1. Decentralisatie begeleiding naar gemeenten	
5	2.b.2. Scheiden van wonen en zorg	
5	2.b.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden	
5	2.b.4. Resultaatsgerichte bekostiging	
6	2.b.5. Een solide en wettelijk verankerd PGB	
6	2.c. Andere beleidsontwikkelingen	
6	2.c.1. Verpleging en persoonlijke verzorging	
6	2.c.2. Casemanagement	
7	2.c.3. Aanvullende diensten	
7	2.c.4. Overheveling zorg aan jeugdigen	
7	2.d. Ontwikkelingen in vogelvlucht	
9	3. Nadere verkenning	
9	3.a. Belemmeringen in de huidige aanspraken	
10	3.b. Huidige bekostiging	
10	3.c. Vragen en onzekerheden	
11	3.d. Belemmeringen in de regelgeving rond huren	
11	3.d.1. Woningwaarderingssysteem	
11	3.d.2. Brandweereisen	
11	3.d.3. Huurrecht	
11	3.d.4. Huurtoeslag	
12	3.d.5. Mededingingsrecht	
13	3.d.6. Bekostiging zorginfrastructuur	
14	4. Zorg en verblijf als aanspraak	
14	4.a. Zorg	
15	4.b. Wonen	
15	4.c. Herformulering zorgaanspraken	
15	4.c.1. De aanspraak op een integraal zorgpakket	
16	4.c.2. Permanent toezicht en bescherming	
17	4.c.3. Therapeutisch leefklimaat	
17	4.c.4. De aanspraak op verblijf	
18	4.c.5. Voortgezet verblijf en BOPZ	
18	4.c.6. Indicatiestelling	
18	4.d. Inhoud van de nieuwe aanspraken	

19	4.d.1.	Artikel 15 Bza
20	4.e.	Conclusie aanspraken
22	5.	De doelgroep
23	5.a.	Afbakening doelgroep
24	5.b.	Versterken reguliere zorg
25	5.b.1.	Casemanagement
25	5.b.2.	Verpleging en verzorging naar Zvw
26	5.b.3.	Extramurale AWBZ-behandeling
26	5.b.4.	Versterken Wmo
26	5.b.5.	Resultaatgerichte bekostiging
27	5.b.6.	Afbakening AWBZ en Wmo
28	6.	Vier scenario's
28	6.a.	Scenario1: volledig doorvoeren scheiden van wonen en zorg
28	6.a.1.	Huurscenario voor alle cliëntgroepen
28	6.a.2.	Huren voor specifieke cliëntgroepen
29	6.b.	Scenario 2: Combinatie van intramurale bekostiging met eigen betaling
29	6.c.	Scenario 3: Stimuleringsmaatregelen
29	6.d.	Scenario 4: Extra voorzieningen bekostigen
30	6.e.	Beoordeling scenario's
31	6.e.1.	Scenario 1: huur bij verblijf in de instelling
33	6.e.2.	Scenario 2: extra betalingen voor extra wooncomfort
35	6.e.3.	Scenario 3: Stimuleringsmaatregelen
36	6.e.4.	Scenario 4: Extra voorzieningen bekostigen
37	6.f.	Voorkeursscenario
39	6.f.1.	Aanvullende maatregelen
39	6.f.2.	Verdringingsmodel
40	6.f.3.	Onderlinge samenhang
41	7.	Financiële aspecten
41	7.a.	Afbakenen doelgroep
42	7.b.	Ontwikkelen van alternatieven
42	7.c.	Eigen bijdragen en besteedbare ruimte
44	8.	Bestuurlijke reacties stakeholders
52	9.	Conclusie
55	10.	Adviescommissie Pakket
56	11.	Vaststelling signalement
57	12.	Literatuurlijst

Bijlage(n)

1. Relevante regelgeving
2. Budget Impact Analyse
3. Verzekerden met een verblijfsindicatie en in zorg
4. Rapport Artikel 15 Bza
5. AWBZ en de indicatie verblijf
6. Bestuurlijke reacties stakeholders
7. Reactie op specifieke punten PGO-organisaties

Samenvatting

Scheiden van wonen en zorg

Scheiden van wonen en zorg staat al jaren hoog op de beleidsagenda. Toch komt het maar moeilijk van de grond. In dit rapport gaat het CVZ na hoe dit komt. Het komt tot de conclusie dat de formulering van de aanspraak onterecht uitgaat van een automatische koppeling van zorg en verblijf. Een wellicht nog belangrijkere beperking ligt in het feit dat de bouwkundige voorzieningen die nodig zijn om zorg te leveren in een eigen woonsituatie, niet goed te bekostigen zijn.

Het CVZ benadert dit probleem in eerste instantie vanuit zijn kerntaak, het adviseren over de aanspraak op zorg. De huidige aanspraak gaat uit van verblijf. Dat is onterecht: de zorg moet voorop staan. Het liefst moet die thuis worden geleverd, en pas in een instelling als dat niet anders kan. Het CVZ stelt daarom een scherpere formulering van de aanspraak voor. Dat is echter onvoldoende om scheiden van wonen en zorg echt op gang te brengen. Daarvoor moet de bekostiging van extra bouwkundige voorzieningen die nodig zijn voor de zorgverlening zijn geregeld. Ook daarvoor geeft het CVZ een oplossing.

Verschillende elementen moeten nog verder worden uitgewerkt, voordat tot implementatie kan worden overgegaan. Bij die implementatie is het belangrijk de onderlinge samenhang van verschillende elementen te bewaken. Het CVZ is ook nagegaan wat de budgettaire effecten van die oplossingsrichtingen zijn.

Deelvragen

Dit signalement draait om de volgende vragen:

- Tegen welke maatschappelijke achtergrond en in welke beleidsomgeving speelt het scheiden van wonen en zorg zich af?
- Welke belemmeringen zijn er in de praktijk?
- Wat betekent dit voor de formulering van de aanspraak?
- Wat betekent dit voor de afbakening van de doelgroep?
- Welke structurele oplossing is mogelijk voor de gesignaleerde problemen?
- Wat betekent dat voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ)?

Maatschappelijke achtergrond

Maatschappelijke en beleidsmatige achtergrond

Het CVZ verkent eerst de maatschappelijke achtergrond en de beleidscontext waarbinnen scheiden van wonen en zorg vorm moet krijgen. De klassieke verzorgingsstaat heeft zich ontwikkeld naar een activerende verzorgingsstaat, waarin burgers zoveel mogelijk in staat worden gesteld zelf hun problemen het hoofd te bieden. Van burgers wordt verwacht dat ze zelf zoveel mogelijk meewerken aan de oplossing van hun probleem.

Een belangrijke achterliggende waarde in dit denken is dat reguliere arrangementen de voorkeur verdienen boven speciale arrangementen. Zo lang mogelijk uitgaan van het gewone leven met eigen keuzen en verantwoordelijkheden. Pas als reguliere oplossingen voor het wonen en de zorg niet meer mogelijk zijn, komen andere oplossingen in beeld. Dit heeft gevolgen voor de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden. Voor wonen met zorg betekent dit dat van mensen met een complexe zorgvraag mag worden gevraagd dat ze een woonruimte betrekken die past bij hun inkomen, en waar de zorg geleverd kan worden. De zorg moet zolang mogelijk uit de reguliere extramurale zorgdomeinen als Zvw en Wmo worden geleverd.

Bestaande beleidslijnen

Het CVZ schetst ook de richting waarin de langdurige zorg zich ontwikkelt. Naast scheiden van wonen en zorg gaat het om de decentralisatie van begeleiding naar gemeenten, uitvoering van de AWBZ door verzekeraars, resultaatgerichte bekostiging, wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (PGB), de invoering van casemanagement en de overheveling van extramurale verpleging en persoonlijke zorg naar de Zvw. De oplossingsrichting die het CVZ wil ontwikkelen, moeten in deze beleidsontwikkelingen passen.

Belemmeringen in de praktijk

De AWBZ is ontstaan vanuit de intramurale zorg. Dat weerspiegelt zich ook in de formulering van de huidige aanspraak op verblijf, die uitgaat van een koppeling van verblijf en zorg. Dat is onterecht omdat de AWBZ een zorgverzekering is, geen woonverzekering. Zorg en wonen zijn in beginsel twee gescheiden domeinen. Scheiden van wonen en zorg is een verkeerde term, omdat het suggereert dat wonen en zorg eigenlijk bij elkaar horen.

Het belangrijkste struikelblok om scheiden van wonen en zorg te realiseren is dat de extra bouwkundige voorzieningen die nodig zijn voor mensen met beperkingen (bredere gangen, gemeenschappelijke ruimten, zusterpost, automatische deuropeners, extra brandveiligheidseisen etc.) niet binnen de bestaande huurwetgeving zijn te bekostigen. De huurwetgeving is niet ingericht om woonvormen voor zorgvragers te ontwikkelen. Ze is gebaseerd op gezonde mensen, waardoor passende woonvormen niet tegen betaalbare huren zijn te realiseren.

Daarnaast is er nog veel te leren over de vraag welke woonvormen meerwaarde hebben voor welke cliëntgroepen. In de ouderenzorg is al veel bekend, maar in de langdurige GGZ en de gehandicaptenzorg zijn er wisselende ervaringen. Verder doorontwikkelen van concepten van zelfstandig wonen met zorg is noodzakelijk.

<i>Praktische maatregelen</i>	<p><i>Praktische oplossingen</i></p> <p>Het CVZ verkent in dit rapport praktische maatregelen die het scheiden van wonen en zorg beter mogelijk maken. Het gaat uit van het standpunt dat scheiden van wonen en zorg concrete meerwaarde moet hebben en moet leiden tot een betere financiële verantwoordelijkheidsverdeling tussen individu en collectiviteit. Daarbij staat voorop dat zowel de woonfunctie als de zorg zolang mogelijk uit de reguliere domeinen moet komen.</p>
<i>Reguliere zorg volstaat niet</i>	<p><i>Formulering van de aanspraak op zorg</i></p> <p>Het CVZ stelt daarom voor om de aanspraak op zorg los te koppelen van de aanspraak op verblijf. De zorgaanspraak omvat de "samenhangende zorg" die in de zorgzwaartepakketten is omschreven. Bij die samenhangende zorg gaat om zorgsituaties waarin een mix van reguliere zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en extramurale AWBZ, niet verantwoord of doelmatig te leveren is. Ook niet met casemanagement. De aanvullende zorg van artikel 15 Bza (o.a. algemene medische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en rolstoelen) is onderdeel van de integrale zorgpakketten. Ook permanent toezicht en bescherming kunnen als aparte aanspraak worden geformuleerd. Daarvoor geldt artikel 15 Bza niet.</p>
<i>Integraal zorgpakket</i>	<p>De term "samenhangende zorg" in het huidige artikel 9 Bza is verwarrend, omdat ook andere zorg, zoals eerstelijnszorg, samenhangend moet zijn. Daarom hanteert het CVZ de term "integraal zorgpakket".</p>
<i>Verblijf</i>	<p>De aanspraak op zorg staat voorop. Het integrale zorgpakket wordt zoveel mogelijk in een eigen woonsituatie geleverd. Pas als het integrale zorgpakket, permanent toezicht of bescherming niet verantwoord of doelmatig in een eigen woonsituatie is te leveren, heeft de verzekerde aanspraak op verblijf. Uit het concept van de activerende verzorgingsstaat volgt de verplichting voor de verzekerde om doelmatige zorgverlening mogelijk te maken. Dat kan betekenen dat de verzekerde moet verhuizen naar een woonruimte waar de zorg doelmatig en verantwoord kan worden geleverd. Mits die ook past bij zijn inkomen.</p>

Indicatie voor de zorg Voor het integrale pakket en voor permanent toezicht en bescherming is een objectieve indicatie nodig. Niet voor de vraag waar de zorg moet worden geleverd. De zorgverzekeraar geeft de verzekerde aan welke opties er voor de verzekerde open staan. Die opties zijn afhankelijk van lokale factoren (feitelijke beschikbaarheid van alternatieve woonvormen), sociale factoren (mantelzorg) en professionele afwegingen (verantwoorde zorg). Voor het verblijf zelf is dus geen afzonderlijke indicatie nodig.

Algemene maatregelen

Afbakening doelgroep van het integrale zorgpakket

Het integrale zorgpakket is gericht op de groep waarvoor de zorg niet uit de reguliere domeinen is te leveren. Daarbij staat voorop dat waar mogelijk de reguliere domeinen worden aangesproken, en hospitalisatie zoveel mogelijk wordt voorkomen. De manier waarop de zorgzwaartepakketten tot stand zijn gekomen, heeft ertoe geleid dat er pakketten zijn voor groepen die niet per se op verblijf(szorg) zijn aangewezen. Als die verzekerden een indicatie voor een integraalzorgpakket krijgen, hebben ze op grond van artikel 2 Mmo geen aanspraak meer op de Wmo. De gemeente kan zich op het standpunt stellen dat de verzekerde zijn zorg ten laste van de AWBZ kan krijgen. Maar het integrale zorgpakket is niet altijd in de oorspronkelijke woning van de verzekerde te leveren. De verzekerde die desondanks thuis wil blijven wonen heeft dan geen recht op de Wmo, en moet noodgedwongen gaan verblijven in een instelling. Daarom is het van belang de doelgroep van het integrale zorgpakket te beperken tot degenen die daar werkelijk op zijn aangewezen.

Overgangsrecht voor huidige bewoners Voor degenen die al verblijven, moet in overgangsrecht worden geborgd dat zij dezelfde zorg blijven behouden.

Versterking eerstelijnszorg maakt meer mogelijk

Oplossingsrichting: versterken eerstelijnszorg

Wat precies de doelgroep is die aanspraak heeft op het integrale zorgpakket, moet nog verder worden uitgewerkt. Op voorhand is duidelijk dat die niet statisch is. Naarmate de eerstelijnszorg en de Wmo sterker zijn, is een beroep op het integrale zorgpakket minder nodig. Daarom is het belangrijk de eerste lijn te versterken door het overhevelen van (wijk)verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw, casemanagement te ontwikkelen, de inzet van specifieke AWBZ-behandelexpertise (specialist ouderen geneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt) in de eerstelijnszorg mogelijk te maken, de Wmo te versterken, innovatie te bevorderen door resultaatsgerichte bekostiging, en de afbakening tussen de AWBZ en de Wmo te verscherpen.

En ook het tot stand komen van alternatieve woonvormen mogelijk maken

**Bekostiging
bouwkundige
voorzieningen**

Het grootste knelpunt is de bekostiging van zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen. Het CVZ verkent vier scenario's:

1. volledig doorvoeren van scheiden van wonen en zorg voor alle verzekerden: alle bewoners van AWBZ-instellingen gaan huur betalen. Een variant ervan is dat alleen voor een beperkt aantal ZZP's te regelen;
2. het mogelijk maken dat instellingen naast de bekostiging van het verblijf op grond van de AWBZ extra betaling vragen voor extra wooncomfort;
3. het nemen van stimuleringsmaatregelen;
4. extra bekostiging regelen voor de bouwkundige voorzieningen die nodig zijn voor de zorgverlening.

Het CVZ toets die scenario's aan de hand van criteria die zijn ontleend aan het SER-rapport over de langdurige zorg uit 2008, en aan de hand van de eigen pakketcriteria:

- de mate waarin de keuzevrijheid van verzekerden voor hun woonfunctie wordt vergroot;
- de mate waarin de verdeling van financiële verantwoordelijkheid van individu en collectiviteit wordt verbeterd;
- de mate waarin innovatie van zorg en wonen wordt bevorderd;
- doelmatigheid;
- uitvoerbaarheid.

Het bekostigen van de extra bouwkundige voorzieningen die nodig zijn voor de zorgverlening (scenario 4) komt als beste uit de bus. De kernboodschap van dit signalement is de zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen te bekostigen door daarvoor een deel van de Normatieve Huisvestings Component (NHC) te gebruiken. Dan is het niet nodig om de huurwetgeving ingrijpend te wijzigen. Met een dergelijke "mini-NHC" zijn woningexploitanten in staat om passende woonvormen te ontwikkelen voor zorgvragers.

Vooraf in de ouderenzorg is er vraag naar luxere appartementen. Aanbieders die op die vraag willen ingaan, kunnen dat zonder veel problemen realiseren in de vorm van reguliere huur (plus mini-NHC) met levering van het volledig pakket thuis. Dat sluit aan bij het uitgangspunt dat wonen zo lang mogelijk "gewoon" moet zijn.

De ontwikkeling en implementatie van de voorstellen in dit signalement zullen echter enige tijd in beslag nemen. Ondertussen draait de wereld door, en komen sommige zorgaanbieders in de situatie dat ze hun huisvesting aan moeten passen aan de nieuwe vraag. Dat maakt het nodig om bekostiging vanuit de AWBZ met eigen betalingen (scenario 2) tijdelijk mogelijk te maken.

***Effecten op vrij
bestedbare ruimte***

De effecten op de vrij te besteden ruimte van bewoners bij scheiden van wonen en zorg zijn vrij fors: ouderen gaan er in het algemeen op vooruit, jongeren gaan erop achteruit. Dat maakt dat het zonder aanvullende maatregelen voor jongeren niet aantrekkelijk is een zelfstandige woonruimte te betrekken, waardoor die ook niet tot stand zullen komen. Welke maatregelen nodig en gewenst zijn is een politieke keuze.

***Budgetimpact-
analyse***

Budgetimpactanalyse

Het CVZ geeft een globale inschatting van de financiële gevolgen van dit signalement. Het schrappen van de lichtste ZZP's levert op termijn €100 miljoen op, het ontwikkelen van alternatieven levert bij een realisatie van 20% private woonvormen ongeveer €100 miljoen op. Naarmate de eerstelijnszorg is versterkt is meer mogelijk. De staatssecretaris heeft aangegeven met het ministerie van BZK te gaan overleggen over compensatie voor de huurtoeslag. Die compensatie komt in mindering op de besparing.

1. Inleiding

Al lang op de beleidsagenda

Scheiden van wonen en zorg is een thema dat al lange tijd op de beleidsagenda staat. Toch komt het slecht van de grond.

In dit signalement gaat het CVZ na welke belemmeringen er zijn, en welke maatregelen mogelijk zijn om praktische en zinvolle voortgang te boeken.

Het CVZ benadert het scheiden van wonen en zorg in eerste instantie vanuit zijn kerntaak: het adviseren over de wettelijke aanspraken. Maar het beseft heel goed dat een scherpere formulering van de aanspraak onvoldoende is om het scheiden van wonen en zorg echt van de grond te krijgen. Er zijn in de uitvoeringspraktijk andere belemmeringen. Daarom gaat dit signalement breder dan de kerntaak van het CVZ, en geeft het ook advies over mogelijke oplossingen daarvoor.

Vier thema's

Het eigenlijke signalement draait om een aantal deelvragen, waarop het CVZ achtereenvolgens ingaat:

- In welke maatschappelijke achtergrond en in welke beleidsomgeving speelt het scheiden van wonen zich af?
- Welke belemmeringen zijn er in de praktijk?
- Wat betekent dit voor de formulering van de aanspraak?
- Wat betekent dit voor de afbakening van de doelgroep?
- Welke structurele oplossing is mogelijk voor de gesignaleerde problemen?
- Wat betekent dat voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ)?

Het komt tot een denkrichting op hoofdlijnen hoe de totstandkoming van zorgwoningen is te realiseren. De verschillende elementen worden in samenhang beschreven, maar moeten nog verder worden uitgewerkt voordat ze kunnen worden geïmplementeerd. Alvorens daartoe over te gaan, is het eerst aan de staatssecretaris om zich uit te spreken over de wenselijkheid van deze oplossingsrichting.

Omgeving sterk in ontwikkeling

De (beleids)omgeving van de langdurige zorg is sterk in ontwikkeling. Er zijn door het kabinet een aantal fundamentele keuzen gemaakt. Dit signalement kan alleen meerwaarde hebben, als het past binnen het gegeven beleidskader, zoals de decentralisatie van begeleiding naar de gemeenten, de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, en de ontwikkelingen rond het persoonsgebonden budget. Het CVZ verkent daarom eerst de maatschappelijke achtergrond van deze veranderingen, en geeft aan welke beleidsontwikkelingen belangrijk zijn.

Allereerst gaat het CVZ in op de aanspraak op verblijf. Het blijkt dat een andere formulering van de aanspraak beter recht doet aan het voorgenomen beleid. Die andere formulering heeft niet alleen gevolgen voor de inhoud van de verzekerde zorg, maar heeft ook gevolgen voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing.

Nadere verkenning van het probleem laat zien dat de voorgestelde wijzigingen in de aanspraak en uitvoeringssystematiek niet vanzelf leiden tot aansprekende resultaten. Er zijn veel bijkomende belemmeringen in de wet- en regelgeving rond huisvesting. Desondanks zijn er algemene maatregelen mogelijk waarmee de druk op verblijfszorg sterk vermindert. Voor structurele veranderingen zijn verschillende scenario's denkbaar om alternatieve woonvormen te realiseren waar verzekerden de zorg in een eigen woonsituatie kunnen ontvangen. Het CVZ verkent de verschillende opties, en beargumenteert welke daarvan de voorkeur heeft.

Ten slotte geeft het CVZ een globale inschatting van de financiële gevolgen van de voorstellen.

1.a. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft het CVZ de maatschappelijke en beleidsmatige achtergrond waarin het thema scheiden van wonen en zorg zich afspeelt. In hoofdstuk 3 gaat het na hoe een andere benadering en formulering van de aanspraak op zorg en verblijf kan bijdragen om het gewenste beleid vorm te geven. In hoofdstuk 4 gaat het CVZ na welke problemen in de praktijk spelen om zorg en wonen aan te bieden. In hoofdstuk 5 noemt het een aantal maatregelen die in alle mogelijke varianten van scheiden van wonen en zorg voordelig zijn. In hoofdstuk 6 beschrijft het CVZ welke opties er zijn voor structureel, en welke de voorkeur heeft. In hoofdstuk 7 gaat het CVZ in op de financiële aspecten van het voorstel. In hoofdstuk 8 vat het de conclusies van dit rapport samen.

2. Maatschappelijke achtergrond en beleidsomgeving

In dit hoofdstuk gaat het CVZ wat de maatschappelijke achtergrond is van de wens om scheiden van wonen en zorg te realiseren en welke beleidsvoornemens over de langdurige zorg er al bestaan. Oplossingen voor het scheiden van wonen en zorg moeten daarin passen.

2.a. Maatschappelijke achtergrond

De beleidskaders ten aanzien van wonen en zorg vloeien voor een belangrijk deel voort uit veranderende opvattingen in de maatschappij over de verzorgingsstaat. De belangrijkste onderstroom daarvan is de sterk toegenomen individualisering.

Het CVZ heeft een achtergrondstudie laten doen naar de gevolgen van die opvattingen voor de langdurige zorg¹.

Ontwikkelingen in verzorgingsstaat

De achtergrondstudie gaat in op de ontwikkelingen rond de verzorgingsstaat. De oude verzorgingsstaat, de "welfarestate", bood bescherming tegen risico's (armoede, ziekte, ouderdom), die we niet individueel het hoofd kunnen bieden. De auteur, van der Veen, noemt deze risico's "oude risico's". De "welfarestate" verzekert burgers van sociale zekerheid via collectieve, uniforme arrangementen voor inkomensbescherming, en draagt zorg voor minder bedeelden.

Van welfarestate

Er heeft zich tamelijk ongepland en soms langs kronkelige wegen, een paradigmatische beleidsverandering voltrokken in de periode tussen 1980 en 2010. De toenemende individualisering en de grotere keuzevrijheid van burgers vertaalt zich in meer eigen verantwoordelijkheid voor de gevolgen van die keuzen, de "nieuwe risico's". De beschermende welfarestate is veranderd in een "social investment state", ofwel de activerende verzorgingsstaat. Deze richt zich niet zozeer op het verzekeren van sociale risico's en het verzorgen van burgers, maar is erop gericht de burger in staat te stellen zelf zijn problemen het hoofd te bieden. De burger heeft daarbij eigen verantwoordelijkheden: er is sprake van wederkerigheid. De interventie door de staat is niet uniform, maar is gericht op de specifieke situatie van de burger.

Naar activerende verzorgingsstaat

Kenmerkend voor deze paradigmashift is:

- Privatisering van de dienstverlening in plaats van (recht op) publieke dienstverlening;
- Sterkere afhankelijkheid van participatie op de arbeidsmarkt in plaats van sociale rechten;
- Selectievere toegang: wederkerigheid (voorwaarden

¹ De toekomst van de langdurige zorg, R van der Veen, september 2011

- om zelf actie te ondernemen) in plaats van rechten;
- Solidariteit op basis van lidmaatschap van sociale verbanden (bedrijf, zorgverzekeraar) in plaats van op basis van burgerschap.

Het is de vraag in hoeverre het concept van de activerende welvaartsstaat van toepassing is op de langdurige zorg. Participatie en wederkerigheid zijn voor de zwaardere categorieën geen haalbare doelen. Zeker voor de zwaardere categorieën zorgvragers, geldt dat een belangrijke collectieve verantwoordelijkheid onvermijdelijk is. Het gaat voor een belangrijk deel om "oude risico's": problemen die niet het gevolg zijn van eigen keuzen, maar die mensen zijn overkomen. Die collectieve verantwoordelijkheid is echter niet per se 100%.

Een belangrijke achterliggende waarde in dit denken is dat reguliere arrangementen de voorkeur verdient. Zo lang mogelijk uitgaan van het gewone leven met eigen keuzen en verantwoordelijkheden. Pas als reguliere oplossingen niet meer mogelijk zijn, komen andere oplossingen in beeld. Dit heeft gevolgen voor de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden.

Zolang iemand zelf kan voorzien in zijn woonfunctie, en in zijn zorg kan voorzien door gebruik te maken van de reguliere zorg uit de Zvw en Wmo, is er geen reden om daar vanuit collectieve middelen in te voorzien. Van iedereen mag daarbij worden verwacht dat hij naar vermogen meewerkt aan het realiseren van een passende en verantwoorde situatie. Dat kan ook inhouden dat de verzekerde verhuist naar een woonsituatie waar de zorg doelmatig en verantwoord kan worden geboden.

Op de gevolgen die deze uitgangspunten op de aanspraken en de uitvoeringspraktijk moeten hebben, komt het CVZ in de volgende hoofdstukken terug.

In zijn analyse geeft van der Veen aan dat voor de beantwoording van de vraag naar de collectieve danwel individuele verantwoordelijkheid de aard en omvang van het risico een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld de voorspelbaarheid van risico's.

Beperkt van toepassing

Voor de ouderenzorg geldt een bepaalde mate van voorspelbaarheid, die een eigen bijdrage of het treffen van eigen voorzieningen verdedigbaar maakt. Naarmate de zorgvraag afhankelijker is van eigen keuzen en niet van omstandigheden die mensen zijn overkomen, is er meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid (Dworkin). Dat geldt dan overigens vooral prospectief: het "afrekenen" van zorgvragers op keuzen in het verleden (bijvoorbeeld op de

gevolgen van roken), is veel problematischer dan te eisen dat mensen de voorzienbare gevolgen van hun *actuele* keuzen en situatie accepteren, bijvoorbeeld de noodzaak om een gelijkvloerse woning te betrekken bij het ouder worden.

2.b. Programmabrief langdurige zorg

In haar Programmabrief langdurige zorg² zet de staatssecretaris van VWS haar beleidsvoornemens met betrekking tot de langdurige zorg uiteen. In het kader van dit signalement zijn de volgende voornemens van belang.

Verbinding met andere domeinen

2.b.1. Decentralisatie begeleiding naar gemeenten

De functie begeleiding in de AWBZ zal worden gedecentraliseerd naar de gemeenten (Wmo). De gemeente is beter in staat om de ondersteuning op maat te bieden, afgestemd op de lokale mogelijkheden. Ook kan de gemeente verbindingen leggen naar andere gemeentelijke domeinen, zoals woonbeleid, re-integratie en bijstand. Omdat de Wmo geen verzekering maar een voorzieningwet is, kan de gemeente creatievere oplossingen aandragen en is de gemeente beter in staat om informele zorg in te schakelen.

Onomkeerbare stappen

2.b.2. Scheiden van wonen en zorg

Het kabinet wil onomkeerbare stappen zetten om in intramurale voorzieningen zorg en wonen te scheiden en daartoe benodigde wijziging van de regelgeving onverwijld voor te bereiden. De contracteerplicht voor intramurale zorg vervalt per 1 januari 2012, en in de periode tussen 2012 en 2018 wordt de Normatieve Huisvestings Component (NHC) ingevoerd voor de bekostiging van de kapitaallasten. Daarnaast verkent het departement de belemmeringen die er met betrekking tot scheiden van wonen en zorg in andere regelingen bestaan.

2.b.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden

Formeel zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. Op dit moment hebben de verzekeraars de uitvoering gemandateerd aan de regionale zorgkantoren. Met ingang van 1 januari 2013 worden de zorgkantoren opgeheven en voeren de verzekeraars de AWBZ zelf uit. Daarmee is beoogd dat de verzekerde meer keuzevrijheid heeft, en de klantgerichtheid en kwaliteit zal verbeteren. Omdat de uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ dan in één hand ligt, verwacht de staatssecretaris een betere samenhang tussen beide compartimenten.

2.b.4. Resultaatsgerichte bekostiging

Geen uurtje-factuur

De ZZP's zijn uitgedrukt in uren zorg. De staatssecretaris constateert dat het aantal te leveren uren zorg niets zegt over

² Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 1 juni 2011, kenmerk DLZ/KZ-U-3067294

de inhoud van het zorgproces en over het resultaat van de geleverde zorg. De bekostiging van de zorg wordt daarom gekoppeld aan het resultaat van de zorg voor de cliënt. Het huidige financieringssysteem bevat nog te weinig prikkels om te innoveren omdat de input en niet het resultaat centraal staat. Resultaatfinanciering prikkelt aanbieders om maatwerk te leveren en biedt de ruimte om daar nieuwe wegen voor te vinden.

2.b.5. Een solide en wettelijk verankerd PGB

De staatssecretaris constateert dat het Persoonsgebonden budget (PGB) zoals die nu is geregeld, onbetaalbaar dreigt te worden. Daarom beperkt de staatssecretaris de toegang tot het PGB tot de verzekerden met een verblijfsindicatie. Het recht op een PGB wordt als aanspraak in de wet opgenomen.

2.c. Andere beleidsontwikkelingen

In het kader van dit signalement spelen nog een aantal andere ontwikkelingen een rol. Hieronder geeft het CVZ die kort aan.

2.c.1. Verpleging en persoonlijke verzorging

Geïntegreerde eerste lijn

Het CVZ heeft geadviseerd om de extramurale verpleging en verzorging onder te brengen in de Zvw³. De noodzakelijke samenhang in de eerstelijnszorg is daarvoor het belangrijkste argument. Een sterke, geïntegreerde eerste lijn is een belangrijke voorwaarde om verzekerden in de eigen omgeving zorg te bieden, ook als die zorg complexer wordt.

2.c.2. Casemanagement

Samenhang bevorderen

Vrijwel alle verzekerden die een beroep doen op AWBZ-zorg, doen ook een beroep op andere voorzieningen zoals de Zvw en de Wmo. Als de complexiteit van de zorg toeneemt, wordt de samenhang en coördinatie van die zorg belangrijker. Casemanagement wordt vaak gezien als een middel om de samenhang in de zorg te behouden.

Begin 2011 heeft het CVZ een standpunt vastgesteld over casemanagement⁴. Het CVZ kwam tot de conclusie dat casemanagement zorg is zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Het gaat dus om een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. De bekostiging is echter nog niet geregeld. Voor dementie zijn er (ten laste van de AWBZ) wel initiatieven in het kader van het Landelijk Dementie Programma, maar casemanagement is nog geen gemeengoed in de eerstelijnszorg.

³ Verpleging in de wijk, van samenhang verzekerd, CVZ, volgnummer 2010142117, op 14 december 2010 uitgebracht aan de minister van VWS

⁴ Casemanagement, CVZ, volgnummer 2010136155, op 25 maart 2011 uitgebracht aan de minister van VWS

2.c.3. Aanvullende diensten

Verblijf in een AWBZ-instelling is, anders dan verblijf voor geneeskundige zorg, een vorm van wonen. Een individueel aanbod van diensten en woonvormen, komt tegemoet aan de individuele wensen en financiële mogelijkheden die mensen hebben. Het kan daarbij ook gaan om woonwensen. De verzekerde die altijd in een ruime woning heeft gewoond, wil vaak ook ruim wonen als hij zorg nodig heeft.

Onduidelijke aanspraak

Daarbij is er steeds een spanning tussen de gevraagde extra's en het solidariteitsbeginsel waarop de AWBZ is gebaseerd. Voor welke diensten extra geld mag worden gevraagd en welke tot de reguliere verstrekking horen, is een steeds terugkerende vraag. Het CVZ heeft daarover een rapport uitgebracht⁵. Het CVZ constateert in dat rapport dat het systeem voldoende is ingericht om een passend aanbod van diensten tegen een passende prijs te realiseren. Ook constateert het CVZ dat betrokken partijen, zoals de cliëntenraad en het zorgkantoor, nog in een leertraject zitten om hun rol goed op te pakken.

2.c.4. Overheveling zorg aan jeugdigen

In het regeerakkoord is opgenomen dat de provinciale jeugdzorg, alle jeugd-GGZ, gesloten jeugdzorg, jeugdreclassering, jeugdbescherming en de zorg aan licht verstandelijk gehandicapte jeugd naar het gemeentelijk domein wordt overgeheveld. Het is niet duidelijk hoe het onderscheid met de zwaardere verstandelijk gehandicaptenzorg wordt geformuleerd.

Ook is nog onduidelijk wat de inhoud van de zorg zal zijn. Met name gaat het om de vraag of de algemene medische zorg daar onderdeel van uitmaakt.

2.d. Ontwikkelingen in vogelvlucht

Sterke eerste lijn

Uit bovenstaande komt het volgende beeld naar voren. Op termijn omvat de AWBZ geen extramurale functies meer⁶. De gezondheidsgerelateerde zorg (persoonlijke verzorging en verpleging) wordt in de Zvw ondergebracht. Zorgverzekeraars kunnen dan de eerstelijnszorg geïntegreerd inkopen, in samenhang met huisartsenzorg, ketenzorg en dergelijke. Casemanagement is aan de orde bij complexere problematiek. De eerstelijnszorg is dan in staat om een veel bredere groep aan zorgvragers te bedienen dan in de huidige situatie.

Participatie

De maatschappelijk gerelateerde zorg en ondersteuning, waaronder de huidige functie begeleiding, wordt vooral vanuit gemeenten aangestuurd, waarbij het concept van de

⁵ Aanvullende dienstverlening, CVZ, volgnummer 2010077510, op 16 februari 2011 uitgebracht aan de Staatssecretaris van VWS

⁶ Van de extramurale AWBZ-behandeling is nog niet duidelijk waar die wordt gepositioneerd. Het CVZ zal daarover een advies uitbrengen.

activerende verzorgingsstaat (participatie en wederkerigheid) een belangrijke rol speelt.

***Complexere zorg
mogelijk***

De versterking van de eerstelijnszorg en de maatschappelijke ondersteuning maakt het mogelijk aan een bredere groep mensen passende zorg in een eigen woonsituatie te bieden dan nu mogelijk is. Zeker als gemeenten en zorgverzekeraars in staat zijn hun activiteiten goed op elkaar af te stemmen. Maar de mogelijkheden zijn niet onbeperkt. Voor een aantal ernstig beperkte groepen mensen is een integraal aanbod van zorg en ondersteuning noodzakelijk. Maar ook dan is het niet zo dat dit per se verblijf in een instelling met zich meebrengt. Veelal kan de zorg ook in een eigen woonomgeving worden geboden. De vraag in hoeverre in die situatie het concept van de activerende verzorgingsstaat opgeld doet, is niet eenduidig te beantwoorden. Voor de zwaarst beperkte groepen is participatie en wederkerigheid geen realistisch doel. Voor ouderen en de minder zwaar beperkte groepen liggen er meer mogelijkheden. Zij hebben verdien capaciteit (gehad), en veelal geldt dat de risico's voorspelbaar zijn.

3. Nadere verkenning

In dit hoofdstuk verkent het CVZ waarom scheiden van wonen en zorg niet goed op gang wil komen. Het onderzoekt daarvoor in paragraaf 3.a. eerst de huidige aanspraken binnen de AWBZ. Daarna komt in paragraaf 3.b. de huidige bekostiging aan de orde.

Ook is het belangrijk te weten in hoeverre partijen die zelfstandige zorgwoningen willen realiseren weten hoe ze dat het best kunnen doen. Daarover gaat paragraaf 3.c.

Belemmeringen

Het CVZ gaat in paragraaf 3.d. dieper in op de wet- en regelgeving rond huren. Welke belemmeringen zijn er in die regelgeving om (tegen normale huurprijzen) passende bouwkundige voorzieningen in de private sfeer te realiseren?

In de volgende hoofdstukken komt het CVZ oplossingsrichtingen.

3.a. Belemmeringen in de huidige aanspraken

Hierboven heeft het CVZ de maatschappelijke achtergrond en de beleidsomgeving van scheiden van wonen en zorg verkend.

De maatschappelijke ontwikkeling van de klassieke verzorgingsstaat naar een activerende verzorgingsstaat heeft zich in eerste instantie voltrokken in de sociale zekerheid. In de AWBZ is dat echter veel minder het geval.

Verkeerde term

De AWBZ is van oorsprong gericht op intramurale zorg. Van oudsher is de levering van de zorg daarom gekoppeld aan verblijf in een instelling. Het denken over "scheiden van wonen en zorg" gaat meestal impliciet uit van die historisch gegroeide combinatie van wonen en zorg. Zorg en verblijf zijn echter geen vanzelfsprekende combinatie. De noodzakelijke zorg moet zijn verzekerd, maar de verzekerde blijft in principe zelf verantwoordelijk voor zijn huisvesting.

De term "scheiden van wonen en zorg" is in dat licht een verkeerde term, omdat het suggereert iets uit elkaar te halen dat eigenlijk bij elkaar hoort. Dat lijkt een open deur in te trappen. Toch is dat nodig, omdat de huidige regelgeving daar niet van uit lijkt te gaan.

Artikel 9 Bza luidt:

Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, (...).

En artikel 14 Bza luidt:

Op verzoek van de verzekerde die in het bezit is van een indicatiebesluit voor verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid,

kan de instelling in afwijking van die bepalingen het verblijf en overige zorg ten huize van de verzekerde leveren.

In de regelgeving is de directe koppeling tussen verblijf en de "samenhangende zorg" blijven staan, ook al wordt steeds meer "verblijfszorg", (ook een hybride term), in zelfstandige woonvormen geboden. De aanspraak heet zelfs verblijf, en het "verblijf" is het eerstgenoemde deel van de aanspraak. Ook de manier waarop de aanspraak op het volledig pakket thuis (art 14 Bza) is geformuleerd stemt tot nadenken. Het lijkt te gaan om een uitzondering op de "normale" situatie waarbij verblijf en zorg zijn gecombineerd.

De formulering van de regelgeving maakt dat het denken start bij de combinatie van wonen en zorg, in plaats van andersom. Daarom gebruikt het CVZ de term "scheiden van wonen en zorg" in dit rapport verder niet meer. In het volgende hoofdstuk werkt het CVZ verder uit wat deze constatering betekent voor de formulering van de aanspraak.

3.b. Huidige bekostiging

Normatieve Huisvestings- Component

Met ingang van 1 januari 2012 is de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd⁷, waarbij er voor elk ZZP een bepaald bedrag beschikbaar is voor de kapitaalslasten. Dat betekent dat een aparte bekostiging van de zorg en het wonen al is gerealiseerd.

Regeling zorginfrastructuur

Voor de bekostiging van extra bouwkundige en technologische voorzieningen voor verzekerden die buiten de instelling verblijven, bestaat er een (tijdelijke) bekostigingsmogelijkheid op grond van de NZa-beleidsregel zorginfrastructuur⁸.

3.c. Vragen en onzekerheden

De werkelijkheid rond zorg en wonen is complex. Rond het thema zijn er nog veel vragen en onduidelijkheden.

Wat werkt voor wie

Juist als het gaat om investeringen in onroerend goed is het belangrijk te weten dat de investering zich ook terugbetaalt in de kwaliteit van leven, en de woning of woonvorm aantrekkelijk genoeg is voor de doelgroep. Kennis over de vraag welke (stede)bouwkundige voorzieningen en woonvormen effectief zijn in de zin van kwaliteit van leven is niet voor alle doelgroepen aanwezig. In de GGZ en de sector verstandelijk gehandicapten zijn wisselende ervaringen met zorgwoningen in de wijk. Er zijn successen, maar soms willen de bewoners toch liever terug naar een geclusterde setting. We weten nog onvoldoende wat wanneer werkt voor wie. De grenzen van de meerwaarde van een eigen woonsituatie voor de zwaarste groepen moeten beter worden verkend.

⁷ De feitelijke invoering van de NHC vindt geleidelijk plaats in de periode 2012 tot 2018.

⁸ Nederlandse zorgautoriteit, beleidsregel CA-300-481

Bestaand kapitaal En tenslotte is het een gegeven dat er al veel gebouwen bestaan die collectief zijn gefinancierd. Deze zijn zonder omvangrijke kapitaalsvernietiging niet allemaal eenvoudig om te bouwen tot private woonvormen.

3.d. Belemmeringen in de regelgeving rond huren

Extra bouwkundige voorzieningen Voor doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorgverlening zijn vaak bouwkundige voorzieningen nodig, zoals een grote badkamer, bredere gangen, een verzorgingspost, of een gemeenschappelijke ruimte. Dat maakt dat dergelijke woonvoorzieningen duurder uitvallen dan reguliere woningen. De bestaande regelgeving rond sociale woningbouw is echter gebaseerd op mensen zonder beperkingen. Het CVZ schetst hieronder een aantal van de problemen die daaruit voortvloeien.

3.d.1. Woningwaarderingssysteem

Voor de huursector bepaalt het woningwaarderingssysteem (WWS) de maximale huur die voor een woning mag worden gevraagd. Gemeenschappelijke ruimten en voorzieningen, die voor de zorgverlening noodzakelijk zijn, leveren geen punten in het WWS op. Daarbij speelt, dat de zorgvraag van extramuraal wonenden relatief steeds hoger wordt. Dat heeft ook gevolgen voor de ARBO-technische eisen die aan het gebouw moeten worden gesteld. De extra investeringen die nodig zijn, zijn niet steeds terug te verdienen in de huur.

Voor serviceflats is een opslag van 35% mogelijk op het puntentotaal in het WWS. Dat leidt tot een hogere huur. Een groot deel van de bewoners van AWBZ-instellingen hebben een klein inkomen of een uitkering.

3.d.2. Brandweereisen

De brandweer kijkt (terecht) naar de populatie waarvoor een bepaald woningcomplex is gebouwd. Ook als het gaat om op zichzelf staande appartementen. Dat leidt bij zorgcomplexen tot extra eisen die ook niet in de WWS zijn verdisconteerd.

3.d.3. Huurrecht

Als de zorgvragende partner overlijdt, zal de achterblijvende partner willen blijven wonen in het appartement. Gedwongen verhuizen is niet gewenst en ook onmogelijk. Dat kan de exploitatie van geclusterde woonvormen belemmeren. Dat hoeft geen probleem te zijn, mits het aantal achterblijvende zorgvragers groot genoeg blijft.

3.d.4. Huurtoeslag

Huurtoeslag is alleen mogelijk tot een bepaald bedrag en tot een bepaald inkomen. Het doorberekenen van extra ruimten in de huur of servicekosten kan tot gevolg hebben dat de huur te hoog wordt voor de doelgroepen van de AWBZ, veelal Wajong-

ers en ouderen met een klein pensioen. Als er een verblijfsindicatie is, kan de huurgrens worden verhoogd, maar de toeslag blijft berekend op grond van de reguliere maximale huurgrens. Voor extra kosten voor de zorginfrastructuur is geen toeslag mogelijk.

Huurtoeslag is alleen mogelijk voor zelfstandige woonruimten, dus niet voor ruimten die (buiten gezinsverband) door meer mensen worden bewoond. Dat maakt het voor kleinschalige woonvormen lastig. De Belastingdienst kan hier echter wel ontheffing voor geven.

3.d.5. Mededingingsrecht

Om doelmatig ongeplande en/of frequente zorg, toezicht of bescherming te kunnen bieden, is meestal een bepaalde massa aan zorgvraag nodig. Als die er niet is, zijn de aanlooptijden en improductieve tijd van medewerkers te groot. Een zekere koppeling tussen de woninghuur en de zorgverlening is daarom wenselijk. Het is onduidelijk wat de grenzen aan een dergelijke koppeling zijn. Het gerechtshof 's Hertogenbosch heeft in 2006 geoordeeld dat een constructie waarbij de woningen door een woningbouwcorporatie werden geëxploiteerd en de zorg primair door een bepaalde instelling werd geboden toelaatbaar was⁹. Een belangrijke overweging was dat deze afspraken geen merkbare beperking van de mededinging in de geografische markt teweegbrachten. Als dergelijke afspraken op grotere schaal plaatsvinden is het de vraag hoe de rechter dan zal oordelen.

Er zijn echter ook andere invalshoeken mogelijk die tot juridische procedures kunnen leiden¹⁰, zoals in hoeverre het afdwingbaar is dat de huurder zijn zorg bij de betreffende zorgaanbieder afneemt. Als de rechter oordeelt dat de verhuurder niet mag eisen dat de zorg door de instelling wordt geleverd waarmee hij samenwerkt, is het risico groot dat de zorg niet rendabel te leveren is.

Ook is het de vraag in hoeverre het gegarandeerd is dat de zorgaanbieder verzekerd is van voldoende omzet. Er is geen contracteerplicht. Als de zorgkantoren zijn opgeheven, moeten de afzonderlijke zorgverzekeraars de zorg inkopen. Het is niet gezegd dat zij allen de primaire zorgaanbieder willen contracteren. Huurexploitanten, zorgaanbieders en zeker hun financiers zullen voldoende zekerheid willen hebben over de exploitatie, bijvoorbeeld door langdurigere contracten met de verzekeraar(s).

Bovenstaande onzekerheden spelen ook als één organisatie zowel de verhuurder als de zorgaanbieder is.

⁹ LJV AV 2394

¹⁰ Mw. mr. J. Hallie, noot bij LJV AV 2394

3.d.6. Bekostiging zorginfrastructuur

De huurwetgeving is vooral gebaseerd op gezonde mensen. Er zijn wel enkele mogelijkheden om aanpassingen in de woning of het wooncomplex te bekostigen. Bij serviceflats is opslag mogelijk van 35% van het puntentotaal in het WWS, en er bestaat de mogelijkheid ontheffing van de Belastingdienst te krijgen voor onzelfstandige woonruimten. Met enige moeite is het voor de lichtere cliëntgroepen, die geen uitgebreide zorginfrastructuur nodig hebben, waarschijnlijk wel mogelijk passende woonruimte te huren. Over die groepen gaat het niet in dit signalement. In hoofdstuk 5 gaat het CVZ dieper in op de afbakening van de doelgroep waarover het hier gaat.

De problemen spelen vooral bij de middelzware en zware doelgroepen in de AWBZ, waarvoor uitgebreidere zorginfrastructuur noodzakelijk is.

4. Zorg en verblijf als aanspraak

In paragraaf 3.a. schetst het CVZ dat de AWBZ-aanspraken nog steeds uitgaan van een koppeling van zorg en verblijf. In de praktijk begint daarin al verandering te komen. In paragraaf 4.a. gaat het CVZ in op de veranderingen die zich in het praktisch denken over de AWBZ aan het ontwikkelen zijn. In paragraaf 4.b. over de manier waarop het denken over wonen in de activerende verzorgingsstaat verandert. In paragraaf 4.c. werkt het CVZ uit wat voor consequenties dit moet hebben voor de wettelijke aanspraken. Vervolgens staat in paragraaf 4.d. beschreven welke inhoud deze aanspraken moeten hebben. In paragraaf 4.e. staat dit alles als conclusie samengevat.

4.a. Zorg

Tussen de 7 en 15% van de mensen die voor verblijf zijn geïndiceerd, neemt dat verblijf niet af, maar woont in een eigen woning¹¹. In de sector V&V zijn deze percentages overigens tweemaal zo groot als in de andere sectoren. Op het eerste gezicht is het opmerkelijk dat als is vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op verblijf, dat in de praktijk opname zo vaak achterwege blijft.

Ook het beleidsvoornemen van de staatssecretaris om alleen een PGB toe te kennen aan mensen met een verblijfsindicatie is op het eerste gezicht tegenstrijdig. Betekent het feit dat er een verblijfsindicatie is niet per definitie dat de zorg thuis niet te regelen is, ook niet met een PGB?

Veranderende situatie

Een tiental jaren geleden zou die verwondering op zijn plaats zijn geweest. De aanspraken, de indicatiestelling en bekostiging waren instellingsgebonden. Er was een één op één relatie tussen indicatiestelling, levering en bekostiging. Een aantal ontwikkelingen in de langdurige zorg van de afgelopen decennia verklaart echter veel.

Allereerst is de indicatiestelling niet meer gericht op de vraag of de verzekerde daadwerkelijk gaat verblijven, maar op de zorgvraag die hij heeft. Het gaat om de vraag op welke zorg de verzekerde is aangewezen, en of hij is aangewezen op permanent toezicht, een beschermende woonomgeving of een therapeutisch leefklimaat. Dat impliceert niet per se bouwkundige aanpassingen of voorzieningen. Door technische ontwikkelingen is toezicht en interventie op afstand bijvoorbeeld steeds beter mogelijk.

Zorgzwaartepakketten

Daarnaast is er de ontwikkeling van zorgzwaartepakketten. Elk zorgzwaartepakket is toegespitst op een doelgroep die in een

¹¹ Zie Bijlage 3

“cliëntprofiel” is beschreven. Het indicatieorgaan beoordeelt of iemand in het cliëntprofiel past, en beoordeelt dus niet specifiek of de verzekerde daadwerkelijk naar een instelling moet verhuizen.

4.b. Wonen

Zorg verzekering

De AWBZ is een zorgverzekering, geen huisvestingsverzekering. Wonen is bij uitstek een aspect van het dagelijkse bestaan waarbij mensen hun eigen identiteit vormgeven. Mensen zijn er zelf verantwoordelijk voor een woning te kiezen die past bij hun persoonlijke omstandigheden en smaak. Individuele omstandigheden en voorkeuren leiden tot heel verschillende keuzen: wonen op het platteland of in de stad, groot of klein, gelijkvloers of niet etc. Er is een grote variatie in het woongedrag.

Wonen eigen verantwoordelijkheid

Als zich veranderingen in het leven voordoen, kan dat gevolgen hebben voor de huisvesting: ontslag of promotie, wijziging van de gezinssituatie, een andere werkkring of veranderingen in de sociale omgeving kunnen ertoe leiden dat een andere woning passender is. Dat is niet anders als zich (langdurige) beperkingen gaan voordoen. Ook die kunnen ertoe leiden dat een andere woning passender is: gelijkvloers, dicht bij voorzieningen, en niet in de laatste plaats: geschikt voor zorgverlening. Dat kan ook een verhuizing naar een geclusterde woonvorm of een aangepaste woning inhouden.

4.c. Herformulering zorgaanspraken

De formulering van de AWBZ-aanspraken moet aansluiten bij het principe dat zorg en wonen los van elkaar staande functies zijn. Pas als de zorgverlening specifieke eisen aan het gebouw stelt (vanwege doelmatigheid of kwaliteit), komen zorg en wonen bij elkaar. Dat betekent dat de aanspraak op zorg en de aanspraak op verblijf als aparte aanspraken in het Bza moeten worden geformuleerd.

4.c.1. De aanspraak op een integraal zorgpakket

Integraal zorgpakket

Sinds 1 januari 2011 is het zorgdeel van artikel 9 Bza geformuleerd als “samenhangende zorg”. Wat die samenhangende zorg inhoudt is vastgelegd in de Regeling zorgaanspraken AWBZ: de zorgzwaartepakketten. Het is daarom tamelijk eenvoudig om die “samenhangende zorg” als aparte zorgaanspraak te formuleren, zonder op voorhand vast te leggen waar die geleverd moet worden.

Voor complexe zorg

Wanneer er sprake is van de noodzaak van “samenhangende zorg”, en wat dat dan is verdient nog nadere verduidelijking. Ook in de reguliere extramurale zorg moeten de betrokken zorgverleners hun aanbod zo goed mogelijk op elkaar afstemmen en moet de zorg in samenhang worden geboden. Maar met de samenhangende zorg in artikel 9 Bza wordt veel meer bedoeld dan dat. Het gaat om situaties die langdurig

zijn, waarbij 24 uur per dag zorg nodig is, en die zo intensief en complex zijn, dat het niet meer verantwoord of doelmatig is de benodigde zorg te betrekken uit meerdere domeinen (Zvw, AWBZ, Wmo). Het is in deze gevallen daarom noodzakelijk alle zorg vanuit één hand, onder één verantwoordelijkheid en regie te bieden.

Het is van belang te benadrukken, dat het vooral om de zwaardere cliëntprofielen gaat. Niet alle huidige cliëntprofielen vereisen per se deze samenhangende zorg. Een aantal lichtere groepen die nu een verblijfsindicatie krijgen, zijn goed te helpen vanuit de reguliere domeinen van Zvw Wmo en extramurale AWBZ. Het CVZ gaat daar in paragraaf 4.2.e. dieper op in.

Zwaarst te verzekeren prestatie

Bij de zwaardere cliëntprofielen gaat het om dezelfde groepen die het CVZ voor ogen had in het pakketadvies 2011, waar het spreekt over de "zwaarst te verzekeren prestatie"¹².

Omdat de term "samenhangende zorg" verwarrend is, spreekt het CVZ in het vervolg van "integraal zorgpakket" om het verschil met de reguliere zorg (een samenstel van Zvw, Wmo en AWBZ) beter tot uitdrukking te laten komen.

4.c.2. Permanent toezicht en bescherming

Permanent toezicht en een beschermende woonomgeving zijn twee van de drie zogeheten leefklimaten in de AWBZ. Voor een aantal van de huidige cliëntprofielen gaat het niet primair om complexe zorg die integraal geboden moet worden, maar gaat het er vooral om dat tijdig ingegrepen wordt bij incidenten. Bijvoorbeeld bij gedragsproblemen of cognitieve problemen.

Het kan ook zijn dat de verzekerde beïnvloedbaar is en zonder extra maatregelen te zeer blootstaat aan gevaren vanuit de maatschappij (bv. loverboys en oplichters), en vooral bescherming nodig heeft.

Verblijf niet per se noodzakelijk

Net als voor het integrale zorgpakket geldt voor permanent toezicht en bescherming dat de levering daarvan niet noodzakelijkerwijs gepaard gaat met opname in een instelling. Ook permanent toezicht en bescherming kunnen als aparte aanspraak worden geformuleerd.

Permanent toezicht en/of bescherming gaan niet noodzakelijkerwijs gepaard met een integraal zorgpakket, maar kunnen op zichzelf staan. Het gaat vooral om de middelzware ZZP's in de GGZ en de VG-sector. De medisch gerelateerde zorg kan dan vanuit de reguliere eerstelijnszorg worden geleverd.

¹² Pakketadvies 2011, CVZ, op 1 april 2011 uitgebracht aan de bewindspersonen van VWS, paragraaf 3f.

Als het permanente toezicht of bescherming niet meer doelmatig is te leveren in een eigen woonsituatie, kan (net zoals bij een integraal zorgpakket) verblijf aan de orde zijn.

De zwaardere cliëntgroepen zijn wel aangewezen op een integraal zorgpakket. Dan maakt het eventuele toezicht en bescherming daar integraal onderdeel van uit, en staat dat niet op zichzelf.

4.c.3. Therapeutisch leefklimaat

Een therapeutisch leefklimaat is het derde leefklimaat in het Bza. Het gaat om een gestructureerde manier waarop de zorg wordt geboden en de setting waarin dit gebeurt. Het gaat steeds om de zwaardere cliëntgroepen, die zijn aangewezen op een integraal pakket. Het therapeutisch leefklimaat hoort voor die groepen bij de te leveren zorg, en maakt onderdeel uit van het integrale zorgpakket.

4.c.4. De aanspraak op verblijf

Verblijf optioneel

De plaats waar de zorg geleverd kan worden, staat principieel los van de eigenlijke zorgaanspraak (het integrale zorgpakket, permanent toezicht of bescherming). In principe wordt de zorg in de eigen woonsituatie geboden. Dat kan een eigen woning zijn, een geclusterde woning of welke woonvorm dan ook.

Maar dat is feitelijk (nog) niet het geval. Het behoort tot de zorgplicht van de zorgverzekeraar dat de verzekerde zijn zorg kan verzilveren. Als het integrale zorgpakket, permanent toezicht en/of bescherming om welke reden dan ook niet in de thuissituatie kan worden geleverd, heeft de overheid de plicht te voorzien in een collectief gefinancierde verblijfsfunctie.

Geen indicatie

Voor de aanspraak op de zorg is een indicatie op zijn plaats. Voor het verblijf niet. Een aparte indicatie voor (langdurig) verblijf veronderstelt dat er zorginhoudelijke criteria zijn te stellen wanneer collectief gefinancierd verblijf aan de orde is en wanneer niet. En dat is niet zo. De keuze voor een bepaalde verblijfssituatie hangt af van veel factoren, waarvan de zorgverlening er slechts één is. De sociale omstandigheden, financiële situatie en de beschikbaarheid van alternatieve woningen spelen minstens zo'n belangrijke rol.

Als het integrale zorgpakket, permanent toezicht en/of bescherming om welke reden dan ook niet in de thuissituatie kan worden geleverd, heeft de overheid de plicht te voorzien in een collectief gefinancierde verblijfsfunctie.

Inkoopbeleid

De verzekeraar moet in zijn inkoopbeleid zorgen voor een zo groot mogelijke keuzevrijheid voor zijn verzekerden. Door een flexibel en creatief zorgaanbod in eigen woonsituaties in te kopen kan hij zijn verzekerden aan zich binden. Voor zover dat niet toereikend is, zal hij ook verblijf in een instelling

moeten inkopen.

4.c.5. Voortgezet verblijf en BOPZ

Naast artikel 9 Bza (verblijf) is ook verblijf mogelijk op grond van artikel 13 Bza. Het gaat om "voortgezet verblijf". Als een verzekerde langer dan een jaar moet verblijven in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of een psychiatrisch ziekenhuis, komen de lasten het eerste jaar ten laste van de Zvw, en daarna ten laste van de AWBZ. Dit signalement gaat niet over die vorm van verblijf, omdat daarbij de behandelingsituatie een specifieke behandelomgeving vereist.

Er zijn ook verzekerden die op grond van een zogenoemde BOPZ-verklaring in een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten verblijven. Vanwege hun geestelijke vermogens en gedragsproblemen is vastgesteld dat zelfstandig wonen te gevaarlijk is. Ook die verzekerden vallen buiten het bestek van dit signalement.

4.c.6. Indicatiestelling

Het criterium om in aanmerking te komen voor het integrale zorgpakket is dat een combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ niet meer volstaat. Daarbij spelen allerlei omstandigheden een rol. Het indicatieorgaan moet op grond van artikel 6 Zorgindicatiebesluit die persoonlijke omstandigheden meenemen bij zijn oordeel, zodat de geïndiceerde zorg daadwerkelijk is waarop de verzekerde is aangewezen.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat een verzekerde met zijn sociale steunsysteem en inzet van eigen middelen in een woning wil blijven wonen waar het integrale zorgpakket niet is te leveren. Als hij in dat geval toch een indicatie voor het integrale pakket krijgt, kan hij een probleem krijgen met het krijgen van ondersteuning vanuit de Wmo. Artikel 2 Wmo bepaalt dat als de zorgvraag vanuit een andere wettelijke regeling (i.c. de AWBZ) kan worden bekostigd, er geen aanspraak op de Wmo is.

4.d. Inhoud van de nieuwe aanspraken

De directe, alledaagse zorgverlening is uiteraard onderdeel van het integrale zorgpakket.

Van de huidige aanspraak op verblijf maken ook maaltijdverstrekking, bedlinnen, schoonmaak, inrichting en stoffering van de kamer en welzijnsfuncties (enige recreatie) deel uit.

De AWBZ is een zorgverzekering, en geen woonverzekering. Stoffering en inrichting van de woning maken geen deel uit van de zorg.

Integraal pakket Van aanspraak op het integrale zorgpakket is pas sprake als levering van de zorg uit verschillende domeinen niet meer doelmatig is. De scheidslijn tussen zorg, welzijn en wonen vervaagt bij deze verzekerden. Ook maaltijdverstrekking en het schoonmaken van de woonruimten zijn meestal zo verweven met de andere zorg (helpen bij voeding, signalering), dat die onderdeel uitmaken van het zorgzwaartepakket. Dat geldt ook voor recreatieve functies.

Restitutie Het is echter denkbaar dat cliënten specifieke wensen hebben voor de maaltijden of schoonmaak die verder gaan dan in het zorgzwaartepakket zit. Een optie om dat mogelijk te maken is een restitutieregeling. De verzekerde ontvangt dan van de aanbieder een bepaald bedrag waarmee hij zelf maaltijden regelt, of zelf de schoonmaak regelt. Er zijn ook voorbeelden bekend waarbij de aanbieder een soort trekkingsrecht geeft op voeding, zodat de verzekerde zelf kan kiezen wat hij eet¹³.

4.d.1. Artikel 15 Bza

Aanvullende zorg Op grond van artikel 15 Bza hebben verzekerden die behandeling krijgen van de instelling waar ze verblijven, ook aanspraak op een aantal aanvullende zorgvormen, zoals algemene medische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen.

Het CVZ is nagegaan of het huidige artikel 15 Bza in de huidige situatie nog bestaansrecht heeft. Het rapport hierover is als bijlage toegevoegd¹⁴. De huidige omschrijving, waarbij de aanspraak is gekoppeld aan verblijf en behandeling zorgt nu voor uitvoeringproblemen, omdat bij de indicatiestelling niet meer individueel wordt bepaald of een verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op behandeling of niet.

Bij de ontwikkeling van de ZZP's zijn cliëntprofielen vastgesteld. Van elk cliëntprofiel is op populativeniveau bepaald welke zorg in totaal aan die populatie werd geleverd. Dat totaal werd gedeeld door het aantal waargenomen gevallen. De aard en omvang van dat gemiddelde is in het ZZP opgenomen. In de middelzware ZZP's gaat het om een populatie waarvan een deel op individueel niveau beschouwd feitelijk niet op behandeling is aangewezen. Het indicatieorgaan beoordeelt alleen in welk cliëntprofiel een verzekerde past, zodat als een verzekerde in een middelzwaar cliëntprofiel past, behandeling altijd onderdeel uitmaakt van zijn indicatie, ook al is hij daar objectief niet op aangewezen is.

Vervolgens is voor de daadwerkelijke toekenning van artikel 15 Bza in de praktijk de toelating van de instelling bepalend.

¹³ De bewoner krijgt een bedrag waarmee hij zelf kan bepalen of hij bv soep, toetje, of liever een borrel neemt.

¹⁴ Bijlage 4: Rapport Artikel 15 Bza, CVZ, februari 2012

Alle bewoners van instellingen die zijn toegelaten voor verblijf én behandeling krijgen de aanvullende zorg, Alle bewoners van instellingen die niet voor behandeling zijn toegelaten niet. De middelzware ZZP's zitten in beide soorten instellingen. Dat betekent dat sommige verzekerden die niet individueel zijn aangewezen op een integraal aanbod deze zorg wel ten laste van de AWBZ krijgen, maar ook andersom. Als een verzekerde is aangewezen op verblijf én op behandeling, maar die van twee verschillende instellingen ontvangt, heeft hij geen aanspraak op artikel 15 Bza, ook als dat zorginhoudelijk meerwaarde zou hebben.

Als een verzekerde is aangewezen op verblijf én behandeling, en hij ontvangt beide van een verpleeghuis, is er sprake van een integraal pakket aan zorg, inclusief de zorg van artikel 15 Bza.

Als diezelfde verzekerde in een verzorgingshuis of thuis woont en de behandeling vanuit het verpleeghuis krijgt, heeft hij géén aanspraak op artikel 15 Bza.

Integraal aanbod van belang

Het CVZ concludeert in het rapport dat artikel 15 Bza meerwaarde heeft bij "zware zorgbehoefte", waarbij een integraal aanbod van zorg noodzakelijk is. Voor de cliëntgroepen die niet meer verantwoord en/of doelmatig zijn te helpen vanuit de reguliere domeinen van Zvw, Wmo en AWBZ moet ook de zorg van artikel 15 Bza deel uitmaken van het integrale zorgpakket.

Voor de cliëntgroepen die alleen zijn aangewezen op permanent toezicht en bescherming hoeft artikel 15 Bza niet te gelden.

4.e. Conclusie aanspraken

Het CVZ concludeert dat de huidige aanspraak op verblijf ten onrechte uitgaat van een koppeling van verblijf en zorg. Om het zelfstandig (privaat) wonen te faciliteren, moet de aanspraak op de "samenhangende zorg" ofwel een van de zorgzwaartepakketten als afzonderlijke aanspraak gelden: het integrale zorgpakket. De inhoud van de zorg is gelijk aan de zorg die nu al in de zorgzwaartepakketten zit, inclusief de zorg van artikel 15 Bza.

Permanent toezicht en bescherming maken in veel gevallen onderdeel uit van een integraal zorgpakket. Maar het komt ook voor dat het alleen gaat om permanent toezicht en/of bescherming. Permanent toezicht en bescherming moeten daarom ook als aparte aanspraken zijn geformuleerd. Daarvoor geldt artikel 15 Bza niet.

De aanspraak op verblijf is eveneens een aparte aanspraak. Voor het integrale zorgpakket, permanent toezicht en bescherming is een indicatie nodig. Voor verblijf is geen

aparte indicatie vereist.

Als de verzekerde een indicatie voor een integraal zorgpakket, permanent toezicht of bescherming heeft, kan hij de zorg in een eigen woonsituatie ontvangen, of als geen passende woonsituatie beschikbaar is, in een instelling. Verzekeraars moeten in hun inkoopbeleid een zo groot mogelijke keuzevrijheid voor hun verzekerden creëren. Bij de zorglevering bepaalt de verzekeraar in overleg met de verzekerde en de professionals waar de zorg doelmatig en verantwoord is te leveren.

5. De doelgroep

De vraag die het CVZ in dit hoofdstuk beantwoordt, is voor wie de nieuwe aanspraken open moeten staan. Het uitgangspunt van dit signalement is dat de woonfunctie en de zorg zolang mogelijk "gewoon" moeten blijven. Zolang mensen in een eigen woonsituatie kunnen wonen, verdient dat de voorkeur. Ook de zorg moet zolang mogelijk "gewoon" blijven. De huisarts, wijkverpleegkundige en de Wmo zijn daarbij als eerste in beeld. Daarom is in hoofdstuk 4 de doelgroep van het integrale zorgpakket gedefinieerd als de groep waarvoor de reguliere zorgdomeinen (Wmo, Zvw en extramurale AWBZ) geen passende oplossing meer kunnen bieden.

De noodzaak om die doelgroep van het integrale pakket goed af te bakenen is ook voor de verzekerden zelf van groot belang. Als hij eigenlijk niet op het integrale zorgpakket is aangewezen, en thuis wil blijven wonen, kan hij last krijgen van een indicatie voor het integrale pakket. Er ontstaat dan niet alleen recht op die zorg, maar (optioneel) ook op verblijf in een instelling. Hij wil niet verblijven, en dat zou ook niet hoeven omdat de combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ nog voldoet. Het integrale pakket is niet in elke woonsituatie te leveren. Maar op grond van artikel 2 Wmo heeft hij geen aanspraak op de Wmo. Op dit moment is dat nog een beperkt probleem omdat hij de zorg dan als extramurale zorg kan krijgen. Voor huishoudelijke verzorging en woningaanpassingen zijn er in verschillende gemeenten nu al problemen.

Per 1 januari 2013 wordt de extramurale functie begeleiding gedecentraliseerd naar de gemeente. Begeleiding bestaat dan niet meer als AWBZ-functie. De verzekerde die met een verblijfsindicatie thuis blijft wonen kan die zorg niet ten laste van de AWBZ krijgen, maar de gemeente hoeft op grond van artikel 2 Wmo ook niet te leveren. De verzekerde kan dan tussen de wal en het schip raken: de zorgverzekeraar kan alleen intramurale zorg bieden, en de gemeente heeft geen zorgplicht. Het is dus van groot belang goed onderscheid te maken tussen de verzekerden die nog toe kunnen met een combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ, en de verzekerden die zijn aangewezen op het integrale pakket.

De verzekerde die geen integraal zorgpakket krijgt geïndiceerd, heeft voor zijn huishoudelijke verzorging, begeleiding en woningaanpassing volledig aanspraak op de Wmo. Voor eventuele verpleegkundige zorg of persoonlijke verzorging, heeft hij aanspraak op de AWBZ. Er ontstaat geen hiaat in zijn zorg thuis.

De verzekerde die aanspraak heeft op het integrale pakket krijgt alle zorg ten laste van de AWBZ. Ook hij heeft geen hiaat in zijn zorg thuis of in de instelling.

De operationalisering van de doelgroep van het integrale pakket moet nog verder worden uitgewerkt. Maar op voorhand zijn twee dingen duidelijk:

- door de manier waarop de zorgzwaartepakketten zijn ontwikkeld, zijn er ook zorgzwaartepakketten geformuleerd voor groepen die feitelijk niet op verblijf of een integraal zorgpakket zijn aangewezen;
- de definitie van de groep waarvoor reguliere zorg niet (meer) volstaat, is dynamisch. Naarmate de eerstelijnszorg en Wmo sterker zijn, wordt de doelgroep kleiner.

5.a. Afbakening doelgroep

Niet aangewezen op integrale zorg

Een aantal doelgroepen (de lagere ZZP's) verblijven nu in een instelling zonder dat ze feitelijk zijn aangewezen op een integraal zorgpakket. Het gaat daarbij om de lichtste ZZP's.

Het gaat hier om cliëntgroepen die ook in de instelling al redelijk zelfstandig wonen, bijvoorbeeld in een gezinsvervangend tehuis, of in woonvormen in de wijk, waarbij de woonfunctie ten laste van de AWBZ komt. Dat is vooral historisch te begrijpen: de AWBZ komt voort uit intramurale zorg.

Historische context

Dat die cliëntgroepen (cliëntprofielen) nu wel in de ZZP-systematiek zijn beschreven is alleen historisch te begrijpen. De ZZP-systematiek is gebaseerd op de *feitelijke* situatie in 2003/2004. Toen heeft bureau HHM een brede inventarisatie gemaakt van de populatie die op dat moment in de verschillende AWBZ-instellingen verbleef. Op grond van die inventarisatie is de populatie gesegmenteerd in 49 cliëntprofielen.

De feitelijke situatie is daarbij als een gegeven aangenomen. De vraag of de betreffende cliëntgroepen daadwerkelijk op een integraal zorgpakket zijn aangewezen of dat er werkelijk specifieke bouwkundige voorzieningen nodig zijn, is niet meegenomen. De lichtere cliëntgroepen zijn goed te helpen in een eigen woonsituatie. Zorinhoudelijk is het onwenselijk te onnodig te hospitaliseren. In de praktijk is een sterke afname te zien van het aantal mensen dat met een van deze ZZP's daadwerkelijk gaat verblijven. Zoals hierboven is uitgelegd is het belangrijk dat zij geen ZZP krijgen geïndiceerd, zodat ze aanspraak houden op de Wmo.

De zorg betreft vooral enige begeleiding bij de sociale zelfredzaamheid en ondersteuning bij het voeren van de regie, soms met enige persoonlijke verzorging. De omvang van de zorg is zeer beperkt: bij het ZZP V&V1 gaat het om 3 tot 5 uur per week, bij V&V2 om 5 tot 7,5 uur per week. Bij GGZ1C om 3,5 tot 5,5 uur en bij VG1 om 5 tot 7 uur per week. Bij de laatste twee kan ook dagbesteding aan de orde zijn.

Leveringsvoorwaarde is bepalend voor indicatiestelling Ook de indicatiestelling gaat uit van de historisch gegroeide ZZP's. De zogenoemde leveringsvoorwaarden zijn bepalend of iemand een indicatie krijgt voor verblijf of niet.

In overgangsrecht moet uiteraard worden geborgd dat de verzekerden die al verblijven, de zorg houden zoals die is.

5.b. Versterken reguliere zorg

Verzekerde zorg Van de iets zwaardere ZZP's is niet direct vast te stellen of zij daadwerkelijk zijn aangewezen op een integraal pakket. Het kan heel goed zijn dat het voor een deel van de populatie wel zo is, en voor een ander deel niet. En dat kan ook afhangen van omgevingsfactoren, zoals de beschikbaarheid van een sociaal steunsysteem. Dat maakt de operationalisering van het criterium wanneer reguliere zorg niet meer volstaat des te belangrijker.

Zoals hierboven al gesteld, is die operationalisering dynamisch. Naarmate er een sterkere geïntegreerde eerstelijnszorg is, en naarmate de Wmo sterker is, kan reguliere zorg ook in complexere situaties volstaan, zeker als beide domeinen goed zijn gecoördineerd. Het CVZ geeft hieronder een aantal maatregelen weer, die daaraan bijdragen. Het zijn "no-regret-maatregelen": in alle scenario's zijn ze voordelig. Het gaat om de ontwikkeling van casemanagement, de overheveling van verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw, versterking van de Wmo en het invoeren van resultaatgerichte bekostiging.

Zijn verschillen erg? Dit kan ertoe leiden dat, afhankelijk van de lokale infrastructuur en omstandigheden, de mogelijkheid om aan de zorgvraag tegemoet te komen vanuit reguliere zorgdomeinen verschilt. Daarbij is het overigens wel zo dat de grenzen van de gemeentelijke compensatieplicht in jurisprudentie scherper zal worden uitgelicht. Het is de vraag of het erg is dat die verschillen optreden, en hoe hiermee om te gaan, is een aspect dat mee moet worden genomen bij de operationalisering van de criteria voor het integrale zorgpakket.

5.b.1. Casemanagement

Coördinatie

Het CVZ heeft casemanagement geduid als zorg die huisartsen plegen te bieden¹⁵. Het gaat dus om een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. De bekostiging is nog niet goed geregeld, waardoor casemanagement nog geen gemeengoed is in de eerstelijnszorg.

Ingebed in lokale zorginfrastructuur

Casemanagement is geen eenduidig begrip. in het rapport definieert het CVZ de kern van casemanagement als zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie. Belangenbehartiging is geen casemanagement. Bemoeizorg en toeleiding naar zorg is OGGZ. Diagnostiek, behandeling en verpleging en verzorging behoren ook tot de verzekerde zorg. Casemanagement moet goed zijn ingebed in de eerstelijnszorg en de lokale infrastructuur. Er is enige evidence dat casemanagement effectiever is als de casemanager ook zorg verleent, zoals bij assertive community treatment en clinical case treatment.

Inhoud casemanagement

Casemanagement voorziet in de nodige coördinatie en afstemming van de zorg in complexe situaties. Naarmate dit beter vorm krijgt, kan langer worden volstaan met een combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ, en is een integraal zorgpakket dus minder snel nodig.

Het CVZ heeft TNO opdracht gegeven om te onderzoeken welke factoren maken dat verzekerden een verblijfsindicatie aanvragen, en wat de doorslaggevende redenen zijn om met die indicatie te verblijven in een instelling¹⁶. Vooral ouderen bleken slecht op de hoogte te zijn van alternatieve mogelijkheden als een persoonsgebonden budget, het volledig pakket thuis of alternatieve woonvormen. De stap naar de instelling lijkt (te) vanzelfsprekend te zijn. Goede voorlichting over alternatieven en begeleiding bij de keuze tussen die alternatieven kan de vraag naar verblijf verminderen.

5.b.2. Verpleging en verzorging naar Zvw

Geïntegreerde eerste lijn

Het CVZ heeft eerder geadviseerd de functies verpleging en persoonlijke verzorging in de zorgverzekeringswet onder te brengen¹⁷. De belangrijkste overweging daarbij was dat daarmee de eerstelijnszorg geïntegreerder kan werken, en beter kan inspelen op complexere zorgvragen. Ook dat vermindert de noodzaak om een beroep te doen op een integraal zorgpakket.

¹⁵ CVZ, standpunt Casemanagement, op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS.

¹⁶ G.J. Wijnhuizen c.s., AWBZ en verblijf: een exploratief onderzoek naar overwegingen rondom aanvraag en invulling (TNO/LS 2012.005), februari 2012

¹⁷ Verpleging in de wijk, van samenhang verzekerd, CVZ, volgnummer 2010142117, op 14 december 2010 uitgebracht aan de minister van VWS

5.b.3. Extramurale AWBZ-behandeling

De behandeling en verzorging van mensen met specifieke problematiek als psychogeriatrische aandoeningen, verstandelijke handicaps of chronische psychiatrie, kan specifieke behandelexpertise vereisen. Versterking van de geïntegreerde eerstelijnszorg vraagt ook om de mogelijkheid die expertise in de eerstelijnszorg in te zetten. Het CVZ bereidt een uitvoeringstoets voor waarin dit verder wordt uitgewerkt.

5.b.4. Versterken Wmo

Mantelzorgondersteuning en participatie

Uit het onderzoek van TNO bleek dat een van de belangrijkste redenen om een aanvraag voor verblijf te doen overbelasting van de mantelzorgers was. Voor ouderen met een somatische aandoening bleken sociaal isolement en het gevoel van onveiligheid doorslaggevend te zijn om het ZP intramuraal of extramuraal te verzilveren. Deze twee aspecten horen tot het domein van de Wmo.

Overbelasting van de mantelzorg speelt bij alle doelgroepen die voor een zorgzwaartepakket zijn geïndiceerd. Bij ouderen blijkt dat niet de belangrijkste overweging te zijn om te gaan verblijven. Voor jongeren is het verslechteren van de fysieke en mentale draagkracht van de ouders een overweging. Voor jongeren geldt verblijf ook als een natuurlijke stap naar meer zelfstandigheid, los van de ouders.

Als de gemeente erin kan voorzien dat ouderen niet in een sociaal isolement raken en kunnen wonen in een als veilig ervaren woonsituatie, en kan voorzien in adequate mantelzorgondersteuning, is de noodzaak van een integraal zorgpakket minder snel aan de orde.

5.b.5. Resultaatgerichte bekostiging

Geen uurtje-factuur

De huidige ZP's zijn zowel in de aanspraken als in de bekostiging gedefinieerd in uren zorg. De benodigde overhead en indirecte tijd zijn gebaseerd op de intramurale situatie, waar de zorg dichtbij is, men snel kan ingrijpen, en er nauwelijks aanlooptijd is.

In een eigen woonsituatie kunnen de aanrijtijden en daardoor de indirecte tijd flink oplopen, waardoor de zorg in de eigen woning niet meer doelmatig te leveren is, omdat alleen de face-to-face zorg bekostigd wordt. Slimmere technieken kunnen zorg op afstand mogelijk maken.

Een voorbeeld is de "Medido", een apparaat waarin de medicatie in porties wordt opgeslagen. Elke keer dat er medicatie moet worden ingenomen, wordt de juiste portie vrijgegeven, en geeft het apparaat een signaal. Als de verzekerde de medicatie niet afneemt, gaat er een signaal naar een zorgcentrale, die contact opneemt met de verzekerde of iemand langs stuurt. In de oude situatie zou iemand elke keer langs moeten rijden om de medicatie aan te reiken. Nu is alleen het apparaat nodig en slechts af en toe direct contact. Als alleen dat contact wordt bekostigd, is het onmogelijk de infrastructuur (apparaat met zorgcentrale) in stand te houden.

Innovatie

Een belangrijke maatregel die de staatssecretaris wil nemen is de introductie van resultaatsbekostiging. Door niet het aantal uren, maar het te behalen resultaat te bekostigen, is het mogelijk innovatieve zorgvormen als toezicht op afstand, verzorgend wassen of domotica te bekostigen. Dat vergroot de mogelijkheden om zorg in een eigen woonomgeving te bieden aanzienlijk.

5.b.6. Afbakening AWBZ en Wmo

Onduidelijke afbakening

Artikel 2 Wmo stelt dat er geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning is, als er een andere wettelijke voorziening beschikbaar is. Dat betekent in de huidige situatie, dat als een verzekerde een ZZP geïndiceerd heeft gekregen, de gemeente kan stellen dat de AWBZ voorgaat op de Wmo. Veel gemeenten doen dat ook. Andere weer niet. In de praktijk is een onduidelijke situatie ontstaan. Dit speelt vooral bij de lagere ZZP's.

Aanspraak op Wmo

Als de doelgroep van het integrale zorgpakket wordt beperkt tot die cliëntgroepen die daadwerkelijk zijn aangewezen op een integraal zorgpakket, is dit probleem vanzelf opgelost. Verzekerden die nu een ZZP-indicatie krijgen terwijl ze eigenlijk niet zijn aangewezen op integrale zorg, krijgen geen verblijfsindicatie meer, en hebben aanspraak op de Wmo.

Óf AWBZ

Voor de resterende groep, die wél is aangewezen op integrale zorg, is er ook geen probleem: alle zorg komt ten laste van de AWBZ. Voor degenen die met een indicatie voor integrale zorg thuis blijven wonen, speelt nog wel de vraag hoe eventuele woningaanpassingen worden bekostigd. Op die vraag komt het CVZ later in dit rapport terug.

6. Vier scenario's

De lijn die het CVZ hiervoor heeft uitgezet is:

- Wonen moet zolang mogelijk "gewoon" zijn. Het is in principe een private aangelegenheid;
- Daarbij past variatie in wooncomfort, afhankelijk van de financiële mogelijkheden van individuen;
- Daarvoor is het nodig te stimuleren dat private zorgwoningen worden gerealiseerd;
- Waar een private oplossing niet beschikbaar of niet realistisch is, is er aanspraak op verblijf ten laste van de AWBZ.

Hiervoor zijn verschillende scenario's denkbaar. In haar brief aan de Tweede Kamer over scheiden van wonen en zorg van 26 juni 2009 onderscheidde de staatssecretaris twee scenario's: volledig doorvoeren van scheiden van zorg en wonen en het voeren van stimuleringsbeleid. Het CVZ voegt er daar nog twee aan toe, zodat het de volgende vier scenario's onderscheidt:

- Volledig doorvoeren van scheiden van wonen en zorg;
- Bestaande bekostiging van instellingen combineren met eigen betalingen voor extra wooncomfort;
- Stimuleringsbeleid voeren;
- De benodigde extra bouwkundige voorzieningen bekostigen.

Deze scenario's sluiten elkaar niet volledig uit. Het gaat eerder over een aantal verschillende benaderingswijzen, dan om elkaar uitsluitende beleidsopties.

Hieronder schetst het CVZ deze vier scenario's en beargumenteert het welke de voorkeur heeft.

6.a. Scenario 1: volledig doorvoeren scheiden van wonen en zorg

6.a.1. Huurscenario voor alle cliëntgroepen

Huren in een instelling

Een mogelijkheid die kan worden overwogen is om alle bewoners van AWBZ-instelling huur te laten betalen. Die optie wordt meestal onderbouwd door de op zich terechte stelling, dat wonen de eigen verantwoordelijkheid van burgers is.

Verzekerden betalen huur, en betalen de lage eigen bijdrage. Als de huurlasten te hoog zijn moeten ze een beroep doen op de huurtoeslag of op de bijstand.

6.a.2. Huren voor specifieke cliëntgroepen

Een variant van deze optie is om dit alleen in te voeren voor een aantal specifieke cliëntgroepen. Het departement van VWS onderzoekt bijvoorbeeld de mogelijkheid om de ZZP's VV1 en VV2, de laagste pakketten in de ouderenzorg, huur te laten betalen.

6.b. Scenario 2: Combinatie van intramurale bekostiging met eigen betaling

Combinatie NHC en private betalingen

Een minder rigourees scenario is om binnen de bestaande (zich ontwikkelende) systematiek van NHC-bekostiging de mogelijkheid te scheppen extra betalingen te vragen voor extra wooncomfort, zoals een groter appartement. Vooral in de ouderenzorg is daar vraag naar. Ouderen met een goed pensioen of enig eigen vermogen willen graag hetzelfde wooncomfort als zij altijd hadden, en zijn bereid daarvoor te betalen.

Normering

De belangrijkste vraag die in dit scenario speelt, is wat extra wooncomfort dan is, en hoe hoog de extra betaling dan mag zijn. Daarvoor moet een systeem zoals het woningwaarderingssysteem worden ontwikkeld. En de norm van "normaal" wooncomfort in AWBZ-instellingen moet worden vastgelegd.

De vraag is ook waarom deze constructie nodig is. Het realiseren van

6.c. Scenario 3: Stimuleringsmaatregelen

Subsidies en actieplannen

In dit scenario stimuleert de overheid op verschillende manieren¹⁸ de totstandkoming van zelfstandige woonruimten voor mensen met beperkingen. Op dat vlak zijn al veel acties ondernomen, zoals subsidies, actieplannen en stimuleringsregelingen. In de bekostiging zijn de zorgzwaartebekostiging en de NHC geïntroduceerd. Deze maatregelen moeten ertoe leiden dat er steeds meer alternatieve woonvormen ontstaan.

6.d. Scenario 4: Extra voorzieningen bekostigen

Dit scenario houdt in dat het bestaande systeem blijft zoals het is. Inclusief de aanpassingen in de bekostiging (NHC) die zijn voorgenomen. Het gaat uit van de gedachte dat concurrentie op grond van wooncomfort niet in de zorgsector maar in de woonsector plaats moet vinden.

Extra bouwkundige voorzieningen

In paragraaf 4.c. is aangegeven dat er in de regelgeving veel beperkingen zijn om private zorgwoningen te realiseren. Vooral de extra bouwkundige voorzieningen (zorginfrastructuur) die voor dergelijke woningen nodig zijn, zijn binnen de bestaande regelingen zoals woningwaarderingssysteem en huurtoeslag niet voor een voor de doelgroep haalbare huurprijs te realiseren. Dat maakt dat alternatieven op dit moment alleen van de grond komen als er geen noemenswaardige extra bouwkundige eisen zijn (wat alleen voor de lichtste cliëntgroepen geldt), of alleen toegankelijk zijn voor hogere inkomensgroepen.

¹⁸ Zie voor een overzicht: Research voor Beleid, Scheiden van wonen en zorg, ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten, april 2008.

Bekostigd via NHC De kapitaallasten van AWBZ-instellingen worden (geleidelijk) bekostigd via de NHC. De NHC omvat zowel de feitelijke woonkosten als de extra bouwkundige voorzieningen die nodig zijn voor de verschillende cliëntgroepen, zoals bredere gangen, ruimere badkamers, en gemeenschappelijke ruimten. Per ZZZP is een NHC vastgesteld. Het is mogelijk om onderscheid te maken tussen het deel van de NHC dat verbonden is aan het wonen en het deel dat is verbonden met extra bouwkundige voorzieningen.

Woonkosten eigen rekening De kern van dit scenario is dat het deel van de NHC dat is verbonden met de extra bouwkundige voorzieningen beschikbaar wordt gesteld voor de bekostiging van extra voorzieningen in private woonvormen. Daarmee is het mogelijk om bij de verschillende doelgroepen passende zorgwoningen te realiseren voor haalbare huurprijzen. Aanpassing van de huurwetgeving is dan nagenoeg overbodig.

Het is legitiem om de extra bouwkundige voorzieningen (zorginfrastructuur) te bekostigen vanuit de AWBZ. Het gaat om kosten die direct het gevolg zijn van de beperkingen die een integraal zorgpakket noodzakelijk maken. Ook nu worden die kosten vanuit de AWBZ bekostigd. In dit scenario betaalt een verzekerde alleen zijn reguliere woonkosten zelf, tegen huurprijs die hij zou betalen voor een bij zijn inkomen passende woning zonder zorginfrastructuur.

De manier waarop de extra middelen ter beschikking moeten komen, hoort tot het deskundigheidsterrein van de NZa.

6.e. Beoordeling scenario's

Criteria: SER en CVZ Volgens de SER¹⁹ kan scheiden van wonen en zorg bijdragen aan verschillende doeleinden. De criteria aan de hand waarvan het CVZ de scenario's beoordeeld zijn aan die doeleinden ontleent. Daarnaast spelen de eigen pakketcriteria van het CVZ een rol. Het gaat dan vooral om de doelmatigheid (kosteneffectiviteit) en de uitvoerbaarheid.

Samen gaat het om de volgende criteria:

- Gevolgen voor verzekerden (keuzevrijheid voor de verzekerde in de woonfunctie en financiële gevolgen);
- Een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheden van individu en collectiviteit;
- Stimuleren van innovaties op het snijvlak van wonen en zorg;
- Doelmatigheid;
- Uitvoerbaarheid;

¹⁹ SER, 18 april 2008, Advies nr. 2008/03, Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ, blz. 98 ev.

6.e.1. Scenario 1: huur bij verblijf in de instelling

Gevolgen voor verzekerden

Alles blijft hetzelfde

Verzekerden die al in een instelling verblijven hebben feitelijk geen keuzevrijheid. Ze blijven wonen in dezelfde instelling en krijgen dezelfde zorg als voorheen. Een grotere keuzevrijheid ontstaat pas als er meer differentiatie in wooncomfort is gerealiseerd, en is alleen relevant voor nieuwe zorgvragers.

Bewoners krijgen te maken met meer administratieve lasten. Ze betalen in plaats van de hoge eigen bijdrage de lage eigen bijdrage, betalen daarnaast huur, en moeten huurtoeslag of bijstand aanvragen.

Effecten op vrij besteedbare ruimte bewoners

Bewoners krijgen in dit scenario te maken met effecten op de vrij besteedbare ruimte (zak- en kleedgeld). Het hangt af van de groep waarover het gaat, hoe sterk die effecten zijn, en of het gaat om een verbetering of een verslechtering. Een interdepartementale werkgroep²⁰ heeft deze effecten berekend. Het gaat om een doorrekening van veelvoorkomende situaties, waarbij niet alle mogelijke situaties gedekt zijn. Daarvoor zijn de deviaties te groot.

Echtparen die beide verblijven gaan er op vooruit. Dat is meer dan €2000 op jaarbasis. Naarmate het inkomen stijgt, is het voordeel meer. Bij een aanvullend pensioen van €14.000 gaat het om €5000. Ook alleenstaande 65+ plussers met een huur tot €550 springen er relatief gunstig uit. Van enkele honderden euro's zonder aanvullend pensioen tot €2000 bij een aanvullend pensioen van € 5000. Deze groep is oververtegenwoordigd in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Het gaat om 70 tot 80% van de totale populatie. Wajongers verliezen bij een huur van €200 op jaarbasis enkele honderden euro's. Tot een huur van €400 is dat ruim meer dan €1000 op jaarbasis. Ook 65- minners met een laag inkomen gaan er rond de € 1000 op achteruit. Met een inkomen van boven de €2500 pakt het gunstiger uit. Dat betekent niet dat de vrij besteedbare ruimte bij zelfstandig wonen voor de verschillende groepen erg uiteen loopt. Juist bij verblijf zijn de verschillen groot. Bij verblijf ontvangt een Wajonger bijvoorbeeld €400 per jaar meer dan een alleenstaande AOW'er. Bij zelfstandig wonen, ontvangt de AOW'er €150 meer dan een Wajonger.

²⁰ Micro-effecten van het Scheiden van Wonen en Zorg "Een onderzoek naar de inkomenseffecten voor diverse groepen huishoudens op microniveau van het scheiden van wonen en zorg", een co-productie van VROM, SZW en VWS. <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties?keyword=micro-effecten&form-period-from=&form-period-to=&form-information-type=>

**Geen prikkel tot
innovatie**

Een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheden van individu en collectiviteit

Op dit criterium scoort dit scenario maximaal. In één klap betaalt de bewoner huur voor zijn woning, en krijgt hij zijn zorg geleverd vanuit de AWBZ.

Stimuleren van innovaties op het snijvlak van wonen en zorg

Er is geen specifieke prikkel tot innovatie. Instellingen krijgen weliswaar de mogelijkheid om te differentiëren in wooncomfort, en kunnen nieuwe woonvormen aanbieden, maar dat aanbod kan alleen geleidelijk ontstaan bij ver- of nieuwbouw.

Doelmatigheid

Op de doelmatigheid van de zorg heeft dit scenario nauwelijks invloed. De zorg en de woonsituatie blijven hetzelfde, de kosten blijven ook gelijk. Wel is er een grote besparing op het BKZ vanwege besparingen op de verblijfscomponent. Daartegenover staan kosten in de huursubsidie en bijstand.

Er is sprake van forse kostenverschuivingen. Er is een besparing op de AWBZ van €625 miljoen. Bij een huurprijs van 70% van de maximale huur op basis van het WWS is er een besparing voor de overheden van € 40 miljoen, bij een maximale huurprijs op basis van de WWS is er voor het Rijk een verlies van €100 miljoen. Voor zorginstellingen is er een negatief effect van € 275 miljoen bij een huur van 70%, en €540 miljoen bij 100% van de maximale huur. Volgens het RIGO gaan ook bewoners erop achteruit, met respectievelijk € 125 miljoen of €250 miljoen bij een huur van 70% of 100% van de maximale huurprijs²¹.

Uitvoerbaarheid

De grote risico's en onvoorspelbare financiële gevolgen voor overheid en zorgaanbieders van dit scenario maken het onuitvoerbaar om in één klap huur in AWBZ-instellingen door te voeren.

De gevolgen voor de overheid zijn niet alleen voor het gezondheidszorgbudget (BKZ) niet goed te voorspellen, maar er treden ook verschuivingen naar de huursubsidie, Wmo en bijstand op. Schattingen over de gevolgen zijn gebaseerd op tal van aannames.

Ook voor zorgaanbieders verandert er veel. Het regime van het huurrecht is wezenlijk anders dan dat van de AWBZ. De financiële consequenties en daarmee gepaard gaande risico's zijn groot²². Dit scenario interfereert daarbij ook met de

²¹ De Wildt, R, Neele, J. RIGO (2008) Zorg met verblijf >> wonen met zorg Rapportnummer 98710

²² De Wildt, R, Neele, J. RIGO (2008) Zorg met verblijf >> wonen met zorg Rapportnummer 98710

invoering van de NHC. Daarnaast zijn aanpassingen in bestaande gebouwen nodig om tegemoet te komen aan de eisen die het huurrecht stelt.

Zo eist de Warmtewet bijvoorbeeld, dat in elk verhuurd appartement/kamer een meter aanwezig is om de afgenomen energie individueel te meten. AWBZ-instellingen hebben die over het algemeen niet. De installatie ervan vereist vaak enig breekwerk (en daarna herstellen/behangen) van de muur).

Grote risico's

De staatssecretaris van VWS heeft dit scenario in 2009 verworpen vanwege de grote risico's die eraan verbonden zijn²³. Het vereist omvangrijke wijzigingen in allerlei wetgeving, vooral de huurwetgeving. Er moet een waarderingssysteem worden ontworpen op grond waarvan een realistische huurprijs kan worden vastgesteld. Die regeling moet ook voorzien in situaties waarbij verschillende bewoners een gezamenlijk huishouden voeren. De eigen bijdrageregeling moet worden aangepast, etc.

Het volledige doorvoeren van gescheiden bekostiging levert ook problemen op als één van beide partners zodanige beperkingen heeft dat thuis blijven niet meer mogelijk is, maar de partner (en eventueel kinderen) wél thuis blijft, of als het gaat om kinderen waarvoor het niet meer mogelijk is thuis te wonen. Deze gezinnen krijgen dan dubbele huurlasten.

Zelfde problemen

Variant: invoeren voor enkele zorgzwaartepakketten
De variant om scheiden van wonen en zorg alleen voor de ZZP's VV1 en VV2 in te voeren brengt voor die groepen dezelfde problemen met zich mee als hierboven zijn beschreven. Aanbieders worden daarnaast nog geconfronteerd met twee regimes, huurwetgeving en AWBZ. En het zorgt voor een onduidelijke situatie als een verzekerde met ZZP 2 een zwaarder zorgpakket krijgt.

Juist in de ouderenzorg gaat het om mensen die op een gegeven moment slechter worden. Als een verzekerde instroomt met een ZZP VV2, huurt hij het appartement. Maar als VV3 aan de orde is, moet hij de hoge eigen bijdrage gaan betalen, en gaat hij er in besteedbare ruimte op achteruit.

Geen wezenlijke verandering

6.e.2. Scenario 2: extra betalingen voor extra wooncomfort
Gevolgen voor verzekerden

Het tweede scenario komt deels tegemoet aan de keuzevrijheid voor het wonen, maar alleen voorzover luxere appartementen worden gerealiseerd. Wel is dit op korte termijn te regelen.

²³ Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 26 juni 2009, standpunt scheiden van wonen en zorg, kenmerk DLZ-U-2940406

Voor bewoners brengt dit geen noemenswaardige extra administratie met zich mee. Voor de bewoners in reguliere appartementen zijn die gevolgen nihil, de verzekerde die een luxer appartement wil, betaalt direct een bijdrage aan de zorginstelling. Financiële gevolgen zijn er alleen voor de verzekerden die zelf voor een luxer appartement kiezen.

De verzekerde heeft niet de bescherming die de huurwetgeving hem biedt. In de NHC-systematiek wordt de NHC alleen vergoed als het appartement bezet is. Bij ziekenhuisopname vervalt bij instellingen die ook behandeling bieden, de bekostiging van het ZZP en van de NHC. Als die opname langer duurt, of als er meerdere opnames na elkaar zijn, komt een appartement ter beschikking van een andere bewoner. Na overlijden heeft de familie slechts een paar dagen om de kamer te ontruimen. Die problemen bestaan niet als het appartement gehuurd wordt.

Volgens de SER²⁴ ligt het daarbij gevoelig om binnen een volksverzekering sommige zorgvragers (zij het tegen meerprijs) een hogere woonkwaliteit te bieden dan andere zorgvragers.

Een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheden van individu en collectiviteit

Dit scenario draagt nauwelijks bij aan een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheid van individu en collectiviteit. Vrijwel alle verblijf blijft ten laste komen van de AWBZ. Ook als een verzekerde een luxere woning betreft, komt de hoofdmoot van zijn wonen ten laste van de AWBZ.

Stimuleren van innovaties op het snijvlak van wonen en zorg

Dit scenario heeft ook nauwelijks een prikkel tot innovatie in zich. Hooguit is er sprake van innovatie binnen de instelling, maar het blijft allemaal binnen de bestaande kaders van de AWBZ. Private woningexploitanten die nieuwe initiatieven voor zorgwoningen willen ondernemen, lopen tegen het probleem op dat de zorggerelateerde extra bouwkundige voorzieningen niet zijn te bekostigen, zodat echt nieuwe concepten in dit scenario niet van de grond zullen komen.

Het risico bestaat juist dat zorgaanbieders zullen blijven vasthouden aan bestaande structuren, omdat die meer zekerheid bieden dan opereren op de woningmarkt. Dat is een negatieve prikkel voor innovatie.

²⁴ SER, 18 april 2008, Advies nr. 2008/03, Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ, blz 100.

Doelmatigheid

Er zijn in dit scenario geen besparingen voor het BKZ. Alleen de extra kosten worden verhaald op de verzekerde. De maatschappelijke kosten veranderen ook niet.

Uitvoerbaarheid

Dit scenario lijkt eenvoudig uit te voeren. Wel moet er een rekenmethode komen om te bepalen hoe hoog de eigen betaling mag zijn. Ook moet zijn gegarandeerd dat er voldoende verblijfsplaatsen blijven voor de verzekerden die *niet* voor een luxer appartement kiezen, of dat niet kunnen betalen.

6.e.3. Scenario 3: Stimuleringsmaatregelen

Geen echte omslag

De stimuleringsmaatregelen die de overheid de afgelopen jaren heeft genomen, hebben er zeker toe bijgedragen dat er projecten tot stand zijn gekomen die er anders niet zouden zijn²⁵. Het heeft niet geleid tot een daadwerkelijke omslag.

Gevolgen voor verzekerden

De gevolgen voor verzekerden zijn in dit scenario beperkt. Alleen waar nieuwe woonvormen beschikbaar komen, heeft de bewoner keuzevrijheid. Het is daarbij overigens zo dat de keuze voor regulier verblijf feitelijk vervalt als een instelling op grote schaal overgaat naar scheiden van wonen en zorg.

De financiële gevolgen voor verzekerden zijn hetzelfde als beschreven bij scenario 1.

Een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheden van individu en collectiviteit

Dit scenario draagt bij aan een betere verdeling van financiële lasten van individu en collectiviteit naarmate er meer alternatieven tot stand komen.

Stimuleren van innovaties op het snijvlak van wonen en zorg

Tijdelijke oplossing

Blijkbaar zijn extra middelen noodzakelijk om projecten van de grond te krijgen. Het probleem van subsidies en dergelijke maatregelen is dat het steeds tijdelijke maatregelen zijn. Voor de financiering van nieuwe woonvormen eisen financiers meer zekerheid dan dat. Het zijn ook in omvang beperkte middelen, waarbij vaak allerlei eisen worden gesteld om er gebruik van te kunnen maken.

Te voren bedacht

Die eisen leiden ertoe dat vaak alleen van tevoren bedachte innovaties subsidie krijgen, maar creatieve oplossingen buiten de boot vallen. Echte innovatie is dan moeilijk.

²⁵ Research voor Beleid, (2008) Scheiden van wonen en zorg, ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten.

Geen prikkels voor achterblijvers

Subsidies zijn meestal gericht op bestaande aanbieders. Voorlopers maken gebruik van de maatregelen, maar voor achterblijvers ontbreekt het aan dringende prikkels om te innoveren.

De meerwaarde voor innovatie ligt er vooral in dat het met subsidies en dergelijke mogelijk is te leren welke woonvormen voor welke doelgroepen meerwaarde hebben.

Doelmatigheid

De doelmatigheid van dit scenario hangt af van de mate waarin nieuwe woonvormen tot stand komen. Zonder aanvullende maatregelen is dat afhankelijk van de mate waarin subsidies en dergelijke beschikbaar zijn.

Uitvoerbaarheid

Op zich is dit scenario goed uitvoerbaar. Het leidt wel tot een grote mate van centrale sturing, en biedt geen structurele oplossing.

6.e.4. Scenario 4: Extra voorzieningen bekostigen

Gevolgen voor verzekerden

Keuzevrijheid

De werkelijke keuzevrijheid van verzekerden is ook in dit scenario afhankelijk van de mate waarin door her- en nieuwbouw nieuw (woon)aanbod wordt gecreëerd, en de mate waarin dat innoverend gebeurt. De prikkels om initiatieven te ontwikkelen is in dit scenario het hoogst, omdat de bekostiging van de zorggerelateerde infrastructuur is geregeld. En dat is het grootste struikelpunt op dit moment.

De financiële gevolgen voor verzekerden zijn hetzelfde als beschreven bij scenario 1.

Een betere verdeling van financiële verantwoordelijkheden van individu en collectiviteit

Ook dit scenario draagt bij aan een betere verdeling van financiële lasten van individu en collectiviteit naarmate er meer alternatieven tot stand komen. Omdat in dit scenario de beste prikkels bestaan om die alternatieven tot stand te brengen, voldoet het ook het best aan dit criterium. De verzekerde betaalt huur, de extra kosten vanwege de beperkingen (de eigenlijke zorg en de mini-NHC) komen ten laste van de collectiviteit.

Stimuleren van innovaties op het snijvlak van wonen en zorg

Innovatie

Innovaties op het gebied van zorg en wonen zijn in dit scenario het best mogelijk omdat is voorzien in de bekostiging van de extra bouwkundige voorzieningen. Woningcorporaties of zorgaanbieders kunnen initiatieven opzetten, maar ook is het mogelijk dat groepen burgers zelf vorm geven aan hun behoefte aan zorg en wonen.

Een groep ouders die eenzelfde zorgvisie hebben, kunnen bijvoorbeeld een passende woonvorm maken waar hun kinderen relatief zelfstandig kunnen wonen. Nu loopt dat vaak mis: banken eisen een structurele bekostiging, en die is er niet. In dit scenario is er naast de reguliere huur die met de Wajong wordt betaald, een structurele bekostiging voor bijvoorbeeld de gemeenschappelijke ruimte.

Dit scenario leidt ook tot een ontkoppeling van het huren en de afname van zorg. Weliswaar is er voor een doelmatige zorgverlening een bepaald minimum aan zorgvragers in een wooncomplex nodig, en zal de zorg daar bij één zorgaanbieder worden ingekocht. Maar als de zorgaanbieder onvoldoende presteert, is het mogelijk dat de zorgverzekeraar (in overleg met de bewoners) de zorgverlening aan een andere zorgaanbieder uitbesteedt. Dat is een belangrijke prikkel om zorg te leveren die aansluit bij de wensen van de bewoners van het complex.

Doelmatigheid

De zorgkosten zijn in alle scenario's gelijk, omdat er een bedrag per ZZP beschikbaar is. Er is wel een betere prikkel om daarvoor een zo goed mogelijke kwaliteit te leveren, omdat er geen vanzelfsprekende koppeling is tussen huur en zorgafname.

Naarmate nieuwe initiatieven ontstaan, is er een besparing op het BKZ. In hoofdstuk 7 gaat het CVZ daar dieper op in. Veel van de bewoners van AWBZ-instellingen hebben een Wajong-uitkering of een klein pensioen. Zij houden alleen zak- en kleedgeld over. De maatschappelijke kosten zullen voor deze groepen in geen enkel scenario dalen. Zij zijn volledig afhankelijk van de collectiviteit. Dat is echter anders bij de (groeierende) groep ouderen met een goed pensioen.

Uitvoerbaarheid

Geleidelijk proces is beheersbaar

De invoering vindt geleidelijk plaats. Dat komt de uitvoerbaarheid zeer ten goede. Instellingen kunnen hun verblijfs capaciteit tijdig aanpassen aan veranderende marktomstandigheden. Er treden geen schoksgewijze veranderingen op. De invoering van de NHC kan ongewijzigd doorgang vinden.

6.f. Voorkeursscenario

Scenario 4 scoort het best op de vijf eerste criteria. Scenario 2 heeft als voordeel dat het sneller uitvoerbaar is dan scenario 4. Maar op termijn is scenario 4 ook goed uitvoerbaar. Daarom verdient dat scenario de voorkeur.

Zoals eerder aangegeven, gaat het niet om scenario's die elkaar volledig uitsluiten. Combinaties zijn mogelijk.

Scenario 1 valt af Scenario 1 valt af vanwege de feitelijke onuitvoerbaarheid ervan. Het levert veel onvoorspelbare risico's op, gaat gepaard met veel extra administratieve lasten voor verzekerde en aanbieder, en heeft pas op lange termijn effect op de kwaliteit van wonen van verzekerden.

Een combinatie met scenario 3 is mogelijk Een combinatie van scenario 4 met scenario 3, stimuleringsmaatregelen, kan natuurlijk heel goed. Vooral waar nog weinig bekend is over de vraag welke woonvormen het best passen bij welke doelgroep, heeft stimulering en kennisvermeerdering meerwaarde.

Scenario 2 is in principe niet gewenst Bij een combinatie van scenario 4 en scenario 2 ligt het moeilijker. Hieronder legt het CVZ uit waarom een combinatie met scenario 2 in principe onnodig en ongewenst is, maar dat dit in ieder geval tijdelijk wel mogelijk moet zijn.

Waarom is scenario 2 eigenlijk ongewenst?

Het aanbieden van luxere appartementen waar ook zorg kan worden geboden, voorziet zeker in een behoefte. De vraag is niet óf dit mogelijk moet zijn, maar vooral de manier waarop dat gebeurt.

De aanbieder die binnen een instelling luxere appartementen realiseert, kan die op twee manieren aanbieden:

- De eerste is als regulier verblijf. De aanbieder ontvangt de volledige NHC van de zorgverzekeraar, en vraagt een extra bedrag aan de bewoner (scenario 2);
- De aanbieder onttrekt deze appartementen aan de verblijfs capaciteit, en verhuurt ze volgens de reguliere huurwetgeving. Voor de extra bouwkundige voorzieningen ontvangt hij de "mini-NHC" van de zorgverzekeraar. Voor de zorg ontvangt hij het bedrag van het ZZP van de verzekerde (scenario 4).

"Gewoon" verdient de voorkeur Het uitgangspunt van dit signalement is dat zorg en wonen zolang mogelijk "gewoon" moet blijven. Ook als een integraal zorgpakket nodig is, blijft het wonen zolang mogelijk "gewoon". De tweede manier verdient vanuit het uitgangspunt "zoveel mogelijk gewoon" uiteraard de voorkeur. Daarnaast speelt het risico dat er een ongelijk speelveld ontstaat tussen de zorgaanbieders die het wonen voor een groot deel ten laste van de collectiviteit bekostigen, en reguliere woningexploitanten.

Maar is sneller te realiseren dan scenario 4 Er is echter één aspect waarop scenario 2 beter scoort dan scenario 4: het is vrijwel direct uitvoerbaar. Wat ervoor nodig is, is het bepalen hoe hoog de extra bijbetaling mag zijn. En er moet worden geborgd dat ook verzekerden die niet kunnen of willen bijbetalen, kunnen verblijven.

Daarom voorlopig ook scenario 2 mogelijk

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft erop gewezen dat er nu al problemen ontstaan bij aanbieders die hun vastgoed willen vernieuwen. Daarnaast is het invoeringstraject van de NHC net gestart. Dit kan al grote gevolgen hebben voor de bedrijfsvoering van instellingen. Een combinatie met het verhuren van appartementen kan in bepaalde gevallen voor complicaties zorgen. Daarom is het in ieder geval totdat scenario 4 voldoende is uitgewerkt, nodig dat scenario 2 kan worden toegepast.

De NZa heeft aangegeven dit samen met het departement en andere ZBO's verder uit te willen werken.

6.f.1. Aanvullende maatregelen

6.f.2. Verdringingsmodel

Geleidelijke vernieuwing

Nieuwe woonvormen komen alleen van de grond als de oude niet in de behoefte voorzien. Dit leidt tot een (gewenste) geleidelijke verdringing van het bestaande aanbod door nieuwe initiatieven. Het oude systeem van instellingsverblijf wordt op die manier langzaam teruggebracht tot die situaties waarin alternatieven eigenlijk onmogelijk zijn of geen meerwaarde hebben.

Voor sommige cliëntgroepen heeft een eigen woonsituatie weinig of geen meerwaarde, of is dat nauwelijks te realiseren omdat de infrastructuur alleen bij gemeenschappelijk gebruik te bekostigen is. Maar dat hoeft geen reden te zijn die groepen op voorhand uit te sluiten. Als alternatieven (bijvoorbeeld doordat ouders een extra bijdrage in de woonkosten bieden) mogelijk zijn, moet de regelgeving dat niet blokkeren.

Grenzen vanzelf duidelijk

Er is nog onvoldoende bekend over welke woonvormen het best passen bij welke doelgroepen om te bepalen waar de grenzen liggen. Dat is ook niet erg. Naarmate meer initiatieven worden ontwikkeld, wordt dat steeds duidelijker. Het gaat hier om een geleidelijk proces dat vanzelf op zijn grenzen stuit.

Vooral in de chronische psychiatrie en gehandicaptenzorg is de vraag welke woonvormen voor welke groepen echt meerwaarde hebben, nog niet goed uitgekristalliseerd. Misschien is er veel meer mogelijk dan nu, misschien valt dat ook tegen. Of het kan zijn dat heel andere concepten worden ontwikkeld. Er moet nog veel gepioneerd worden, en het systeem moet daarbij niet in de weg staan.

Initiatief bij partijen

Het realiseren van (aangepaste) zorgwoningen vereist grote investeringen. Financiers, vastgoedexploitanten en zorgaanbieders eisen voldoende zekerheid dat de exploitatie op langere termijn sluitend is te krijgen. Dat vereist een passende en structurele bekostiging van de extra bouwkundige voorzieningen, maar financiers zullen ook

voldoende zekerheid willen hebben over de bezettingsgraad. Zorgverzekeraars kunnen daar in hun inkoopbeleid aan bijdragen. Hun belang daarbij is dat ze hun verzekerden meer keuzevrijheid bieden voor het wonen met zorg. De maatregelen die het CVZ voorstelt geven partijen de ruimte gezamenlijk innovaties te ontwikkelen.

Aanvullende maatregelen nodig?

Zoals bij de beoordeling van scenario 1 is beschreven, heeft het huren van een woning effecten op de besteedbare ruimte van verzekerden. De keuze om zelfstandig te gaan wonen, wordt negatief beïnvloed als de verzekerde er daardoor in besteedbare ruimte op achteruitgaat. Dat geldt vooral voor Wajong-ers. De vraag of, en welke aanvullende maatregelen nodig zijn, is een politieke keuze.

6.f.3. Onderlinge samenhang

Het CVZ beperkt zich in dit signalement tot een schets op hoofdlijnen. De maatregelen die het CVZ in dit signalement voorstelt, kunnen niet los van elkaar worden gezien. Het scherper begrenzen van de doelgroep voor het integrale pakket door ook de middelzware ZZP's te schrappen, is bijvoorbeeld alleen mogelijk met een versterkte eerstelijnszorg en Wmo. Bij de verdere uitwerking moet de onderlinge samenhang van de verschillende maatregelen worden bewaakt.

7. Financiële aspecten

Financiële taakstelling

In het regeerakkoord is een financiële taakstelling verbonden aan het "scheiden van wonen en zorg" van € 100 miljoen in 2015 en structureel €300 miljoen. In de jubibrief aan de Tweede Kamer geeft de staatssecretaris aan dat deze besparingen worden gerealiseerd door een pakket aan gefaseerde maatregelen. De invoering van de NHC leidt vanaf 2016 tot structurele besparingen. De besparing van 100 miljoen Euro in 2015 wordt taakstellend meegenomen in het traject van "scheiden wonen en zorg".

Indicatief

Het is daarom van belang een globale inschatting te maken tot welke kostenontwikkeling de voorstellen van dit rapport leiden.

7.a. Afbakenen doelgroep

Zoals in paragraaf 6a is beschreven, zijn er door de manier waarop de ZZP-systematiek is ontwikkeld ook ZZP's geformuleerd voor lichtere cliëntprofielen die niet per se zijn aangewezen op integrale zorg. Hun zorgvraag is goed te beantwoorden vanuit de reguliere domeinen.

De tendens om de lagere groepen zorgvragers extramuraal op te vangen is al gaande. De indicatiestelling voor bijvoorbeeld de ZZP's VV1 en 2, de lichtste ZZP's in de ouderenzorg, neemt al sterk af. Voor 2011 wordt het aantal afgegeven indicaties voor deze ZZP's geraamd op circa 19.000, een daling van circa 27% ten opzichte van 2010. Er zijn ongeveer 35.000 mensen met een dergelijke geldige indicatie op de peildatum 1 oktober 2011. De geschatte opbrengst voor deze groep is structureel ongeveer € 90²⁶ miljoen.

Op termijn een besparing van € 100 miljoen

De lichtste cliëntgroepen in de lichamelijk gehandicaptenzorg (ZZP LG1), verstandelijk gehandicaptenzorg (ZZP VG1) en de chronische psychiatrische zorg (ZZP GGZ 1C) zijn sociaal redelijk vaardig en hebben een geringe zorgvraag, die vooral uit begeleiding bestaat, en voor de LG-sector ook uit enige persoonlijke verzorging. Het schrappen van deze ZZP's brengt op termijn naar verwachting € 10 miljoen op. Voor alle sectoren samen dus € 100 miljoen. Zorginhoudelijk is de winst dat onnodige hospitalisering wordt voorkomen.

Met nog meer mogelijkheden

Het is niet uitgesloten dat ook de verzekerden die passen in de ZZP's VV3, LG 2, VG2 en GGZ 2C, en misschien ook nog andere groepen, voldoende sociale redzaamheid hebben om in een eigen woonsituatie te verblijven. De eisen aan de eerstelijnszorg en de gemeentelijke ondersteuning zijn wel hoger dan in de aller-lichtste cliëntgroepen, en wellicht zijn

²⁶ Zie Bijlage 2: Budgetimpactanalyse.

ook specifieke bouwkundige aanpassingen nodig. Resultaatsfinanciering, met innovatieve zorgvormen kan de mogelijkheden verder vergroten. Er liggen hier grote potentiële besparingen voor het BKZ.

Eerste jaar € 50 miljoen

Het gaat hier om een geleidelijke besparing, omdat de zittende populatie niet zomaar elders is te plaatsen en vanwege de gefaseerde invoer van de NHC tot 2018. Bij een volledig ingevoerde NHC zijn gezien de mutatiegraad in de V&V sector, de besparingen daar in enkele jaren te realiseren. In het eerste jaar is dat € 50 miljoen. Bij versterking van de eerstelijnszorg (casemanagement, overheveling verpleging en verzorging naar de Zvw), en de maatschappelijke ondersteuning, is meer mogelijk (schrappen van meer ZZP's).

7.b. Ontwikkelen van alternatieven

In het scenario dat het CVZ voorstaat, wordt het bestaande instellingsverblijf gaandeweg verdrongen door alternatieve woonvormen. De snelheid waarmee die alternatieven tot stand komen hangt voor een belangrijk deel af van de mogelijkheden die te financieren. De exploitant van zo'n alternatief moet de financiers voldoende zekerheid kunnen bieden over een (langdurig) solide exploitatie. Een structurele mogelijkheid om de zorginfrastructuur te bekostigen via de daaraan gekoppelde NHC-component is daarvoor een middel, maar ook meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en woningexploitant kunnen een belangrijke bijdrage leveren.

Besparing afhankelijk van realisatie alternatieven

De omvang van besparingen die hiermee zijn te behalen zijn moeilijk te schatten. De ontwikkeling van alternatieven voor 1% van de populatie betekent ongeveer een besparing van € 4,6 miljoen voor het BKZ²⁷. Bij een realisatie van alternatieven voor 20% van de populatie is dat ongeveer € 100 miljoen. Hierbij moet het volgende worden opgemerkt: de Staatssecretaris heeft aangegeven dat zij de gevolgen voor de huurtoeslag in kaart zal brengen, en met het ministerie van BZK overeenstemming zal bereiken over de compensatie daarvan uit het BKZ²⁸. De omvang van die compensatie is nog niet duidelijk, maar heeft uiteraard gevolgen voor de te realiseren besparing.

7.c. Eigen bijdragen en besteedbare ruimte

Twee motieven: medefinanciering en besparing

Bewoners van AWBZ-instellingen betalen een eigen inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Die bijdrage is gebaseerd op twee motieven. De eerste is het medefinancieringsmotief: van verzekerden wordt gevraagd zelf bij te dragen in de kosten van hun zorg. Het tweede motief is het besparingsmotief. Bewoners van instellingen krijgen

²⁷ Zie Bijlage 2: Budgetimpactanalyse

²⁸ ²⁸ Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 1 juni 2011, kenmerk DLZ/KZ-U-3067294

onderdak en voeding van de instelling. Ze besparen daarom kosten, die via de hoge eigen bijdrage worden afgeroomd.

Veel bewoners van AWBZ-instellingen houden na betaling van de eigen bijdrage alleen het zak- en kleedgeld van ongeveer €300 per maand over²⁹. Het gaat dan om langdurig gehandicapten die nooit verdien capaciteit hebben gehad (Wajong-ers), of ouderen met een klein pensioen.

Bij afname van het integrale zorgpakket in een eigen woonomgeving gaan 65-plussers er op vooruit, vooral echtparen. De 65-minners gaan er in het algemeen op achteruit.

Levensloopverantwoordelijkheid als motief

Voor mensen die tijdens hun leven wel verdien capaciteit hebben gehad, en een goed pensioen of eigen vermogen hebben opgebouwd, zijn er rechtvaardigingsgronden om naast het medefinancieringsmotief en het besparingsmotief ook levensloopverantwoordelijkheid als motief te laten gelden. Het is te verdedigen om van ouderen met beperkingen een bijdrage voor hun (voorspelbare) zorgkosten te vragen die past bij hun inkomenspositie.

Het kabinet heeft het voornemen de maximale eigen bijdrage voor mensen met een eigen vermogen verhogen door 4% van het box 3 vermogen bij het inkomen te tellen. Het maximum van de eigen bijdrage blijft echter gelijk. Een hoger inkomen op zich leidt niet tot een hogere eigen bijdrage. Of dit wenselijk is, is een politieke keuze.

²⁹ Dit is het bedrag dat in 2011 per maand gold voor een alleenstaande. Voor gehuwden was dat €455,06 per maand. Voor ouderen en Wajongers geldt een toeslag van enkele tientjes per maand.

8. Bestuurlijke reacties stakeholders

Het CVZ heeft in de eerste conceptfase van dit signalement ambtelijk overlegd met de stakeholders. Het uiteindelijke concept is vervolgens voor bestuurlijke consultatie aan de stakeholders voorgelegd.

Het gaat om de volgende partijen:

- Actiz;
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN);
- GGZ Nederland;
- Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN);
- Federatie Opvang (FO);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Aedes, vereniging van woningcorporaties;
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Verenso (Vereniging specialisten ouderenzorg);
- Verpleging en verzorging Nederland (V&VN);
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF);
- CG-Raad;
- Coördinatieorgaan Samenwerkende ouderenbonden (CSO);
- Platform GGZ;
- Per Saldo.
- Platform Verstandelijk Gehandicaptten;
- Landelijk Overleg Cliëntenraden (LOC)
- Woonbond.

Behalve van BTN en V&VN zijn van alle stakeholders reacties ontvangen. De belangrijkste lijnen uit de reacties zijn de volgende;

De analyse en denkrichting van het signalement worden breed onderschreven. Dat geldt ook voor de keuze voor scenario 4. Een aantal stakeholders wijst op het feit dat het gaat om een systeemwijziging in grote lijnen, die op een aantal punten nog verder moet worden uitgewerkt. Dat is een terechte constatering. Het CVZ wil met dit signalement een systeemadvies op hoofdlijnen geven. Verdere uitwerking ervan is pas zinvol als de staatssecretaris zich heeft uitgelaten over de wenselijkheid van deze ontwikkelingsrichting. Bij die uitwerking zijn ook andere partijen betrokken dan het CVZ. Naast het departement bijvoorbeeld de NZa en het CIZ. Dit is in de tekst verduidelijkt. Ook de constatering van verschillende stakeholders dat in de uitwerking de onderlinge samenhang van verschillende elementen moet worden gewaarborgd is terecht. Dat is in de tekst nog verduidelijkt. Sommige stakeholders vragen zich af in hoeverre gemeenten de Wmo voldoende krachtadig gaan uitvoeren om zorg thuis beter mogelijk te maken. Het CVZ constateert dat de voorgenomen verbreding van de Wmo vastgesteld beleid is. Er

is daarbij geen reden om op voorhand aan te nemen dat gemeenten hun taak niet serieus op zouden pakken. Daarbij is het te verwachten dat jurisprudentie de compensatieplicht van gemeenten scherper zal maken, zoals ook bij de Wet voorzieningen gehandicapten het geval was. Hieronder gaat het CVZ dieper in op de reacties van de individuele stakeholders.

Actiz

Actiz kan zich vinden in de analyse en denkrichting. De herformulering van de aanspraak is een verbetering omdat de aanspraak op integrale zorg nu alleen met verblijf mogelijk is, en het volledig pakket thuis alleen kan worden geleverd door een instelling die is toegelaten voor verblijf.

Actiz vindt dat de beoordeling waar de zorg geleverd wordt, objectief moet zijn, en niet kan worden overgelaten aan de zorgverzekeraar. Het CVZ is het daar niet mee eens. Het past in een verzekeringsstelsel dat de verzekeraar zijn zorgplicht nakomt. Als de verzekeraar dat niet of onvoldoende doet, kan de verzekerde nakoming afdwingen.

Actiz stelt terecht dat de operationalisering van de doelgroep nog verder moet worden uitgewerkt. Dat is in de tekst verhelderd.

Actiz sluit zich aan bij de analyse van de vier scenario's en de keuze voor scenario vier. De analyse van de micro-effecten vindt Actiz discutabel, omdat deze niet op het niveau van groepen is te maken. Het gaat inderdaad vooral om een schets van veelvoorkomende situaties, niet om een uitputtende weergave van de veranderingen. Die nuance is in de tekst aangebracht.

Actiz sluit zich aan bij de constatering dat bij het scheiden van wonen en zorg in bestaande instellingen de kosten niet opwegen tegen de baten. Dat mag scherper zijn verwoord, evenals de constatering dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden om voor de zwaarste groepen zorg en wonen afzonderlijk aan te bieden. De tekst is daarop aangepast.

Actiz pleit voor een scherpere afbakening tussen de scenario's. Ze zijn niet onderscheidend. Dat is een terechte constatering. Het gaat niet zozeer om elkaar uitsluitende scenario's maar om benaderingswijzen waarbij ook combinaties mogelijk zijn. Bijvoorbeeld de combinatie van de scenario's drie en vier, zoals Actiz aangeeft. Dat is verduidelijkt.

GGZ Nederland

GGZ Nederland kan zich vinden in de geschetste ontwikkelingen en denkrichting. GGZ-Nederland heeft de indruk dat de redenering vooral vanuit het perspectief van ouderenzorg en gehandicaptenzorg is geschreven, en vraagt aandacht voor de specifieke aspecten van de GGZ.

GGZ Nederland kan zich ook vinden in het schrappen van de lichtere ZZP's, maar de operationalisering van de doelgroep verdient de nodige aandacht. Een versterking van de eerstelijnszorg en de Wmo is daarbij van belang. De voorgestelde geleidelijke invoering met een verdringingsmodel

wordt gesteund. De keuze voor scenario 4, waarbij scheiden van wonen en zorg niet binnen de instelling plaatsvindt, mag nog scherper worden neergezet. De genoemde belemmeringen zijn helder beschreven, maar moeten nog verder worden uitgewerkt, waarbij ook moet worden gekeken naar de gevolgen voor de exploitatie en zorg.

Het CVZ onderschrijft dat met name de zogenaamde B-groep in de GGZ een aparte positie inneemt. Het gaat daarbij om verzekerden die vanwege hun psychiatrische behandeling een specifieke behandelomgeving nodig hebben. Het gaat hier om verzekerden die niet op grond van artikel 9 Bza (verblijf) verblijven, maar op grond van artikel 13 Bza (voortgezet verblijf). In het rapport is verduidelijkt dat het niet over deze groep gaat. De opmerking dat het een en ander nog verder moet worden uitgewerkt is terecht. Dit signalement is vooral richtinggevend. Ook dat is verduidelijkt.

VGN

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft het signalement naast haar eigen visie op scheiden van wonen en zorg gelegd. De denkwijze van het CVZ sluit aan bij de visie van de VGN, evenals de gedachte van het integrale pakket als aanspraak. De VGN is content met de stelling dat huren binnen de instelling ongewenst is.

De VGN stelt terecht dat de criteria wanneer er aanspraak is op het integrale pakket verder moeten worden geoperationaliseerd. Verder stelt de VGN de vraag of gemeenten voldoende prikkels hebben om nieuwe initiatieven van de grond te krijgen. Ook vraagt de VGN aandacht voor de gevolgen voor bestaand vastgoed. Het CVZ ziet een geleidelijke verdringing van bestaande bouw naar nieuwe woonvormen, zodat instellingen de kans hebben mee te bewegen met de markt. Dat een goede monitoring van de daadwerkelijke ontwikkelingen nodig is, onderschrijft het CVZ.

Federatie Opvang

De Federatie Opvang (FO) onderschrijft het signalement. Het sluit aan bij het beleid dat de FO nastreeft. De FO benadrukt de meerwaarde van een geleidelijke invoering, waarbij veel nodeloze administratie wordt voorkomen. De FO benadrukt verder de noodzaak van de versterking van de eerstelijnszorg, en de noodzaak dat verschuivingen van de AWBZ naar de Wmo en Zvw gepaard gaan met overheveling van middelen. Ook vraagt de FO aandacht voor de inkomenspositie van haar cliënten. De reactie heeft niet geleid tot aanpassing van het signalement.

Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland is blij met de stappen die worden gezet. De nadruk op het karakter van een *zorgverzekering*, waarbij verblijf optioneel is, is terecht. Het is de rol van de verzekeraar om de zorg in de eigen woning te leveren, of als dat niet doelmatig of verantwoord mogelijk is, in een instelling. De wooncomponent hoort alleen tot de verzekering als "zelfstandig" wonen niet zinvol is.

De operationalisering van de grens tussen het integrale zorgpakket en extramurale zorg moet verder worden geoperationaliseerd. Dat is in het signalement verduidelijkt. ZN stelt dat de integrale zorg niet uitsluitend door de bestaande extramurale aanbieders kan worden geleverd. Het CVZ onderschrijft dat. De aanbieders die nu intramurale zorg leveren zijn minstens zo geschikt om het integrale zorgpakket in zelfstandige woonvormen te leveren.

ZN noemt als aandachtspunt de vraag hoe om te gaan met verzekerden die hun huur niet betalen. Uitzetting van zorgbehoevenden zal gevoelig liggen. Enkele verzekeraars vinden dat de optie om de bekostiging van regulier verblijf te combineren met extra betalingen mogelijk moet zijn. Het CVZ vindt zeker dat het mogelijk moet zijn om in een instelling naast de reguliere appartementen ook extra luxe appartementen te realiseren als daar vraag naar is. In het rapport is verduidelijkt waarom het CVZ vindt dat regulier huren de voorkeur verdient. Naar aanleiding van de reactie van ZN en de NZa, vindt het CVZ dat een combinatie van AWBZ-bekostiging met eigen betaling als overgangssituatie mogelijk moet zijn om de voortgang in de praktijk niet te belemmeren tijdens de verdere uitwerking van de voorstellen in dit rapport. ZN onderschrijft de noodzaak van versterking van de eerstelijnszorg, en casemanagement. De verschillende ontwikkelingen moeten in samenhang worden gezien, en leiden tot een routekaart. Dat is terecht, maar sluit niet uit dat op eenvoudigere punten al snel voortgang is te boeken.

Aedes

Aedes herkent zich in de analyse van het signalement. In de regelgeving zijn er veel belemmeringen, zodat de bekostiging van bouwkundige extra voorzieningen in de knel komt. Het is een goede denkrichting de oplossing te zoeken in een mini-NHC. In de uitwerking moet worden geborgd dat deze mini-NHC boven de reguliere huur op grond van het woningwaarderingssysteem komt, en er geen verschuiving richting woonsector optreedt. In de tekst is dat nog scherper neergezet. De uitwerking hiervan op zich komt in een latere fase aan de orde, en betreft vooral het deskundigheidsterrein van de NZa.

CIZ

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft aan dat het signalement op enkele cruciale punten nog niet is uitgewerkt, en dat het te vroeg is om concrete stappen te ondernemen. Dat is terecht, en is in de tekst nog verder verduidelijkt. Het gaat het CVZ er in dit stadium om, een oplossingsrichting te presenteren op hoofdlijnen. Het heeft pas zin de verschillende elementen van deze denkrichting uit te werken als de staatssecretaris zich heeft uitgelaten over de wenselijkheid ervan. Het gaat om elementen als de criteria wanneer een verzekerde aanspraak heeft op het integrale pakket, de hoogte van de "mini-NH's" en de manier waarop de eerstelijnszorg kan worden versterkt. Dat zijn overigens onderwerpen die niet

door in eerste instantie door het CVZ kunnen worden uitgewerkt. Het departement, de NZa, CIZ en andere partijen zullen hierbij een rol moeten spelen.

Het CIZ stelt dat er meerdere wegingsmomenten zijn: de aanspraak op het integrale pakket en de toewijzing van de zorg in een zelfstandige woning of in een instelling. Dat is niet anders dan nu het geval is. Ook nu beoordeelt het CIZ de aanspraak, en wijst de zorgverzekeraar de zorg toe. De zorgverzekeraar krijgt in het voorgestelde model de mogelijkheid de zorg ook in een eigen woonsituatie toe te wijzen.

Het CIZ is beducht voor meer bureaucratie omdat gemeenten en zorgverzekeraars beiden zullen toetsen op doelmatigheid en verantwoorde zorg. Die vrees is onterecht, mits de scheiding tussen AWBZ en Wmo voldoende scherp is. Juist in de huidige situatie is dat niet het geval, waardoor mensen die met een verblijfsindicatie thuis willen blijven wonen, tussen de wal en het schip terecht komen doordat artikel 2 Mmo bepaalt dat gemeenten geen zorg maatschappelijke ondersteuning hoeven te bieden als de verzekerde op grond van een indicatie de zorg ten laste van de AWBZ kan krijgen. Daarom is het nodig de doelgroepen van beide domeinen af te bakenen, waarvoor het CVZ in paragraaf 5a voorstellen doet.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit geeft aan dat de suggestie van een mini-NHC aansluit bij het NZa-memo Overgangsmoedel integrale tarieven van februari 2011³⁰. De NZa vraagt zich daarbij af of niet ook de hotelmatige en woongerelateerde materiële en personele kosten binnen het ZZP moeten worden onderscheiden. Het CVZ acht de vaststelling van de hoogte van de mini-NHC en de vraag welke kosten daarin worden verdisconteerd het deskundigheidsterrein van de NZa.

De NZa vindt het voor de hand liggen dat de mini-NHC wordt bekostigd aan de zorgaanbieder. Dat vindt het CVZ niet. Een van de kerngedachten achter dit signalement is immers dat zorg en wonen twee afzonderlijke aspecten. Het ligt daarom eerder voor de hand de extra middelen voor de huisvesting aan de woningexploitant te betalen. Dat is niet per se de zorgaanbieder.

De NZa vindt dat een nadere analyse moet worden gemaakt of zorgverzekeraars de juiste prikkels heeft bij het toewijzen van de zorg thuis of in een instelling. De manier waarop zorgverzekeraars de toewijzing zouden moeten uitvoeren moet inderdaad nog verder worden uitgewerkt. Voorop staat het feit dat de indicatie de *zorg* betreft, niet de vraag waar die geleverd moet worden.

De NZa vindt dat de combinatie van reguliere AWBZ-bekostiging met eigen betalingen voor extra m² mogelijk moet zijn omdat de zorgaanbieder dan kan inspelen op veranderingen in de markt. Navraag bij de NZa over de

³⁰ http://www.nza.nl/95826/145392/NZa_Memo_Overgangsmodel_integrale_tarieven.pdf

argumentatie daarvoor leert dat de NZa het voorstel van het CVZ onderschrijft, maar zich realiseert dat de uitwerking ervan enige tijd zal vergen. De NZa ziet zich nu al geconfronteerd met zorgaanbieders die hun vastgoed willen aanpassen aan de veranderende vraag. De combinatie van bekostiging vanuit de AWBZ met een eigen betaling voorziet in een overgang naar de nieuwe situatie. Het CVZ volgt de NZa in die redenering. Als een combinatie van AWBZ-bekostiging met eigen betaling nodig is, moet dat in ieder geval als tijdelijke oplossing kunnen. De NZa zal dit samen met het CVZ verder uitwerken.

Verenso

Verenso onderschrijft de analyse en conclusies van het CVZ, maar stelt dat een versterking van de eerstelijnszorg ook is gebaat met de beschikbaarheid van behandelexpertise uit de AWBZ. Verenso is er voorstander van om de behandeling vanuit de AWBZ over te hevelen naar de Zvw. De suggestie dat een versterkte eerstelijnszorg ook de specifieke expertise van AWBZ-behandelaars vereist, neemt het CVZ over. De manier waarop dat het best geregeld kan worden, moet echter nog verder worden gezien. Het CVZ bereidt op dit moment een uitvoeringstoets voor waarin de verschillende opties worden uitgewerkt.

Cliëntorganisaties

De NPCF, Landelijk Platform GGZ, Platform VG, Per Saldo, CSO en Regie-Raad (samen PGO-organisaties) reageren in een gezamenlijke brief. Zij gaan eerst in op een aantal uitgangspunten, reageren vervolgens op hoofdpunten en gaan daarna in op specifieke punten.

Eigen regie en zelfredzaamheid, maatwerk in de relatie tussen hulpverlener en zorgvrager en zorg thuis zijn gebaat bij een persoonsvolgende bekostiging, indicatiestelling over de domeinen heen, en ondersteuning van doelgroepen bij de organisatie van de zorg.

Scheiden van wonen en zorg past daarin. De cliëntorganisaties vinden het cliëntperspectief in het signalement echter nog onvoldoende tot zijn recht komen. Een eerste punt daarbij is het belang van een individuele gerichte indicatiestelling, waarbij het functioneren van de verzekerde in zijn omgeving centraal staat. Het CVZ onderschrijft dat, maar dit gaat de reikwijdte van dit signalement te buiten.

De keuzemogelijkheid van verzekerden voor alternatieve woonvormen is afhankelijk van nieuwe initiatieven. De PGO-organisaties maken zich daarover grote zorgen, en zouden een kwantitatieve uitwerking willen van de effecten op een reeks uitkomstmaten van de verschillende scenario's. De zorgen zijn, gezien de resultaten op dit dossier tot nu toe, begrijpelijk. Met de beschikbaarheid van een mini-NHC is echter veel meer mogelijk dan tot op heden. Een kwantitatieve uitwerking op de door de PGO-organisaties genoemde punten lijkt onhaalbaar. Daarvoor zijn er teveel onvoorspelbare variabelen in het spel. De kern van het systeemadvies van het CVZ is een verdringing van oude voorzieningen naar nieuwe

vormen mogelijk te maken. Dat is geen centraal planbaar traject.

De PGO-organisaties willen de cliëntpreferenties bepalend laten zijn voor de vormgeving van nieuwe initiatieven.

Particuliere initiatiefnemers doen er inderdaad goed aan om bij die preferenties aan te sluiten. Maar een centrale planning is daarbij ongewenst.

De PGO-organisaties vragen ook aandacht voor de positie van mantelzorgers. In de ZZP-systematiek is in principe voorzien in alle benodigde zorg. Toch kan het een keuze zijn van de cliënt en zijn mantelzorgers om een minder efficiënte zorg-wonen combinatie te verkiezen. Het CVZ wil die keuze niet uitsluiten. Bij de indicatiestelling worden de (on)mogelijkheden van het informele zorgsysteem overigens altijd meegenomen.

De PGO-organisaties kunnen zich vinden in een geleidelijke ontwikkeling (verdringingsmodel) zodat de gevolgen voor de verschillende doelgroepen goed gevolgd kunnen worden.

De PGO-organisaties vinden de overheveling van verpleging en persoonlijke verzorging op dit moment ongewenst, omdat dat ten koste zou gaan van de samenhang. Het CVZ is het daar niet mee eens. Een geïntegreerde, sterke eerstelijnszorg vereist een benadering waarin huisarts, wijkverpleegkundige en andere eerstelijns hulpverleners vanuit één regie kunnen opereren, en waarbij taakherschikking op een organische manier mogelijk is.

De PGO-organisaties plaatsen kanttekeningen bij de rol van zorgverzekeraars. Allereerst omdat de indicatiestelling anders zou lopen. Dat idee is onterecht. De vraag of een verzekerde is aangewezen op AWBZ *zorg*, wordt door het CIZ bepaald, niet door de verzekeraar. Als er geen ZZP wordt geïndiceerd, is er aanspraak op (geïntegreerde) eerstelijnszorg.

De PGO-organisaties stellen dat het schrappen van de lichtste ZZP's ertoe leidt dat deze groepen "worden overgelaten aan de willekeur van gemeenten". De verdere vormgeving van de Wmo is een gegeven, er is geen reden om op voorhand aan te nemen dat gemeenten die taken niet serieus zouden nemen. Het CVZ gaat ervan uit dat in de verdere implementatie van de Wmo voldoende wordt gewaarborgd dat gemeenten voldoen aan hun compensatieplicht. Daarbij is het ook zo dat via jurisprudentie een scherpere afbakening van de gemeentelijke compensatieplicht zal plaatsvinden. Juist voor de lichtste ZZP's is een duidelijke afbakening tussen AWBZ en Wmo noodzakelijk. Veel verzekerden die een indicatie voor een licht ZZP krijgen, gaan niet in een instelling wonen, maar blijven gewoon thuis wonen. Het gaat om verzekerden die zijn aangewezen op een beperkt aantal uren begeleiding (3 tot 7 uur per week). Die functie gaat per 1 januari 2013 naar de gemeenten. Vanuit de AWBZ is die zorg extramuraal niet meer beschikbaar, maar de gemeente heeft op grond van artikel 2 Wmo ook geen zorgplicht. Zonder verdere maatregelen kunnen deze verzekerden tussen de wal en het schip terecht komen. Dit is in de tekst verduidelijkt.

Op de overige punten reageert het CVZ in bijlage 6.

LOC

Het Landelijk Overleg Cliëntenraden (LOC) onderschrijft de visie dat wonen onderdeel uitmaakt van het gewone leven. Ook de weg van geleidelijkheid wordt onderschreven, waarbij wel het gevaar wordt gezien dat het te lang kan gaan duren. Het is ook een kwestie van cultuur. Dat is waar. Dat is een van de redenen waarom het CVZ niet kiest voor de combinatie van AWBZ-verblijf met extra betalingen voor extra woongenot. Het LOC zou een scherper standpunt van het CVZ willen over de inkomenseffecten. Het CVZ is niet in de positie om over inkomenspolitieke zaken een standpunt in te nemen. Het LOC zou meer aandacht willen voor een aantal negatieve effecten van het huidige systeem, zoals het niet vrijhouden van kamers bij ziekenhuisopname. Die problemen bestaan niet bij huur. In de beoordeling van de scenario's is dit verwerkt. Tenslotte zou het LOC meer aandacht voor de zeggenschap van verzekerden willen. Dat is een belangrijk aspect in de langdurige zorg, maar is niet specifiek voor het onderwerp van dit signalement.

Woonbond

De woonbond vindt het gewenst dat de huur wordt vastgesteld op grond van het woningwaarderingssysteem, en dat extra bouwkundige voorzieningen kunnen worden betaald uit een mini-NHC. Zo kunnen de huren betaalbaar blijven, ook voor mensen met beperkingen. De Woonbond onderschrijft het advies van het CVZ.

9. Conclusie

Beheerste ontwikkeling

Het CVZ presenteert met dit signalement een systeemwijziging op hoofdlijnen om de ontwikkeling te stimuleren van alternatieve woonvormen voor mensen met beperkingen. Verschillende elementen moeten in een volgende fase verder worden uitgewerkt. Dat is pas zinvol als de staatssecretaris zich over de wenselijkheid hiervan heeft uitgesproken.

Wijziging aanspraak

Het CVZ adviseert een aanpassing van het Bza in die zin dat de aanspraak voor het zwaarst te verzekeren risico is beperkt tot de feitelijke zorg. Die zorg bestaat uit een integraal zorgpakket waaronder zorg wordt verstaan die langdurig, en 7 maal 24 uur per dag nodig is en zo intensief en/of complex is, dat die onder één regie en verantwoordelijkheid moet worden aangeboden. Reguliere zorg vanuit Wmo, Zvw en extramurale AWBZ is voor die groepen niet verantwoord of niet doelmatig te bieden. Ook zijn permanent toezicht en bescherming aparte (zorg)aanspraken. Voor de zorgaanspraken, een integraal zorgpakket, permanent toezicht en bescherming, is een indicatiebesluit nodig. Voor het verblijf niet. Een verzekerde die aanspraak heeft op samenhangende zorg, permanent toezicht of bescherming heeft van rechtswege aanspraak op verblijf als de zorg niet in een eigen woonsituatie is te leveren.

Voor de zorg een indicatie, niet voor het wonen

Afbakenen doelgroep

Omdat de ZZP's zijn ontwikkeld op grond van de feitelijke populatie in zorginstellingen in 2004, zijn niet alle cliëntgroepen aangewezen op het integrale zorgpakket. Waar reguliere zorg (Zvw, Wmo en AWBZ) al dan niet met casemanagement volstaat, moet geen ZZP worden geïndiceerd. Die cliëntprofielen moeten worden geschrapt. Niet alleen omdat het integrale pakket voor hen niet nodig is, maar ook omdat gemeenten op grond van artikel 2 Wmo geen zorgplicht hebben als de verzekerde een verblijfsindicatie heeft. Het gaat hier juist om de groepen die met een verblijfsindicatie vaak gewoon thuis wonen. Zij dreigen tussen de wal en het schip te geraken als de begeleiding naar de gemeente gaat: de AWBZ kent geen extramurale AWBZ meer, en de gemeente heeft geen zorgplicht. In overgangsrecht moet worden geborgd dat de verzekerden die al verblijven dezelfde zorg blijven houden.

Investeren in eerste lijn en Wmo

De operationalisering van de doelgroep moet verder worden uitgewerkt. Op voorhand is duidelijk dat die dynamisch is. De noodzaak voor een integraal zorgpakket neemt af naarmate de eerstelijnszorg en de Wmo sterker zijn. Daarom is het belangrijk dat casemanagement en de geïntegreerde eerstelijnszorg beter vorm krijgen. Extramurale verpleging en verzorging moeten daar deel van uitmaken, en de inzet van specifieke behandelexpertise van AWBZ-behandelaars moet ook in de eerstelijnszorg mogelijk zijn. Ook versterking van de

Wmo helpt om reguliere zorg langer mogelijk te maken.

De aanspraak op een integraal zorgpakket omvat alle zorg, waaronder maaltijdvoorziening en schoonmaak. Om (waar dat aan de orde is) meer keuzemogelijkheden te bieden aan verzekerden, kan voor deze zaken een restitutieregeling worden getroffen, waarbij de aanbieder geen maaltijden en/of levert, maar een geldbedrag overmaakt waarmee de verzekerde zelf zijn maaltijden en/of schoonmaak regelt. De aanvullende zorg die nu in artikel 15 Bza is geregeld, maakt onderdeel uit van de integrale zorgpakketten. Artikel 15 Bza geldt niet bij permanent toezicht en bescherming.

***Bekostigen
zorggerelateerde
bouwkundige
voorzieningen***

Wellicht het belangrijkste element in dit signalement is het volgende: Het grootste probleem om alternatieve woonvormen voor mensen met beperkingen te realiseren is het ontbreken van een bekostiging voor extra bouwkundige voorzieningen als brede gangen, grotere badkamer en gemeenschappelijke ruimten. De huurwetgeving voorziet daar niet in. Het CVZ stelt voor om dat deel van de NHC dat verbonden is met de extra bouwkundige voorzieningen beschikbaar te stellen voor de exploitatie van zorgwoningen, zodat ondanks de woningaanpassingen (zorginfrastructuur) haalbare huurprijzen mogelijk zijn (een mini-NHC).

***Initiatief bij
partijen***

Het is aan de betrokken partijen (zoals zorgaanbieders, woningbouwcorporaties en zorgverzekeraars) om de zorg in aantrekkelijke woningen te bieden. Die partijen hebben daar ook belang bij. Verzekeraars kunnen hun verzekerden aan zich binden door zorg in te kopen bij een aanbieder die de zorg in aantrekkelijke woonsituaties kunnen bieden. Aanbieders binden daarmee hun cliënten aan zich. Woningcorporaties kunnen passende woningen realiseren tegen reguliere huurprijzen (met aanvullend een deel van de NHC).

***Concurrentie op
wooncomfort op
woningmarkt***

Vooraf in de ouderenzorg is er vraag naar luxere appartementen waar zorg geleverd kan worden. Aanbieders willen in die vraag voorzien door in de instelling luxere appartementen te realiseren. Dat kan door die appartementen uit de verblijfs capaciteit te onttrekken en aan te merken als zelfstandige woning. Die kan regulier worden verhuurd, en de zorg kan als volledig pakket thuis (integraal zorgpakket) worden geleverd. Dat sluit aan bij het uitgangspunt dat wonen zolang mogelijk "gewoon" moet zijn. In principe is een combinatie van AWBZ-verblijf met eigen bijbetaling niet nodig en ook niet gewenst. Om instellingen die op dit moment hun vastgoed willen aanpassen aan de veranderende markt, moeten de gelegenheid hebben dat te doen. Daarom moet de combinatie van AWBZ-bekostiging met een eigen betaling voorlopig mogelijk zijn. De NZa werkt dat verder uit. Een combinatie van de mini-NHC met stimuleringsmaatregelen kan wel meerwaarde hebben om innovatieve woonvormen te

ontwikkelen.

<i>Verdringingsmodel</i>	Nieuwe wooninitiatieven zullen bestaande instellingen tot op zekere hoogte verdringen. Het is te verwachten dat dit een geleidelijk proces is, waardoor dat geen problemen hoeft op te leveren. Gezien de grote omvang van het maatschappelijk kapitaal dat ermee is gemoeid, is het nodig de ontwikkelingen goed te monitoren.
<i>Effecten op besteedbare ruimte</i>	De effecten op de vrij besteedbare ruimte van verzekerden is voor de verschillende doelgroepen binnen de AWBZ ongelijk. Of dat gewenst is, is een politieke keuze. In algemene zin gaan 65-plussers, vooral de opgenomen echtparen, gaan er flink op vooruit, 65-minners leveren in het algemeen in. Het gaat eerder om een nivellering van de verschillen die er intramuraal zijn (bij verblijf hebben 65-minners juist meer besteedbare ruimte dan 65-plussers). Het feit dat 65-minners er op achteruitgaan is een negatieve prikkel om zelfstandig te gaan wonen. Zonder aanvullende maatregelen zullen alternatieve woonvormen voor die groepen minder goed tot stand komen.
<i>Totale besparing 122 miljoen</i>	Het CVZ heeft ook de financiële gevolgen van zijn voorstellen geschat. Het schrappen van de lichtste ZZP's levert het eerste jaar € 60 miljoen in de sector V&V op, na enkele jaren € 90 miljoen. In de nadere sectoren samen is dat het eerste jaar €4,5 miljoen en op langere termijn € 10 miljoen. Op termijn totaal €100 miljoen. Als alternatieve, private woonvormen tot stand komen, levert het € 4,6 miljoen op per procent dat daar gaat wonen. Bij een realisatie van 20% alternatieve huisvesting is dat dus bijna € 100 miljoen, bij 40% €200 miljoen. Hierbij moet worden aangetekend dat de staatssecretaris met het
<i>Min compensatie voor huurtoeslag</i>	ministerie van BZK zal overleggen over compensatie voor de huurtoeslag. Die compensatie komt in mindering op de besparing.
<i>Eigen bijdrage</i>	Omdat ouderen verdien capaciteit hebben gehad en wellicht vermogen hebben opgebouwd, is het een optie om van hen een hogere eigen bijdrage te vragen op grond van levensloopverantwoordelijkheid. De risico's die zij lopen zijn voorzienbaar. Of dit wenselijk is of niet, is een politieke keuze.

10. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft het signalement in zijn vergadering van 16 maart 2012 besproken. De ACP kon zich in het signalement vinden. Aandacht werd gevraagd voor de implementatie na het verschijnen van het rapport. Dit vereist onder andere goede voorlichting aan zorgaanbieders en betrokkenheid van stakeholders. Gevraagd werd of de beoordeling van de scenario's nog beter inzichtelijk te maken is, zodat de maatschappelijk effecten van de verschillende scenario's beter in zijn te zien. Aan dat verzoek is voldaan.

11. Vaststelling signalement

Dit signalement is vastgesteld op 4 april 2012

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

12. Literatuurlijst

CIZ: Beleidsmonitor 2011;

CIZ: Basisrapportage 2011;

CVZ, Verpleging in de wijk, van samenhang verzekert, volgnummer 2010142117, op 14 december 2010 uitgebracht aan de minister van VWS;

CVZ, Casemanagement, volgnummer 2010136155, op 25 maart 2011 uitgebracht aan de minister van VWS;

CVZ, Aanvullende dienstverlening, volgnummer 2010077510, op 16 februari 2011 uitgebracht aan de Staatssecretaris van VWS;

CVZ. Pakketadvies 2011, op 1 april 2011 uitgebracht aan de bewindspersonen van VWS;

CVZ, Standpunt Casemanagement, op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS;

De Wildt, R, Neele, J. RIGO (2008) Zorg met verblijf >> wonen met zorg
Rapportnummer 98710;

Interdepartementale werkgroep VROM, SZW en VWS (2011), Micro-effecten van het Scheiden van Wonen en Zorg, <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2009/06/29/rapport-micro-effecten-scheiden-van-wonen-en-zorg.html>;

Nederlandse Zorgautoriteit, Overgangsmodel integrale tarieven,
http://www.nza.nl/95826/145392/NZa_Memo_Overgangsmodel_integrale_tarieven.pdf

Research voor Beleid, (2008) Scheiden van wonen en zorg, ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten;

Schnabel, P., (2004), 'Individualisering & sociale integratie', Den Haag: SCP;

SER, (2008), Advies nr. 2008/03, Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ;

Tucker, K.H.JR., (1998), 'Anthony Giddens and Modern Social Theory', London: Sage Publications;

Van der Veen R (2011) De toekomst van de langdurige zorg;

Veltman, T. http://www.ethesis.net/globalisering_indiv/globalisering_indiv.htm;

Wijlhuizen, G.J. cs., AWBZ en verblijf: een exploratief onderzoek naar overwegingen rondom aanvraag en invulling (TNO/LS 2012.005), februari 2012;

Bijlage 1: Relevante regelgeving

Verblijf is geregeld in artikel 9 Bza:

Het gaat om "samenhangende zorg". Een ministeriële regeling onderscheidt 52 verschillende vormen van samenhangende zorg, de zorgzwaartepakketten. Een zorgzwaartepakket beschrijft de zorg die nodig is voor een groep cliënten met een gelijksoortig beperkingenpatroon (cliëntenprofiel).

Artikel 9a regelt het "kortdurend verblijf". Een verzekerde kan gedurende maximaal drie dagen per week verblijven in een instelling als dat noodzakelijk is om de mantelzorger(s) te ontlasten. Op de overige dagen is (anders dan bij verblijf op grond van artikel 9 Bza) extramurale zorg mogelijk.

Artikel 14 Bza regelt het "volledig pakket thuis": een aanbieder kan de zorg zoals bedoeld in artikel 9 Bza ook bij de verzekerde thuis bieden. Het gaat dan om de zorgelementen. De huisvesting zelf komt ten laste van de verzekerde.

Artikel 15 Bza regelt dat de verzekerde aanspraak heeft op een aantal andere zorgvormen als er sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling.

De indicatiestelling is geregeld in het Zorgindicatiebesluit. Op grond van artikel 11 van dat besluit heeft de minister van VWS de beleidsregels indicatiestelling AWBZ vastgesteld. In die beleidsregels staat beschreven wat onder een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat en permanent toezicht moet worden verstaan, en de afwegingen die spelen bij de indicatiestelling. De beslissing of er sprake is van verblijf hangt af van de "leveringsvoorwaarde".

De Wet maatschappelijke opvang regelt de gemeentelijke taken op het gebied maatschappelijke ondersteuning. Er zijn negen prestatievelden waarop de gemeente beleid moet ontwikkelen. Ook zijn er een aantal compensatievelden. Het verschil tussen een compensatieveld en een prestatieveld is dat de gemeente verplicht is om de burger te compenseren voor beperkingen op de compensatievelden, en op prestatievelden volledige beleidsvrijheid heeft.

Artikel 2 Wmo bepaalt dat er geen aanspraak op de Wmo is, als er een andere wettelijke voorziening voor de problematiek bestaat. Als de AWBZ een oplossing biedt voor de problematiek, gaat die voor op ondersteuning vanuit de Wmo.

2012027535

Bijlage 2: Budget Impact Analyse (BIA) zorg en wonen

Paragraaf 9.a. - Beperken instroom

Uitgangspunten:

De ZZP's VV1, VV2, VG1, LG1, en GGZc1 worden geschrapt

De zorgvraag van deze mensen worden extramuraal opgevangen

De zorgkosten blijven hierdoor gelijk.

Opbrengsten NHC vervangen voor 100% de totale kapitaallasten AWBZ

De eigen bijdrage voor intramurale zorg wordt vervangen door de eigen bijdrage extramuraal zorg

Het aandeel van de eigen bijdrage extramuraal wat uitstroomt naar de WMO is 77% (bron: CAK, S39451 Kwartaalverslag EB ZzV, 3e kwartaal 2011)

De gemiddelde eigen bijdrage voor intramurale zorg in 2011: € 6.228 (bron: CAK, S39451 Kwartaalverslag EB ZMV, 3e kwartaal 2011)

De gemiddelde eigen bijdrage voor extramuraal zorg in geheel 2011: € 622 (bron: CAK, S39451 Kwartaalverslag EB ZzV, 3e kwartaal 2011)

De gemiddelde eigen bijdrage intramuraal betreft een gewogen gemiddelde van de lage en de hoge eigen bijdrage

Aanname: mensen die nog geen verblijf afnemen, maar wel al overige functies, betalen de lage eigen bijdrage intramuraal.

De opbrengsten voor het BKZ is gelijk aan de totale kosten NHC minus de eigen bijdrage intramuraal plus de eigen bijdrage extramuraal AWBZ

9.a.1. Kostenraming indien de gehele huidige populatie wordt overgeheveld van intramurale zorg naar extramuraal zorg

Variant 1: alle mensen met een geldig indicatiebesluit krijgen de zorg daadwerkelijk geleverd

ZZP	aantal verzekerden met een op 1-10-2011 geldig indicatiebesluit (bron = CIZ)	gewogen gemiddelde NHC per jaar, per zzp (bron: NZA, tarieven 2012)	raming totale jaarlijkse kosten NHC	AF: totaal gemiddelde eigen bijdrage intramuraal	BIJ: totaal gemiddelde eigen bijdrage extramuraal AWBZ	Raming totale opbrengsten BKZ
VV 1 + VV 2	34.505	€ 8.691	€ 299.885.789	€ 214.897.140	€ 5.037.942	€ 90.026.591
VG 1	1.850	€ 8.392	€ 15.525.151	€ 11.521.800	€ 270.111	€ 4.273.462
LG 1	1.260	€ 9.307	€ 11.726.974	€ 7.847.280	€ 183.968	€ 4.063.662
GGZc1	1.295	€ 7.142	€ 9.248.766	€ 8.065.260	€ 189.078	€ 1.372.583

Variante 2: correctie voor wachtenden op het aantal mensen met een geldig indicatiebesluit

ZZP	aantal verzekerden met een op 1-10-2011 geldig indicatiebesluit (bron = CIZ)	percentage verzekerden waarvan zowel het verblijf als de overige functies nog niet worden geleverd (bron: AZR)	gewogen gemiddelde NHC per jaar, per zzp (bron: NZA, tarieven 2012)	raming totale jaarlijkse kosten NHC	AF: totaal gemiddelde eigen bijdrage intramuraal	BIJ: totaal gemiddelde eigen bijdrage extramuraal AWBZ	Raming totale opbrengsten BKZ
VV 1 + VV 2	34.505	8,0%	€ 8.691	€ 276.014.244	€ 197.790.872	€ 4.636.911	€ 82.860.284
VG 1	1.850	1,4%	€ 8.392	€ 15.306.748	€ 11.359.715	€ 266.312	€ 4.213.344
LG 1	1.260	0,8%	€ 9.307	€ 11.633.167	€ 7.784.508	€ 182.496	€ 4.031.156
GGZc1	1.295	2,5%	€ 7.142	€ 9.013.954	€ 7.860.496	€ 184.278	€ 1.337.736

9.a.2. Kostenraming indien alleen de instroom van nieuwe verzekerden wordt overgeheveld van intramurale zorg naar extramurale zorg

Variante 1: alle mensen met een geldig indicatiebesluit krijgen de zorg daadwerkelijk geleverd

ZZP	raming aantal nieuwe verzekerden 2011 (bron = CIZ, groei 2009 - 2010)	gewogen gemiddelde NHC per jaar, per zzp (bron: NZA, tarieven 2012)	raming totale jaarlijkse kosten NHC	AF: totaal gemiddelde eigen bijdrage intramuraal	BIJ: totaal gemiddelde eigen bijdrage extramuraal AWBZ	Raming totale opbrengsten BKZ
VV 1 + VV 2	19.000	€ 8.691	€ 165.130.561	€ 118.332.000	€ 2.774.117	€ 49.572.677
VG 1	400	€ 8.392	€ 3.356.789	€ 2.491.200	€ 58.402	€ 923.992
LG 1	800	€ 9.307	€ 7.445.698	€ 4.982.400	€ 116.805	€ 2.580.103
GGZc1	400	€ 7.142	€ 2.856.762	€ 2.491.200	€ 58.402	€ 423.964

Variant 2: correctie voor wachtenden op het aantal mensen met een geldig indicatiebesluit

ZZP	raming aantal nieuwe verzekerden 2011 (bron = CIZ, groei 2009 - 2010)	percentage verzekerden waarvan zowel het verblijf als de overige functies nog niet worden geleverd (bron: AZR)	gewogen gemiddelde NHC per jaar, per zzp (bron: NZA, tarieven 2012)	raming totale jaarlijkse kosten NHC	AF: totaal gemiddelde eigen bijdrage intramuraal	BIJ: totaal gemiddelde eigen bijdrage extramuraal AWBZ	Raming totale opbrengsten BKZ
VV 1 + VV 2	19.000	8,0%	€ 8.691	€ 151.985.818	€ 108.912.522	€ 2.553.291	€ 45.626.587
VG 1	400	1,4%	€ 8.392	€ 3.309.567	€ 2.456.155	€ 57.581	€ 910.993
LG 1	800	0,8%	€ 9.307	€ 7.386.138	€ 4.942.544	€ 115.871	€ 2.559.464
GGZc1	400	2,5%	€ 7.142	€ 2.784.233	€ 2.427.952	€ 56.920	€ 413.200

Paragraaf 9.b. - Ontwikkelen van alternatieven

Uitgangspunten:

De maatregel 'schrappen van lichte ZZP's' is al doorgevoerd

Aan zorglevering verwante aanpassingen aan een woning worden gefinancierd door collectieve middelen ("NHC-light")

Overige investeringskosten worden gefinancierd door particuliere huuropbrengsten

Aanname: de collectieve gelden uit de "NHC-light" plus de particuliere huuropbrengsten zijn gelijk aan de huidige totale kapitaallasten AWBZ

Aanname: de niet-zorggerelateerde investeringskosten zijn gelijk aan het aandeel van de functie verblijf op de totale investeringskosten per ZZP

De zorgvraag van deze mensen worden d.m.v. een aan een VPT vergelijkbaar pakket voldaan

De zorgkosten blijven hierdoor gelijk.

Deze verzekerden betalen alleen de lage intramurale eigen bijdrage

De gemiddelde jaarlijkse lage eigen bijdrage intramuraal is (bron: CAK, S39451 Kwartaalverslag EB ZMV, 3e kwartaal 2011)

€ 2.280

De gemiddelde jaarlijkse eigen bijdrage intramuraal (laag en hoog) is (bron: CAK, S39451 Kwartaalverslag EB ZMV, 3e kwartaal 2011)

€ 6.228

De opbrengst voor het BKZ is gelijk aan het deel van de huidige kapitaallasten wat ten laste komt voor de functie verblijf,

minus het verschil tussen de totale gemiddelde eigen bijdrage intramuraal en de totale lage eigen bijdrage intramuraal.

Kostenraming Ontwikkelen van alternatieven

Variant 1: alle mensen met een geldig indicatiebesluit krijgen de zorg daadwerkelijk geleverd

Huidige omvang begroting totale kapitaallasten AWBZ (bron: rijksbegroting 2012, artikel 43) minus de opbrengst van de NHC lichte ZP's :	€ 2.291.013.320
Gemiddelde percentage aandeel functie verblijf op totale investeringskosten per ZP (bron: Nza, bijlage 4 bij circulaire Care/AWBZ/11/14c)	69%
raming gemiddeld deel van de kapitaallasten wat wordt ingezet voor alleen basisfunctie verblijf:	€ 1.580.799.191
aantal verzekerden met op 1-10-2011 geldige intramurale indicatie, exclusief de lichte ZP's (bron: CIZ, aanspraak op AWBZ-zorg, februari 2012)	301.105
Uit BKZ: opbrengsten eigen bijdrage gemiddelde hoog/laag intramuraal	€ 1.875.281.940
In BKZ: opbrengsten eigen bijdrage laag intramuraal:	€ 686.519.400
Totaal effect op BKZ per jaar:	€ 392.036.651
Totaal besparing BKZ bij gebruik door 1% van de huidige populatie	€ 3.920.367

Variant 2: correctie voor wachtenden op het aantal mensen met een geldig indicatiebesluit

Huidige omvang begroting totale kapitaallasten AWBZ (bron: rijksbegroting 2012, artikel 43) minus de opbrengst van de NHC lichte ZP's :	€ 2.291.013.320
Gemiddelde percentage aandeel functie verblijf op totale investeringskosten per ZP (bron: Nza, bijlage 4 bij circulaire Care/AWBZ/11/14c)	69%
raming gemiddeld deel van de kapitaallasten wat wordt ingezet voor alleen basisfunctie verblijf:	€ 1.580.799.191
aantal verzekerden met op 1-10-2011 geldige intramurale indicatie, exclusief de lichte ZP's (bron: CIZ, aanspraak op AWBZ-zorg, februari 2012)	301.105
percentage verzekerden waarvan zowel het verblijf als de overige functies nog niet worden geleverd (bron: AZR)	5,9%
Uit BKZ: opbrengsten eigen bijdrage gemiddelde hoog/laag intramuraal	€ 1.764.273.154
In BKZ: opbrengsten eigen bijdrage laag intramuraal:	€ 645.880.345
Totaal effect op BKZ per jaar:	€ 462.406.383
Totaal besparing BKZ bij gebruik door 1% van de huidige populatie	€ 4.624.064

2012027532

Bijlage 3: Verzekerden met een verblijfsindicatie en in zorg

Tabel: aantal verzekerden met een geldige indicatie voor verblijf
peildatum 1-1-2011, bron = CIZ

	V&V	GZ	GGZ	Totaal
Totaal	188.517	100.847	39.617	328.981
% wachtenden*	9%	6%	8%	8%
% in zorg*	83%	89%	87%	85%
% in zorg, zonder verblijf*	9%	5%	5%	7%

*) bron: AZR / College voor
zorgverzekeringen

Het aantal verzekerden dat een indicatie heeft, maar niet in een instelling verblijft, is 15%. Van de wachtenden is niet bekend of zij werkelijk willen verblijven, of dat ze feitelijk afzien van verblijf. Als de wachtenden niet worden meegeteld, blijft 7% van de verzekerden die zorg krijgen, thuis wonen.

In de sector Verpleging en verzorging is dat respectievelijk 18% en 9%.
In de gehandicaptensector 11% en 5%
In de Geestelijke gezondheidszorg 13% en 5%.

Bijlage 4 bij Signalement Wonen & Zorg

Rapport

Artikel 15 Bza

Publicatienummer

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
-----------------------	---

<i>Volnummer</i>	2012021728
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mr. S.E. Weghaus-Reus
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 87 02

<i>website</i>	Dit rapport kunt u vinden op onze website www.cvz.nl
-----------------------	--

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
2	1.a. Leeswijzer
3	2. Wettelijk kader en totstandkomingsgeschiedenis
3	2.a. Inleiding
3	2.b. Wettelijk kader
4	2.c. Totstandkomingsgeschiedenis
5	2.d. Uitzondering op de reguliere zorgsituatie
6	3. Artikel 15 Bza en het verschil met de reguliere zorgsituatie
6	3.a. Inleiding
6	3.a.1. Verblijf en behandeling
6	3.a.2. De zorg van artikel 15 Bza
10	3.b. Verschil met de reguliere zorgsituatie
10	3.b.1. Artikel 15 Bza: integrale zorg
10	3.b.2. Verschil in inhoud en omvang van de zorg
11	3.b.3. Wmo: voorzieningenwet
12	4. Beleidskader
12	4.a. Inleiding
12	4.b. Programmabrief Langdurige zorg
12	4.b.1. Toekomstbestendige AWBZ
12	4.b.2. Scheiden van wonen en zorg
13	4.b.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden
13	4.b.4. Een solide en wettelijk verankerd PGB
13	4.c. Toekomstvisie CVZ
15	5. Ontwikkelingen rond artikel 15 Bza
15	5.a. Inleiding
15	5.b. Verblijfszorg niet altijd intramuraal
17	5.c. Behandeling: geen beoordeling van de noodzaak
18	5.d. Complexe aanspraak
19	5.e. Heeft artikel 15 Bza nog meerwaarde?
20	6. Normalisatie artikel 15 Bza?
20	6.a. Inleiding
20	6.b. Normalisatie als uitgangspunt
21	6.c. Gevolgen van normalisatie
24	6.d. Normalisatie: mogelijk, maar niet nu
25	7. Meerwaarde artikel 15 Bza
25	7.a. Inleiding
25	7.b. Meerwaarde bij "zware zorgbehoefte"
26	7.c. Koppeling aan intramurale zorg?

27	8. Conclusies
28	9. Literatuurlijst

Samenvatting

Uit artikel 15 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) volgt dat, als een verzekerde verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een aantal extra zorgvormen voor rekening van de AWBZ kunnen komen, die de verzekerde anders (als er geen sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling) uit andere wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning) zou moeten betrekken. Het artikel bestaat in zijn huidige vorm sinds de modernisering van de AWBZ, in 2003, en is een beoogde uitzondering op de voorrangregel van artikel 2 lid 1 Bza, dat inhoudt dat zorg op grond van de AWBZ niet mogelijk is als de zorg op grond van een andere wettelijke regeling of een ziektekostenverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, kan worden bekostigd.

Artikel 15 Bza is een complexe aanspraak, die in de uitvoeringspraktijk vaak tot (afbakenings)vragen leidt. Daarbij hebben zich sinds de totstandkoming van artikel 15 Bza binnen de AWBZ een aantal ontwikkelingen voorgedaan, die van invloed zijn op de toepassing van deze aanspraak. Dit heeft te maken met de koppeling van de extra zorg van artikel 15 Bza aan intramuraal verblijf en intramurale behandeling.

Sinds de modernisering van de AWBZ bestaat een tendens naar het realiseren van verblijfszorg buiten de muren van een instelling. Er is wet- en regelgeving ontstaan die hiervoor mogelijkheden biedt. Daarbij is de indicatiestelling voor verblijfszorg niet meer primair gericht op de vraag of een verzekerde daadwerkelijk op verblijf binnen de muren van een instelling is aangewezen. Ook wordt niet meer beoordeeld of een individuele verzekerde objectief is aangewezen op behandeling bij verblijf. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat de verhouding tussen de indicatiestelling voor verblijf, de daadwerkelijke verblijfplaats van een verzekerde en de toepassing van artikel 15 Bza niet meer altijd in balans is. Het voornemen van de staatssecretaris om wonen en verblijf te scheiden zal van invloed kunnen zijn op artikel 15 Bza.

Gelet op deze ontwikkelingen heeft CVZ onderzocht of artikel 15 Bza (in zijn huidige vorm) nog kan worden gehandhaafd, of dat dit artikel kan worden afgeschaft. Heeft artikel 15 Bza nog meerwaarde en zo ja, voor welke verzekerden?

Het CVZ concludeert dat afschaffing van artikel 15 Bza, gezien de complexiteit daarvan op dit moment niet opportuun is. Het ligt in de rede om deze aanspraak te herzien in het licht van de ontwikkelingen die zich binnen de langdurige zorg voordoen, waaronder de manier waarop de verblijfszorg in de toekomst zal worden vormgegeven.

In ieder geval zal artikel 15 Bza niet voor alle verzekerden kunnen worden afgeschaft. Er is een groep voor wie aanvullende zorg in de zin van dit artikel belangrijke meerwaarde heeft. Dit hangt samen met de aard van de zorg zoals die onder artikel 15 Bza wordt geleverd en met de zorgzwaarte van de betreffende verzekerden.

Het gaat om verzekerden met een zware zorgbehoefte die dermate intensief en complex is, dat het niet meer verantwoord en/of doelmatig is om de benodigde zorg uit meerdere domeinen te betrekken. Voor deze groep verzekerden is een integraal en multidisciplinair zorgaanbod noodzakelijk. Deze groep komt overeen met de groep die het CVZ in het Pakketadvies 2011 benoemt als "de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte", waarvoor allesomvattende zorg in de zorgverzekering noodzakelijk is.

Welke groep verzekerden precies is aangewezen op de aanvullende zorg van artikel 15 Bza, zal nog moeten worden onderzocht.

Hoe de aanspraak op artikel 15 Bza wordt vormgegeven, hangt mede af van de wijze hoe de verblijfszorg in de langdurige zorg wordt geregeld. Gezien de ontwikkeling richting zorg in de thuissituatie en scheiden van wonen en zorg, ligt een koppeling van de aanvullende zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van *intramurale* zorg volgens CVZ niet zondermeer voor de hand.

1. Inleiding

Op grond van artikel 15 Besluit Zorgaanspraken (Bza) komen, als een verzekerde verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een aantal aanspraken voor rekening van de AWBZ die anders (als er geen sprake zou zijn van behandeling en verblijf in dezelfde instelling) ten laste van andere wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning) of voor rekening van verzekerde zelf zouden komen. Het betreft geneeskundige zorg van algemene aard, integrale behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg, kleding die verband houdt met de doelstelling van de inrichting en het individueel gebruik van een rolstoel.

Artikel 15 Bza bestaat in zijn huidige vorm sinds 1 april 2003. Het artikel is tot stand gekomen om een bestaande situatie in stand te houden, namelijk dat bij verblijf in bepaalde AWBZ-instellingen de zorg tevens uit een aantal verstrekkingen bestond die anders uit de (toenmalige) Ziekenfondswet werden vergoed.

Sinds de inwerkingtreding van artikel 15 Bza hebben zich in de AWBZ echter verschillende ontwikkelingen voorgedaan, waardoor de vraag kan worden gesteld of deze aanspraak en met name de daarin opgenomen koppeling aan behandeling en verblijf in een (dezelfde) instelling, in zijn huidige vorm nog wel moet worden gehandhaafd.

Verzekerden met een verblijfsindicatie ontvangen de zorg niet meer altijd binnen de muren van een AWBZ-instelling, maar kunnen deze ook in een andere woonomgeving realiseren, zoals de eigen woning. De wijze waarop verblijfszorg wordt geïndiceerd is niet meer gericht op de plaats waar de zorg wordt geleverd. Ook vind geen individuele beoordeling meer plaats of een verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op behandeling. Dit is van invloed op de toepassing van artikel 15 Bza.

Het CVZ verkent in dit rapport in hoeverre artikel 15 Bza nog meerwaarde heeft boven de "reguliere" zorgsituatie, waarbij de zorg vanuit de (extramurale) Awbz, Zorgverzekeringswet en/of Wmo wordt verstrekt. Kan artikel 15 Bza worden afgeschaft of heeft de aanspraak nog een meerwaarde. Is de koppeling aan behandeling en verblijf in (dezelfde) instelling nog reëel?

1.a. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft het CVZ het wettelijk kader en de totstandkomingsgeschiedenis van artikel 15 Bza. In hoofdstuk 3 beschrijft het CVZ de aanspraak van artikel 15 Bza en gaat het in op het verschil met de reguliere zorgsituatie. In hoofdstuk 4 geeft het CVZ het beleidsmatige kader weer dat relevant is voor artikel 15 Bza. In hoofdstuk 5 beschrijft het CVZ de ontwikkelingen die hebben geleid tot nader onderzoek naar de aanspraak. In de hoofdstukken 6 en 7 staan de resultaten van het onderzoek en de bevindingen. Tenslotte volgen in hoofdstuk 8 de conclusies.

2. Wettelijk kader en totstandkomingsgeschiedenis

2.a. Inleiding

In dit hoofdstuk geeft het CVZ de wettelijke bepaling van artikel 15 Bza weer en gaat het in op de totstandkomingsgeschiedenis van de aanspraak. Tevens legt het College uit dat artikel 15 Bza een uitzondering is op het uitgangspunt dat, bij samenloop van voorzieningen, de AWBZ niet van toepassing is (artikel 2, lid 1 Bza).

2.b. Wettelijk kader

Artikel 15 Bza bestaat in zijn huidige vorm sinds 1 april 2003. het moment waarop de modernisering van de AWBZ werd ingezet. Er werd een omslag gemaakt van aanbodgerichte - naar vraaggerichte zorg. Dit hield ondermeer in dat de AWBZ-aanspraken niet langer tot in detail in de wet werden vastgelegd, maar functiegericht (meer abstract) werden omschreven. Hiermee werd meer flexibiliteit in de zorg beoogd, waardoor de burgers meer keuzevrijheid zouden krijgen en innovatie in de zorg zou kunnen worden bevorderd¹. Artikel 15 Bza luidt als volgt:

1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg bedoeld in de artikelen 8 en 13² tevens:
 - a. geneeskundige zorg van algemeen medisch aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - b. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;
 - c. farmaceutische zorg;
 - d. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - e. kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
 - f. het individueel gebruik van een rolstoel.
2. De zorg bedoeld in het eerste lid aanhef omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

¹ Zie het "Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ en wijziging van andere besluiten in verband daarmee", Stb. 2002, 527.

² Artikel 8 Bza regelt de aanspraak op de functie behandeling, artikel 13 Bza regelt de aanspraak op voortgezet verblijf.

2.c. Totstandkomingsgeschiedenis

Zoals blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza was, vóór 1 april 2003, een soortgelijke regeling opgenomen in artikel 3 van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering. In dat artikel was geregeld dat, bij verblijf in de daar genoemde AWBZ-instellingen, de in die instellingen gegeven zorg tevens bestond uit een aantal verstrekkingen, die anders uit de (toenmalige) Ziekenfondswet of Wet Voorzieningen gehandicapten (WVG) werden vergoed. Dit waren tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel. De bedoelde AWBZ-instellingen waren een ziekenhuis na 365 dagen, een revalidatie-instelling na 365 dagen, een verpleeginrichting, het Dorp te Arnhem, een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ) en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze instellingen hadden met elkaar gemeen dat *behandeling* deel uitmaakte van het door hen aangeboden zorgpakket. De overige AWBZ-instellingen waar verzekerden verbleven, zoals gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten, RIBW'en en verzorgingshuizen, leverden geen AWBZ-behandeling. In die situaties bestond ook geen aanspraak op integrale zorg ten laste van de AWBZ. Ook vóór inwerkingtreding van artikel 3 Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering bestond al een dergelijke regeling. Voor instellingsgebonden tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp etc. waren toen een aantal gemeenschappelijke regels opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Bijzondere ziektekostenverzekering 1968.

Met artikel 15 Bza wilde de Minister het recht op tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel voor de bestaande situaties, ook onder de gemoderniseerde AWBZ, handhaven. Dit leidde er toe dat in de functiegerichte omschrijving van artikel 15 Bza het recht op de extra zorg bij verblijf werd gekoppeld aan *verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling*.

Naast tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel, werd per 1 april 2003 ook de zorg van algemeen geneeskundige aard in artikel 15 Bza opgenomen. Deze zorg zat vóór de invoering van artikel 15 Bza al impliciet in de aanspraak op behandeling bij verblijf en werd aldus in artikel 15 Bza geëxpliciteerd.

Onder invloed van de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet werd in 2008 tevens integrale behandeling van een psychiatrische aandoening als onderdeel van artikel 15 Bza opgenomen. Dit was nodig om voor verzekerden die met een zogenaamde "dubbele diagnose" (verstandelijke handicap en psychiatrische stoornis) in een AWBZ-instelling verblijven en daarvoor deze integrale behandeling behoeven, integrale behandeling ook na de overheveling mogelijk te maken³.

2.d. Uitzondering op de reguliere zorgsituatie

In de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza gaf de Minister aan dat een verzekerde die voor AWBZ-zorg is geïndiceerd, zoveel mogelijk "normaal" moet worden benaderd en gebruik moet kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers open staan⁴.

Artikel 15 Bza vormt een uitzondering op dit standpunt. Immers, in een reguliere zorgsituatie, dat wil zeggen wanneer geen sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling, verkrijgen verzekerden de extra zorg niet vanuit de AWBZ, maar moeten zij hiervoor een beroep doen op andere wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet en/of Wmo). Artikel 15 Bza is daarmee een uitzondering op de zogenoemde "conflictregel" van artikel 2, eerste lid Bza. Dit artikel regelt dat bekostiging van zorg vanuit de AWBZ niet mogelijk is als de zorg ten laste van een andere wettelijke regeling (of een zorgverzekeringsovereenkomst op grond van de Zvw) kan worden bekostigd.

Concluderend is met artikel 15 Bza (beoogd) afgeweken van de reguliere zorgsituatie. Dit om aan een bepaalde groep verzekerden, namelijk zij die verblijven en worden behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een integraal pakket aan zorg vanuit de AWBZ te kunnen verstrekken. In het volgende hoofdstuk wordt de aanspraak van artikel 15 Bza en het verschil met de reguliere zorgsituatie nader toegelicht.

³ Besluit van 15 december 2005, Stb 2005, 690.

⁴ Zie Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza, Stb 2002, 527.

3. Artikel 15 Bza en het verschil met de reguliere zorgsituatie

3.a. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het CVZ nader ingaan op de (inhoud van) de aanspraak van artikel 15 Bza. Ook zal het CVZ het verschil tussen de aanspraak van artikel 15 Bza en de verstrekking van zorg in de reguliere zorgsituatie toelichten. Met de term “reguliere zorgsituatie”, die in dit rapport verder wordt gebruikt, bedoelt het CVZ de situatie waarbij een verzekerde niet verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling. Het betreft de situatie dat een verzekerde niet is opgenomen in een AWBZ instelling, maar een andere woonsituatie heeft (bijvoorbeeld in de eigen woning), of dat een verzekerde wel is opgenomen in een AWBZ-instelling, maar daar niet wordt behandeld.

In paragraaf 3.a.1 zal het CVZ eerst de algemene indicatievoorwaarden uitwerken waaraan moet zijn voldaan om voor zorg in de zin van artikel 15 Bza in aanmerking te komen, namelijk verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling. Vervolgens zal het CVZ, in paragraaf 3.a.2, kort ingaan op de verschillende zorgvormen die deel uitmaken van de aanspraak⁵. In paragraaf 3.b.2 zal het CVZ de belangrijkste verschillen belichten tussen artikel 15 Bza en de reguliere zorgsituatie.

3.a.1. Verblijf en behandeling

De aanspraak op de zorg van artikel 15 Bza is gekoppeld aan *verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling*. Een indicatie voor verblijf en behandeling (dat wil zeggen: een indicatie voor een zorgzwaartepakket inclusief behandeling) is daarvoor niet voldoende: de verzekerde heeft uitsluitend aanspraak op de extra zorg van artikel 15 Bza als hij *feitelijk* in een AWBZ-instelling is opgenomen en van diezelfde instelling *feitelijk* AWBZ-behandeling ontvangt. Uiteraard moet de betreffende AWBZ-instelling ook een toelating hebben om verblijf en behandeling te mogen leveren⁶.

3.a.2. De zorg van artikel 15 Bza

Als aan bovengenoemde voorwaarden is voldaan, moet de AWBZ-instelling waar verzekerde verblijft en wordt behandeld een integraal zorgaanbod conform artikel 15 Bza leveren, dat vanuit de AWBZ wordt bekostigd.

⁵ Een uitgebreide beschrijving is te vinden in het AWBZ-kompas van het CVZ, zie www.cvz.nl

⁶ Art. 5 Wtzi. De toelatingen worden afgegeven door het CIBG. Zie www.wtzi.nl. Overigens zal het vereiste van toelating voor behandeling met de beoogde invoering van de Wet cliëntenzorg (die in de plaats komt van de Wtzi) per 1 januari 2013 vervallen.

De verzekerde kiest in beginsel de instelling waar hij wil worden opgenomen. Vervolgens heeft hij echter geen keuzevrijheid meer voor wat betreft de aanbieder van de artikel 15-zorg: alle zorgonderdelen worden geleverd door en onder verantwoordelijkheid van de AWBZ-instelling waar hij verblijft en wordt behandeld.

De instelling betaalt de extra zorg van artikel 15 Bza uit het instellingsbudget. Sommige onderdelen van de zorg worden bovenbudgettair bekostigd door het zorgkantoor.

Hieronder gaat het CVZ in op de diverse zorgvormen van artikel 15 Bza:

a. geneeskundige zorg van algemeen medisch aard, niet zijnde paramedische zorg.

Onder geneeskundige zorg van algemeen medische aard valt de huisartsenzorg, die bijvoorbeeld kan worden verleend door de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten binnen de instelling waar verzekerde verblijft. Ook onderzoek dat deel uitmaakt van deze zorg (ECG, EEG, laboratoriumonderzoek, radiologisch onderzoek) valt hieronder. Medisch-specialistische zorg komt echter ten laste van de Zvw.

Paramedische zorg valt niet onder de aanspraak van artikel 15 Bza. Paramedische zorg kan wel ten laste van de AWBZ komen als deze zorg is gericht op de aandoening waarvoor verzekerde in de instelling verblijft, maar dan als onderdeel van de specifieke AWBZ-behandeling (artikel 8 Bza). Andere paramedische zorg valt onder de Zvw (art. 2.6 Besluit Zorgverzekering).

b. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicap

Zoals eerder vermeld, is dit onderdeel in 2008 in artikel 15 Bza opgenomen onder invloed van de overheveling van de op genezing gerichte GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Binnen AWBZ-instellingen, zowel in de verstandelijk gehandicaptensector als de sector verpleging en verzorging, verblijven verzekerden die naast hun primaire grondslag (meestal verstandelijke handicap) ook een grondslag psychiatrische aandoening hebben. Voor deze doelgroepen zijn er speciale behandel eenheden (multifunctionele centra), die een integrale behandeling geven. Integrale behandeling richt zich op een combinatie van ziektebeelden, waaronder een psychische stoornis. Als er sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling (voor een niet-psychiatrische grondslag) en een *integrale* behandeling nodig is, komt de behandeling van de psychiatrische aandoening via artikel 15 Bza ten laste van de AWBZ. In andere gevallen valt behandeling van de psychiatrische aandoening onder de Zorgverzekeringswet.

c. farmaceutische zorg

Anders dan in de Zorgverzekeringswet, is de farmaceutische hulp in artikel 15 Bza niet beperkt tot het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem. De aanspraak van artikel 15 Bza betreft *alle* farmaceutische zorg waarop de verzekerde is aangewezen, ook de medicatie die is voorgeschreven door een medisch specialist. De medicatie moet zijn voorgeschreven met een medisch doel. Dit houdt in dat ook medicatie die is voorgeschreven in verband met andere aandoeningen dan de grondslag op grond waarvan verzekerde verblijft, tot de aanspraak van artikel 15 Bza behoort. Voorgeschreven dieetpreparaten vallen eveneens onder artikel 15 Bza.

d. Hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de door de instelling geleverde zorg

“Noodzakelijk in verband met de door de instelling geleverde zorg” wil zeggen dat de aanspraak niet is beperkt tot de hulpmiddelen die nodig zijn in verband met de in de instelling gegeven behandeling, maar *alle* hulpmiddelen omvat die noodzakelijk zijn voor de zorg die de instelling levert. De hulpmiddelen van artikel 15 Bza zijn, anders dan de zogenaamde “outillagemiddelen⁷” niet navolgend door meerdere personen bruikbaar, maar persoonsgebonden (individueel aangepast).

Artikel 15 Bza is alleen aan de orde als een verzekerde een hulpmiddel nodig heeft voor de grondslag waarvoor hij in de instelling is opgenomen. Heeft hij het hulpmiddel nodig voor een andere grondslag dan waarvoor hij verblijft, dan is artikel 15 Bza niet van toepassing. Meestal zal het hulpmiddel dan vanuit de Zorgverzekeringswet worden vergoed.

e. Tandheelkundige zorg

Onder artikel 15 Bza heeft een verzekerde aanspraak op tandheelkundige zorg. Die aanspraak is niet ongelimiteerd. In artikel 2 van de Regeling Zorgaanspraken (Rza) zijn een aantal voorwaarden gesteld. Bovendien moet, ingevolge artikel 2, derde lid Bza, de zorg doelmatig zijn. Artikel 9 Rza bepaalt dat de zorgverzekeraar toestemming moet verlenen voor specifieke tandheelkundige zorg.

Hoewel dus niet onbeperkt, is de aanspraak op tandheelkundige zorg van artikel 15 Bza ruimer dan de tandheelkundige zorg voor volwassenen die in het kader van de Zorgverzekeringswet kan worden verstrekt.

f. Kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling

Verzekerden die in een AWBZ-instelling wonen, dragen en betalen in beginsel hun eigen kleding, net als mensen in een reguliere zorgsituatie. Onder de aanspraak van artikel 15 Bza

⁷ Outillagemiddelen zijn hulpmiddelen die navolgend door meerdere personen bruikbaar zijn, bijvoorbeeld een standaard rolstoel. Deze middelen maken onderdeel uit van de functie verblijf.

valt kleding die verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling. Het betreft speciale kleding, bijvoorbeeld om zelfverminking te voorkomen (krabpak, plukpak) of als valpreventie (heupbeschermer), kleding die noodzakelijk is in verband met gedragsproblemen (scheuren), of die gemakkelijk is aan- en uit te trekken (t.b.v. verpleging en verzorging).

g. Het individueel gebruik van een rolstoel

Onder artikel 15 Bza valt de aanspraak op het individueel gebruik van een rolstoel. Voorwaarde is dat de rolstoel nodig is vanwege een ontbrekende loopfunctie of blijvende en langdurige loopfunctiestoornissen (artikel 3 Rza). Anders dan bij hulpmiddelen, geldt niet de voorwaarde dat de rolstoel noodzakelijk moet zijn in verband met de door de instelling geleverde zorg. De aanspraak geldt dus ook als de rolstoel nodig is vanwege andere problematiek dan waarop de instelling zich richt. De rolstoel moet adequaat zijn afgestemd op de specifieke beperkingen van de individuele verzekerde. De hiertoe benodigde aanpassingen vallen ook onder de aanspraak, evenals het onderhoud, het herstel en de vervanging van de rolstoel. Het zorgkantoor (de zorgverzekeraar) is verantwoordelijk voor de levering van de rolstoel en eventuele toebehoren.

Als geen sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde AWBZ-instelling, zal een rolstoel veelal worden vergoed vanuit de Wmo, die wordt uitgevoerd door de gemeenten. Op grond van artikel 4 Wmo heeft het College van B&W de plicht om aan personen met een beperking, als zij beperkingen ondervinden in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke beperkingen (o.a.) voorzieningen te verstrekken die hen in staat stellen zich te verplaatsen in en om de woning en om zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel.

3.b. Verschil met de reguliere zorgsituatie

Zoals hierboven bleek zijn de onderdelen algemeen medische zorg (huisartsenzorg), psychiatrische behandeling, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg en hulpmiddelen onder de reguliere zorgsituatie te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet. Het onderdeel rolstoelen behoort in beginsel tot de voorzieningen van de Wmo. Kleding komt in principe voor eigen rekening van verzekerde.

Als er sprake is van artikel 15 Bza komen deze zorgvormen ten laste van de AWBZ

Hieronder gaat het College in op de belangrijkste verschillen tussen de aanspraak van artikel 15 Bza en de reguliere zorgsituatie.

3.b.1. Artikel 15 Bza: integrale zorg

In een reguliere zorgsituatie wordt de zorg die een verzekerde nodig heeft, afhankelijk welke zorg het betreft, verstrekt vanuit de Zorgverzekeringswet, de extramurale AWBZ en/of de Wmo.

Het is dus mogelijk dat een verzekerde de voor hem benodigde zorg vanuit *drie* verschillende wettelijke domeinen moet betrekken: de extramurale AWBZ (voor bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of verpleging) de Zorgverzekeringswet (voor bijvoorbeeld een hoog-laagbed) en de Wmo (voor een rolstoel). Behalve dat hij dan te maken heeft met verschillende wettelijke regimes, heeft hij ook te maken met diverse uitvoeringsinstanties en verschillende verstekkingsprocedures.

Als aan de voorwaarden voor artikel 15 Bza is voldaan, krijgt de verzekerde de in dat artikel geregelde zorg in de vorm van een integraal zorgaanbod, vanuit één wettelijk regime, de AWBZ. Er is één uitvoeringsinstantie, namelijk het zorgkantoor. De AWBZ-instelling levert alle zorg.

3.b.2. Verschil in inhoud en omvang van de zorg

Tussen de zorg zoals verstrekt in de reguliere zorgsituatie (diverse domeinen) en artikel 15 Bza bestaan verschillen voor wat betreft de inhoud en omvang van de zorg⁸. Zoals hierboven bleek, is de aanspraak van artikel 15 Bza op diverse onderdelen ruimer, zoals bij tandheelkunde en farmacie. Onder de Zorgverzekeringswet gelden bovendien voor bepaalde te verzekeren prestaties eigen bijdragen, hetgeen bij artikel 15 Bza niet het geval is. Iemand die verblijft en wordt behandeld in een AWBZ-instelling, betaalt daarvoor uitsluitend een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het verblijf en geen extra eigen bijdrage(n) voor de zorg van artikel 15 Bza

⁸ Zie ook het CVZ-rapport: Toekomst AWBZ", uitgebracht aan de minister van VWS op 26 augustus 2004. www.cvz.nl

Voor zorg vanuit de Wmo geldt daarbij nog een belangrijk ander verschil, waarop het CVZ hieronder ingaat.

3.b.3. Wmo: voorzieningenwet

In de AWBZ en de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) is de inhoud van de te verstrekken zorg tamelijk expliciet vastgelegd. De aanspraken/te verzekeren prestaties en de indicatievoorwaarden zijn voor iedere verzekerde hetzelfde⁹. Dit is anders bij de Wmo. De Wmo is een voorzieningenwet. Daarin zijn de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning veel minder expliciet geregeld dan de aanspraken in de AWBZ en de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. De Wmo regelt de verantwoordelijkheid van gemeenten om voor de maatschappelijke ondersteuning stimulerend beleid te voeren en ordent daartoe die gemeentelijke verantwoordelijkheden in een aantal prestatievelden, waarop concrete prestaties van gemeenten worden verwacht. De gemeenten hebben hierin echter beleidsvrijheid. Of en welke voorziening voor maatschappelijke ondersteuning (onder welke voorwaarden) wordt verstrekt, zoals een rolstoel, kan dan ook per gemeente verschillen.

⁹ Bij de AWBZ ontleent verzekerde zijn aanspraak direct aan de wet. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht jegens verzekerde en moet zorgen dat hij zijn aanspraak geldend kan maken. Een verzekerde kan de aanspraak in rechte afdwingen. Bij de Zvw ontleent de verzekerde zijn recht op zorg aan de zorgverzekeringsovereenkomst (basisverzekering) die hij heeft gesloten met de zorgverzekeraar. In deze overeenkomst moeten de in de Zorgverzekeringswet vastgelegde prestaties zijn opgenomen. De verzekerde kan zijn recht op zorg zonedig bij de rechter afdwingen via de zorgovereenkomst.

4. Beleidskader

4.a. Inleiding

In dit hoofdstuk besteedt het CVZ aandacht aan de beleidsontwikkelingen binnen de langdurige zorg, die ook van invloed zijn op artikel 15 Bza.

4.b. Programmabrief Langdurige zorg

In de discussie over de toekomst van de langdurige zorg heeft het kabinet inmiddels een aantal fundamentele keuzes gemaakt. De staatssecretaris van VWS heeft haar beleidsvoornemens met betrekking tot de langdurige zorg recentelijk uiteengezet in haar Programmabrief langdurige zorg¹⁰

Met betrekking tot dit rapport over artikel 15 Bza zijn de volgende beleidsvoornemens uit de programmabrief van belang:

4.b.1. Toekomstbestendige AWBZ

De staatssecretaris geeft aan dat de AWBZ sinds haar ontstaan weliswaar is verbeterd en uitgebreid, maar dat de langdurige zorg naar zijn aard en omvang ook is toegenomen door aanvullende regelgeving. Dit heeft geleid tot een toegenomen zorgdruk, stijgende kosten, een omvangrijke bureaucratie en een systeem dat te veel aanbodgericht en te weinig cliëntvolgend is. Dit heeft geleid tot soms nodeloos beroep op AWBZ-zorg. De staatssecretaris wil een aantal maatregelen nemen om de AWBZ betaalbaar te houden en toekomstbestendig te maken. Hieronder zijn maatregelen die (de toegang tot) de AWBZ beperken, zoals het onderbrengen van onderdelen van de AWBZ bij de Wmo (extramurale begeleiding, jeugd-GGZ) en beperking van de doelgroep van de AWBZ (zoals de IQ maatregel). De staatssecretaris ziet het eindperspectief van de AWBZ als "een AWBZ van hoge kwaliteit, voor de meest kwetsbaren in de samenleving met een langdurige zorgvraag".

4.b.2. Scheiden van wonen en zorg

In de langdurige zorg worden wonen en zorg gescheiden. Dit heeft als bedoeling dat bewoners van instellingen meer keuzevrijheid zullen krijgen en zorginstellingen zich beter zullen gaan richten op de woonwensen van cliënten, door meerdere huisvestingsvarianten aan te bieden. Mensen die ervoor kiezen zelfstandig thuis te blijven wonen, worden beter gefaciliteerd. Het kabinet zet daartoe in op betere basiszorg

¹⁰ Programmabrief langdurige zorg d.d. 1 juni 2011 van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, DLZ/KZ-U-3067294.

dicht bij huis.

Het kabinet wil (onomkeerbare) stappen zetten om in intramurale voorzieningen zorg en wonen te scheiden. De contracteerplicht voor intramurale zorg vervalt per 1 januari 2012. In de periode van 2012-2018 wordt de Normatieve Huisvestingscomponent ingevoerd voor de bekostiging van de kapitaallasten. VWS zal verkennen welke belemmeringen er met betrekking tot scheiden van wonen en zorg in andere regelingen bestaan.

4.b.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden

Met ingang van 1 januari 2013 worden de regionale zorgkantoren, die de AWBZ thans nog in mandaat voor de verzekeraars uitvoeren, opgeheven. De verzekeraars voeren de AWBZ dan zelf uit voor hun verzekerden. Doordat zowel de uitvoering van de Zorgverzekeringswet als de AWBZ bij de zorgverzekeraar komt te liggen, verwacht de staatssecretaris dat verzekerden meer keuzevrijheid zullen krijgen, dat de klantgerichtheid en kwaliteit van de zorg verbetert en dat een betere samenhang tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet ontstaat.

4.b.4. Een solide en wettelijk verankerd PGB

Om het Persoonsgebonden budget (PGB) betaalbaar te houden, wil de staatssecretaris de toegang ervan beperken tot verzekerden met een verblijfsindicatie. Het PGB (thans een subsidieregeling) wordt als aanspraak in de wet vastgelegd.

4.c. Toekomstvisie CVZ

In het Pakketadvies 2011¹¹ heeft CVZ aangekondigd vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid als pakketbeheerder een visie te ontwikkelen op de toekomst van de langdurige zorg. Voor het CVZ is hierbij de centrale vraag wat de reikwijdte van de collectieve verantwoordelijkheid voor zorg moet zijn. Wat is noodzakelijk te verlenen zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte en hoe kan noodzakelijk te verlenen zorg uitvoerbaar en beheersbaar blijven?

Het CVZ wil deze vraag bezien in het licht van de veranderende opvattingen over sociale zekerheid en de rol van de verzorgingsstaat. Hiertoe heeft het CVZ een achtergrondstudie laten verrichten naar de gevolgen van de omslag van de beschermende naar een activerende verzorgingsstaat voor de langdurige zorg, die zich de afgelopen 10 jaar in Nederland en de meeste West-Europese verzorgingsstaten heeft

¹¹ Pakketadvies 2011, op 1 april 2011 uitgebracht aan de Minister van VWS, paragraaf 3.f. www.cvz.nl

voorgedaan¹².

De achtergrondstudie beschrijft dat zich in de Nederlandse verzorgingsstaat een ontwikkeling heeft voorgedaan van een "beschermende" verzorgingsstaat, die bescherming bood tegen risico's die het individu zelf niet kan compenseren (armoede, ziekte, ouderdom) naar een "activerende verzorgingsstaat". De activerende verzorgingsstaat richt zich niet zozeer op "bescherming" in de zin van het verzekeren van sociale zekerheid en het verzorgen van burgers, maar is erop gericht om de burger in staat te stellen zijn problemen zelf op te lossen, ook voor wat betreft zijn behoefte aan zorg. Er wordt daarbij uitgegaan van eigen verantwoordelijkheid van de burger en gekeken naar de mogelijkheden van het individu, niet zozeer naar de gemeenschap als geheel.

In het pakketadvies merkt het CVZ op dat er naar de opvattingen van de Nederlandse bevolking over de sociale rechten en plichten van burgers er enerzijds steun is voor een universele regeling van de zorgbehoefte van ouderen en kwetsbare groepen. Tegelijkertijd is er ook steun voor een bepaalde mate van wederkerigheid. Dat betekent dat als mensen in staat zijn om een zekere eigen verantwoordelijkheid te nemen er steun is voor meer op preventie gericht beleid en voor selectiviteit binnen de langdurige zorg.

Activering kan echter niet voor iedereen het doel zijn. Voor bepaalde groepen blijft bescherming het centrale doel en niet activering. CVZ spreekt hierbij over de "zwaarst te verzekeren zorgbehoefte". Bij deze zwaarste te verzekeren zorgbehoefte hoort allesomvattende zorg in de zorgverzekering. Deze omvat zowel op gezondheidszorg gerichte activiteiten als op sociale interactie gerichte activiteiten als de woon- en toezichtfunctie.

¹² De toekomst van de langdurige zorg, R. van der Veen, september 2011

5. Ontwikkelingen rond artikel 15 Bza

5.a. Inleiding

Zoals beschreven in de Nota van toelichting bij artikel 15 Bza was "normalisatie" het uitgangspunt bij de modernisering van de AWBZ. Een verzekerde die voor AWBZ-zorg is geïndiceerd moet zoveel mogelijk "normaal" worden benaderd en gebruik kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers open staan. Artikel 15 Bza was en is een uitzondering op dit uitgangspunt.

Het CVZ vraagt zich af of artikel 15 Bza, in vergelijking met de reguliere zorgsituatie, nog wel meerwaarde heeft, of dat deze (uitzonderings)bepaling niet meer nodig is en kan worden afgeschaft. CVZ stelt zich deze vraag in het licht van een aantal ontwikkelingen die zich binnen de AWBZ en rond artikel 15 Bza voordoen. In dit hoofdstuk beschrijft het CVZ deze ontwikkelingen.

5.b. Verblijfszorg niet altijd intramuraal

Zoals bleek uit hoofdstuk 2 heeft artikel 15 Bza zijn wortels in de oude, aanbodgerichte AWBZ, die nog sterk op intramurale zorg was gericht. Het artikel is in principe een voortzetting van al vóór de modernisering bestaande regelingen, op grond waarvan in bepaalde AWBZ-instellingen aanspraak bestond op een (nauwkeurig omschreven) totaalpakket aan AWBZ-zorg. Dit waren in praktijk de "zwaarste" AWBZ-instellingen, waar ook AWBZ-behandeling altijd deel uitmaakte van het zorgaanbod, zoals verpleeginrichtingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Hieraan lag de gedachte ten grondslag dat de verzekerden in deze instellingen dermate ernstige aandoeningen en beperkingen hadden dat een integraal pakket aan zorg, geleverd vanuit één hand en onder één verantwoordelijkheid, noodzakelijk was.

In artikel 15 Bza is dit in functiegerichte termen "vertaald" door de aanspraak te koppelen aan de AWBZ-functies (langdurig) verblijf én behandeling, die moeten plaatsvinden binnen dezelfde AWBZ-instelling.

Zowel ten aanzien van verblijf en (intramurale) behandeling doen zich binnen de AWBZ ontwikkelingen voor die leiden tot de vraag of artikel 15 Bza, dat aan deze functies is verbonden, nog wel meerwaarde heeft.

Zo doet zich bij de AWBZ sinds de modernisering een verschuiving voor van intramurale - naar extramurale zorg. Verzekerden die een indicatie hebben voor verblijf, ontvangen deze zorg niet meer altijd binnen de muren van een instelling, maar kunnen deze ook in een andere woonsituatie, buiten de muren van een instelling, realiseren.

Dit lijkt tegenstrijdig. Impliceert een indicatie voor verblijf juist niet dat zorg buiten de muren van een instelling niet (meer) mogelijk is? Een en ander valt echter te verklaren vanuit wijzigingen in de formulering van de aanspraken, in de wijze van indicatiestelling bij verblijf, alsmede in veranderingen in de wet- en regelgeving van de AWBZ. Hieronder licht het CVZ dit toe:

De AWBZ-aanspraken zijn sinds de modernisering niet meer aanbod- maar vraaggericht geformuleerd. Hierdoor is meer flexibiliteit in de zorg mogelijk geworden met als doel om verzekerde meer keuzevrijheid te geven.

Ook de wijze van indicatiestelling voor verblijf is veranderd. Anders dan onder de aanbodgerichte AWBZ, is de beoordeling niet meer gericht op de vraag of een verzekerde in een bepaalde instelling moet worden opgenomen, maar of hij is aangewezen op permanent toezicht, een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat. Als dit zo is, impliceert dit niet per se dat een verzekerde daarvoor binnen de muren van een instelling moet verblijven. Technische ontwikkelingen (domotica, telezorg) maken bijvoorbeeld toezicht op afstand steeds beter mogelijk. AWBZ-instellingen bieden al alternatieven voor intramurale zorg, zoals zorgverlening in woonzorgcomplexen, woonzones of in geclusterde woonvormen.

Door middel van het Persoonsgebonden Budget (PGB), het omzetten van een zorgzwaartepakket in extramurale functies of de aanspraak op het Volledig Pakket Thuis¹³, kan een verzekerde zijn (verblijfs)zorg buiten de muren van een instelling realiseren. Het PGB (nu subsidieregeling) wordt zelfs een wettelijke aanspraak.

Ook mensen met zwaardere beperkingen, waaronder zij die zijn aangewezen op verblijf en behandeling¹⁴, mogen van deze mogelijkheden gebruik maken.

Het thans bestaande voornemen van de staatssecretaris om wonen en zorg in de langdurige zorg te scheiden heeft eveneens als doel dat verzekerden meer keuzevrijheid krijgen, dat zorginstellingen zich beter zullen gaan richten op de woonwensen van cliënten en dat mensen die ervoor kiezen zelfstandig thuis te blijven wonen beter worden gefaciliteerd.

Het verschuiven van intramurale zorg naar zorg buiten een instelling heeft gevolgen voor de toepassing van artikel 15

¹³ Art. 14 Bza: Op verzoek van de verzekerde die in het bezit is van een geldig indicatiebesluit voor verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid kan de instelling in afwijking van die bepalingen het verblijf en overige zorg ten huize van verzekerde leveren.

¹⁴ Met dien verstande dat, bij verzilvering in PGB, de functie behandeling niet in PGB kan worden omgezet.

Bza. Verblijf in een instelling is immers een vereiste om voor de zorg van artikel 15 Bza in aanmerking te komen. Het gaat hierbij om daadwerkelijk verblijf (opname) in een AWBZ-instelling. Verzilverd men een indicatie voor verblijf (inclusief behandeling) buiten de muren van een instelling, dan is artikel 15 Bza niet van toepassing, ook al is sprake van eenzelfde zorgwaarte bij verzekerden die wel kiezen voor opname in een instelling.

5.c. Behandeling: geen beoordeling van de noodzaak

Hierboven werd uitgelegd dat de wijze van indicatiestelling bij verblijf is veranderd.

Bij de totstandkoming van artikel 15 Bza indiceerde het CIZ de verblijfszorg nog in "functies en klassen". De verzekerde kreeg de functie verblijf geïndiceerd, met daarbij de andere AWBZ-functies¹⁵ waarop hij was aangewezen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelde voor elke functie afzonderlijk de noodzaak en de benodigde omvang.

In 2007 werd de zorgwaartebekostiging ingevoerd. Sindsdien indiceert het CIZ verblijfszorg in de vorm van een zorgwaartepakket (ZZP). Een ZZP is een totaal pakket aan samenhangende zorg, dat hoort bij een bepaald cliëntprofiel. Er zijn cliëntprofielen ontwikkeld voor alle sectoren. Per sector zijn er profielen inclusief en exclusief(AWBZ)behandeling.

Het CIZ beoordeelt welk cliëntprofiel "totaal bezien" het best passend is voor een verzekerde en indiceert het bijbehorende ZZP. Daarbij beoordeelt het CIZ echter niet meer of de verzekerde is aangewezen op de afzonderlijke functies die het ZZP bevat, dus ook niet of (AWBZ)behandeling voor hem noodzakelijk is. Dat een verzekerde een ZZP inclusief behandeling krijgt, zegt dan ook niets over zijn *individuele* behoefte aan behandeling.

Bij de ontwikkeling van de ZZP's is de vraag of alle verzekerden van de doelgroep van het cliëntprofiel medisch objectief op behandeling zijn aangewezen, evenmin aan de orde geweest.

De toepassing van artikel 15 Bza is dus mede afhankelijk van een criterium (wel of geen behandeling) over de noodzaak waarvan in geen enkele fase van het huidige beoordelingsproces voor verblijfszorg een individueel en objectief oordeel wordt gegeven. Het is dus de vraag of iedere verzekerde die nu een ZZP inclusief behandeling krijgt, zorginhoudelijk gezien daadwerkelijk is aangewezen op 15 Bza-zorg.

¹⁵ Momenteel zijn dit nog de AWBZ-functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en/of vervoer.

Doordat de individuele behoefte aan behandeling bij de indicatiestelling niet is vastgesteld, is het niet uitgesloten dat verzekerden met een ZZP inclusief behandeling worden opgenomen in instellingen die geen behandeling leveren. Het is ook mogelijk dat verzekerden met een ZZP zonder behandeling terechtkomen in instellingen die wél behandeling bieden. Met name bij de ZZP's die liggen op de grens tussen de pakketten met en zonder behandeling¹⁶, komt dit voor.

Een en ander kan leiden tot scheve verhoudingen tussen indicatiestelling, verblijfplaats van de verzekerde, en toepassing van (artikel 15)zorg. Zo blijkt uit onderzoek dat in 2009 voor de sectoren VV, VG en LG zo'n 67000 verzekerden met een ZZP inclusief behandeling verblijven in instellingen die daarvoor een pakket zonder behandeling krijgen bekostigd. In dat geval wordt de artikel-15 zorg veelal overgenomen door de Zorgverzekeringswet of de Wmo¹⁷.

5.d. Complexe aanspraak

Artikel 15 Bza is inhoudelijk gezien een ingewikkelde aanspraak. De koppeling aan twee AWBZ-functies, verblijf én behandeling zorgt bij verzekerden, zorgaanbieders en uitvoeringsorganisaties vaak voor verwarring. De traditionele verdeling zoals die nog een tiental jaren geleden bestond, tussen intramurale instellingen die wél en intramurale instellingen die geen toelating hebben voor behandeling, vervaagt. AWBZ-instellingen worden groter, krijgen meer disciplines onder hun dak, en hebben vaak een toelating voor een aantal plaatsen mét en een aantal plaatsen zonder behandeling¹⁸. CVZ krijgt signalen dat de controle "op welk bed" een verzekerde ligt en of er wel of geen aanspraak bestaat op artikel 15 Bza-zorg moeilijker wordt. Tevens wijst de praktijk erop dat de afbakening met andere regelingen voor het veld, zelfs voor professionals, zeer lastig is¹⁹. Dit geldt niet alleen voor de afbakening met regelingen buiten de AWBZ (Wmo, Zorgverzekeringswet), maar ook voor het onderscheid met andere AWBZ-aanspraken. Een goed voorbeeld hiervan is, bij de hulpmiddelen, de afbakening tussen artikel 15 Bza, outillagemiddelen (die onderdeel uitmaken van de functie verblijf) en verpleegartikelen in bruikleen (artikel 11 Bza).

¹⁶ Veelal de ZZP's 3 en 4

¹⁷ Rapport "Financiering van AWBZ-behandeling, omzien en vooruitkijken" november 2009, van Regio Beleidsonderzoek. Ook komt het voor dat verzekerden met ZZP's zonder behandeling worden opgenomen in instellingen die wel zijn toegelaten voor behandeling, met name de ZZP's VV1 en 2.

¹⁸ Denk in de sector V&V bijvoorbeeld aan verzorgingshuizen (van oorsprong niet toegelaten voor behandeling) met een speciale verpleegafdeling voor geriatrische patiënten (wel behandeling).

¹⁹ CVZ ontvangt via de afdeling ICB van zowel zorgkantoren, zorgaanbieders als verzekerden regelmatig vragen over de afbakening tussen artikel 15 Bza en andere regelingen.

Artikel 15 Bza omvat daarbij een groot aantal zorgvormen, waarvoor, zoals uit hoofdstuk 2 bleek, afzonderlijk steeds verschillende voorwaarden gelden. Deze voorwaarden zijn veelal historisch bepaald. Het is geen "logisch" systeem.

5.e. Heeft artikel 15 Bza nog meerwaarde?

In de volgende hoofdstukken gaat het CVZ in op de vraag of artikel 15 Bza kan worden afgeschaft, of dat de aanspraak nog meerwaarde heeft.

6. Normalisatie artikel 15 Bza?

6.a. Inleiding

In het voorjaar van 2011 heeft CVZ een inventarisatie verricht naar artikel 15 Bza. CVZ heeft onderzocht of afschaffing van 15 Bza in de rede ligt, of dat dit artikel nog meerwaarde heeft. Behalve onderzoek binnen CVZ zelf heeft CVZ hierover de mening gevraagd van een aantal stakeholders uit verschillende zorgsectoren²⁰. In dit hoofdstuk en in hoofdstuk 7 gaat het CVZ in op de onderzoeksvragen en geeft het zijn bevindingen weer.

6.b. Normalisatie als uitgangspunt

Zoals blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza was "normalisatie" het uitgangspunt bij de modernisering van de AWBZ: met deze term wordt bedoeld dat ook de verzekerden die gebruik maken van de AWBZ zoveel mogelijk "normaal" moeten worden benaderd en gebruik moeten maken van de procedures die voor alle burgers openstaan". Artikel 15 Bza is een uitzondering op dit uitgangspunt voor hen die verblijven en worden behandeld binnen dezelfde instelling.

In 2004 heeft het CVZ al gepleit voor normalisering van de aanspraak van artikel 15 Bza. Toen met name vanwege de complexiteit van de aanspraak. CVZ drong daarom aan op vereenvoudiging van de regelgeving²¹.

De complexiteit van de aanspraak is nog steeds actueel. Daarnaast zijn de in het voorgaande hoofdstuk beschreven ontwikkelingen inmiddels een reden om te bezien of artikel 15 Bza nog moet worden behouden en zo ja, voor welke groep. Een indicatie voor verblijf (ZZP) met behandeling is kennelijk niet meer altijd een reden voor verzekerden om zorg te betrekken binnen de muren van een instelling die behandeling biedt. De indicatiestelling voor verblijfszorg is hierop ook niet meer primair gericht. Ook beleidsmatig is er een tendens om het realiseren van zorg in de eigen woonomgeving te stimuleren. Is koppeling van artikel 15 Bza-zorg aan intramurale zorg dan nog wel opportuun?

Het CVZ gaat er (nog steeds) vanuit dat normalisatie van regelgeving, waar mogelijk, het uitgangspunt moet zijn. Bij het onderzoek naar artikel 15 Bza heeft het CVZ daarom "normalisatie" als vertrekpunt genomen. Normalisatie draagt bij aan heldere aanspraken en vereenvoudiging van

²⁰ Gereageerd hebben (op ambtelijk niveau) de volgende organisaties: Achmea (zorgtoer Zwolle), ACTIZ, Associatie Nederlandse Tandartsen, Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie, Nza, Platform GGZ, Platform VG, Verenso, Vereniging Gehandicapten Nederland, Vereniging tot bevordering der tandheelkundige gezondheid voor gehandicapten.

²¹ Signalement AWBZ "Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan", door CVZ op 23 december 2004 uitgebracht aan de bewindslieden van VWS.

regelgeving. Vereenvoudiging van regelgeving is ook een van de doelstellingen van de staatssecretaris.

De vraag is of artikel 15 Bza moet worden afgeschaft of dat dit artikel meerwaarde heeft boven verstrekking van zorg vanuit een mix van Zvw, Wmo en/of extramurale AWBZ. CVZ heeft zichzelf daarbij meer specifiek de volgende vragen gesteld:

1. *Als artikel 15 Bza op dit moment wordt genormaliseerd, wat zullen dan de gevolgen zijn? Met welke factoren moet rekening worden gehouden? Ligt, gelet hierop, normalisatie thans in de rede?*

Onder paragraaf 6c en verder gaat het CVZ op deze vragen in.

2. *Heeft handhaving van artikel 15 Bza nog meerwaarde en zo ja voor welke verzekerden? Moet de aanvullende zorg van dit artikel gekoppeld blijven aan intramurale zorg (verblijf en intramurale behandeling).*

CVZ beantwoordt deze vraag in hoofdstuk 7.

6.c. Gevolgen van normalisatie

Hieronder gaat het CVZ in op een aantal mogelijke gevolgen van normalisatie van artikel 15 Bza en factoren waarmee bij normalisatie rekening zal moeten worden gehouden. CVZ bespreekt dit aan de hand van de verschillende zorgvormen die deel uitmaken van de aanspraak.

1. Algemeen medische zorg

Het onderdeel algemeen medische zorg staat in nauwe relatie met de AWBZ-behandeling. Bij normalisatie zal de algemeen medische zorg moeten worden gescheiden van de AWBZ-behandeling die verzekerde in de instelling krijgt. Het is de vraag of dit vanuit zorginhoudelijk en/of financieel oogpunt mogelijk is²².

Een meer praktische vraag is of normalisatie ook betekent dat de algemeen medische zorg in instellingen door afzonderlijke huisartsen van verzekerden zou moeten worden verleend. Dit lijkt vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg een ongewenste ontwikkeling. De instellingsarts is goed in staat om deze zorg aan verzekerden te leveren.

2. Integrale behandeling van een psychiatrische aandoening

Dit onderdeel is in 2008 aan artikel 15 Bza toegevoegd. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet was dit de meest praktische oplossing om, ook na overheveling, integrale behandeling van een

²² Hierover zijn de meningen verdeeld. Zie de brief van de Minister van VWS van 5 juli 2010 "Toekomst AWBZ" Kamerstuk 30597, nr. 149.

psychiatrische aandoening in multifunctionele centra mogelijk te maken. Normalisatie van dit onderdeel zal gevolgen hebben voor de bekostigingssystematiek. Bij verstrekking vanuit de Zorgverzekeringswet zullen de instellingen met DBC's moeten gaan werken. Ook lijkt het niet goed mogelijk de behandeling van gedragsproblemen ten gevolge van een verstandelijke handicap en die ten gevolge van de psychische stoornis te scheiden.

3. Tandheelkundige zorg

De tandheelkundige zorg zoals die bij verblijf en behandeling in een instelling onder de aanspraak valt, is ruimer dan de tandheelkundige zorg voor volwassenen zoals die in de Zorgverzekeringswet is geregeld. De zorg heeft ook een ander karakter dan "normale" tandheelkundige zorg. Verzekerden die onder artikel 15 Bza gebruik maken van de tandheelkundige zorg hebben, in verband met hun aandoening of de daarvoor noodzakelijke behandeling (medicatie) veelal een slechte tandheelkundige conditie, waarvoor specifieke tandheelkundige hulp door een gespecialiseerde tandarts is vereist. De aandoening of daarmee gepaard gaande stoornissen maken daarbij veelal een speciale aanpak nodig, bijvoorbeeld een bepaalde gedragsmatige benadering bij dementerende ouderen of verstandelijk gehandicapten. Overleg met de overige behandelaars is hierbij vaak vereist. De aandoening of stoornis kan ook het gebruik van aangepaste behandelapparatuur nodig maken, zoals een speciale behandelstoel in verband met lichamelijke handicaps. Deze groep verzekerden kan in de regel niet bij een "normale" tandarts terecht.

Normalisatie van de aanspraak, zonder verdere maatregelen, zou betekenen dat ook voor deze verzekerden de beperkte mondzorg van de Zorgverzekeringswet zou gaan gelden. Dit zal kunnen leiden tot een druk op duurdere, tweedelijnszorg (kaakchirurgie, narcosebehandelingen).

4. Farmaceutische zorg

Bij farmaceutische zorg onder artikel 15 Bza zijn, anders dan onder de Zorgverzekeringswet, de geneesmiddelen niet beperkt tot het Geneesmiddelen vergoedingensysteem (GVS). *Alle* farmaceutische hulp, mits doelmatig en voorgeschreven met een medisch doel, vallen onder de aanspraak. Ook dure geneesmiddelen voor chronisch gebruik (zoals aidsremmers) vallen onder de aanspraak. Deze kunnen een grote druk leggen op het instellingsbudget.

Op bekostigingsniveau is hiervoor iets geregeld. De Nza heeft voor verpleeginrichtingen die zijn toegelaten voor verblijf en behandeling een beleidsregel vastgesteld om op cliëntniveau afspraken te kunnen maken over extreme zorgkosten voor geneesmiddelen en zorggebonden materiaal. Per 1 januari 2012 kunnen ook intramurale instellingen voor

gehandicaptenzorg die zijn toegelaten voor verblijf en behandeling een beroep doen op de vergoeding van extreme zorgkosten voor geneesmiddelen²³.

Omdat bij artikel 15 Bza alle farmaceutische hulp onder de aanspraak valt, speelt bij deze zorgvorm vrijwel geen afbakeningsproblematiek. Onder de Zorgverzekeringswet spelen bij farmaceutische hulp wel afbakeningsvragen, met name ten aanzien van de medisch-specialistische zorg (ziekenhuisbudget). Het betreft dan met name de dure injecteerbare geneesmiddelen die door specialisten worden voorgeschreven voor onder andere reuma, psoriasis en (andere) immuunziekten.

Bij normalisatie zullen die afbakeningsvragen voor een grotere groep gaan gelden, namelijk ook voor de verzekerden die nu onder artikel 15 Bza vallen.

5. *Hulpmiddelen*

Op dit moment is de regeling voor de vergoeding van hulpmiddelen gecompliceerd en onoverzichtelijk:

Bij verblijf en behandeling in een instelling geldt voor individueel aangepaste hulpmiddelen artikel 15 Bza. Niet-individueel aangepaste hulpmiddelen die navolgend door meerdere personen bruikbaar zijn vallen niet onder artikel 15 Bza, maar onder de outillage van de instelling. Is geen sprake van verblijf en/of behandeling in dezelfde instelling dan moet de verzekerde zich voor de vergoeding van hulpmiddelen wenden tot de Zorgverzekeringswet. Bij tijdelijk gebruik van hulpmiddelen dient echter weer gebruik te worden gemaakt van de aanspraak op bruikleen van verpleegartikelen, van artikel 11 Bza. Vereenvoudiging is aangewezen.

Afschaffing van artikel 15 Bza zal voor een deel leiden tot vereenvoudiging, maar zal de afbakeningsvragen nooit helemaal wegnemen. Verwacht kan worden dat afbakeningsvragen blijven bestaan tussen verstrekking vanuit de Zorgverzekeringswet en outillage/bruikleenartikelen vanuit de AWBZ.

Ook is niet uitgesloten dat de afbakeningsvragen die nu binnen de Zorgverzekeringswet bestaan tussen de hulpmiddelenzorg en de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, voor een grotere groep verzekerden gaan gelden.

Onder de Zorgverzekeringswet is de hulpmiddelenzorg beperkt tot de hulpmiddelen die in het Besluit zorgverzekering zijn opgenomen. Een aantal hulpmiddelen zijn in de Zorgverzekeringswet inmiddels functioneel omschreven, maar andere zijn limitatief omschreven. Voor sommige hulpmiddelen geldt onder de Zorgverzekeringswet een eigen

²³ Beleidsregel CA-439 "Extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen", geldig tot 31-12-2011. Per 1-1-2012 is deze vervangen door Beleidsregel CA-484 "Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen". Zie www.nza.nl

bijdrage.

Bij verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling vallen *alle* hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de door de instelling te verlenen zorg onder de aanspraak van artikel 15 Bza. In die zin is de aanspraak vanuit de AWBZ ruimer en zal afschaffing van artikel 15 Bza voor de desbetreffende groep kunnen leiden tot minder ruime vergoedingen.

Individueel gebruik rolstoel

Wat betreft het individueel gebruik van een rolstoel, kan normalisatie tot gevolg hebben dat de inhoud van de voorziening kan gaan verschillen, afhankelijk van de woonplaats van verzekerden. Normalisatie zal ook gevolgen hebben voor de rolstoelpoolconcepten, zoals die thans door veel zorgkantoren zijn opgezet.

Gemeenten die relatief veel of grote AWBZ-instellingen binnen hun gemeentegrenzen hebben, kunnen worden geconfronteerd met een onevenredig groot aantal aanvragen voor deze voorzieningen en dus financieel extra worden belast.

6.d. Normalisatie: mogelijk, maar niet nu

Aan normalisatie van artikel 15 Bza zitten, zoals uit het voorgaande blijkt, diverse haken en ogen. De aanspraak omvat een groot aantal verschillende zorgvormen met elk een eigen karakter en problematiek. Daarbij is de doelgroep zeer divers. Verzekerden die gebruik maken van artikel 15 Bza zijn afkomstig uit verschillende zorgsectoren. Elke sector heeft zijn eigen kenmerken. Normalisatie van artikel 15 Bza zal, zoals ook uit het voorgaande bleek, per onderdeel en per sector dan ook andere gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening en de uitvoeringspraktijk. Normalisatie van artikel 15 Bza is naar het oordeel van het CVZ niet onmogelijk, maar vereist een zorgvuldig implementatieproces, waarbij niet over "één nacht ijs" gegaan wordt en zorgvuldig naar (de wenselijkheid van) deze gevolgen wordt gekeken.

Ook in het licht van de veranderingen die plaatsvinden binnen de langdurige zorg is het niet opportuun om artikel 15 Bza op dit moment zondermeer te normaliseren. Bovendien acht CVZ het sowieso niet mogelijk om de zorg van artikel 15 Bza voor *iedere* verzekerde af te schaffen. Dit licht het CVZ toe in het volgende hoofdstuk.

7. Meerwaarde artikel 15 Bza

7.a. Inleiding

In dit hoofdstuk legt het CVZ uit dat artikel 15 Bza voor een bepaalde groep verzekerden meerwaarde heeft boven verstrekking vanuit de reguliere situatie. Dit hangt samen met de aard van de zorg die in het kader van artikel 15 Bza wordt geboden en met de zorgzwaarte van de desbetreffende verzekerden.

7.b. Meerwaarde bij “zware zorgbehoefte”

In hoofdstuk 3 werd al opgemerkt dat tussen artikel 15 Bza en verstrekking van zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Wmo en/of extramurale AWBZ verschillen bestaan tussen inhoud, omvang en verstrektingsvoorwaarden van de zorg. Belangrijk is echter ook dat de zorg van artikel 15 Bza *naar zijn aard* anders is dan de zorg die in de reguliere zorgsituatie wordt geboden.

In de reguliere zorgsituatie wordt de zorg vanuit verschillende domeinen verstrekt. De verantwoordelijkheid voor het leveren van de (totale) zorg is niet bij één zorgaanbieder belegd. Bij artikel 15 Bza is sprake van een integraal pakket aan AWBZ-zorg. De zorg wordt in samenhang, vanuit één hand en onder één verantwoordelijkheid, (bijvoorbeeld van de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde) door de instelling aan verzekerde geleverd.

Uit het onderzoek dat CVZ heeft verricht bleek dat een dergelijk integraal zorgaanbod meerwaarde heeft voor verzekerden met een “complexe” zorgvraag. Het gaat om de zware zorgbehoefte, waarbij sprake is van regieproblemen, multiproblematiek en waarbij afstemming nodig is tussen de AWBZ-behandelaar en de overige behandelaars (zoals de tandheelkundig specialist, de psychogeriater, de psychiater etc.). De aanvullende zorg van artikel 15 Bza heeft in die gevallen vaak een relatie met AWBZ-behandeling waarop verzekerde is aangewezen, in die zin dat de aanvullende zorg er sterk mee is verweven en/of noodzakelijk is om adequate behandeling mogelijk te maken. Dit geldt met name voor algemeen medische zorg, integrale behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische hulp en tandheelkundige zorg. Maar ook individueel aangepaste hulpmiddelen en het individueel gebruik van een rolstoel kunnen aan de behandeling en verzorging een dermate belangrijke bijdrage leveren²⁴ dat verstrekking vanuit één domein gewenst is.

²⁴ Bij artikel 15 Bza is de aanspraak op hulpmiddelen en het individueel gebruik van een rolstoel niet beperkt tot de noodzaak voor AWBZ-behandeling.

Concluderend gaat het om zorgsituaties waarin de zorgbehoefte dermate intensief en complex is, dat het niet meer verantwoord en/of doelmatig is om de benodigde zorg uit meerdere domeinen te betrekken. Voor deze groep verzekerden is een integraal en multidisciplinair zorgaanbod noodzakelijk.

Welke verzekerden dit precies zijn, zal nog nader moeten worden onderzocht.

De omschrijving vertoont sterke gelijkenis met de groep die CVZ in het Pakketadvies 2011 "de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte" noemt. In het Pakketadvies gaat CVZ ervan uit dat bij deze doelgroep *allesomvattende zorg* in de zorgverzekering behoort, waaronder zowel de op gezondheidszorg gerichte activiteiten als op sociale interactie gerichte activiteiten, als de woon- en toezichtfunctie wordt verstaan. Over de definitie van "de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte" zal CVZ een afzonderlijk advies uitbrengen.

7.c. Koppeling aan intramurale zorg?

De aanvullende zorg van artikel 15 Bza is op dit moment niet zozeer gekoppeld aan een bepaalde, nader omschreven zorgzwaarte, maar aan de voorwaarden van intramuraal verblijf en intramurale behandeling in dezelfde AWBZ-instelling.

Het is de vraag of deze koppeling aan intramurale zorg in stand kan blijven.

Dit hangt onder andere af van de wijze waarop de verblijfszorg binnen de langdurige zorg zal worden vormgegeven. Zoals eerder vermeld, kan verblijfszorg nu al buiten de muren van een instelling worden gerealiseerd. De staatssecretaris heeft daarbij het voornemen om zorg en wonen binnen de langdurige zorg te gaan scheiden en zorg in de eigen omgeving beter te faciliteren. CVZ doet voor scheiden van wonen en zorg een voorstel in het Signalement "Wonen en zorg".

In het verlengde hiervan ligt een koppeling van de extra zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van intramurale zorg volgens het CVZ niet persé voor de hand.

8. Conclusies

CVZ concludeert dat afschaffing van artikel 15 Bza, gezien de complexiteit daarvan, op dit moment niet gewenst is. Deze aanspraak zal moeten worden herzien binnen de ontwikkelingen die zich voordoen binnen de langdurige zorg.

De artikel 15 Bza-zorg zal in ieder geval niet voor alle verzekerden kunnen worden afgeschaft. Artikel 15 Bza heeft meerwaarde voor verzekerden met een zware zorgbehoefte, dat wil zeggen een zorgbehoefte die dermate intensief en complex is, dat het niet meer verantwoord en doelmatig is om de benodigde zorg uit meerdere domeinen te betrekken. Voor deze groep verzekerden is een integraal en multidisciplinair zorgaanbod noodzakelijk.

Welke groep verzekerden dit precies is, zal nog moeten worden uitgezocht.

Hoe de aanspraak op artikel 15 Bza vervolgens wordt vormgegeven, hangt mede af van de wijze hoe de verblijfszorg in de langdurige zorg wordt geregeld. Gezien de ontwikkeling richting zorg in de thuissituatie en het scheiden van wonen en zorg, ligt een koppeling van de aanvullende zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van *intramurale* zorg volgens CVZ niet zondermeer voor de hand.

9. Literatuurlijst

CVZ Signalement AWBZ "Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan", op 23 december 2004 uitgebracht aan de bewindslieden van VWS.

CVZ Rapport "Toekomst AWBZ", op 26 augustus 2004 uitgebracht aan de bewindslieden van VWS.

CVZ Pakketadvies 2011, op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van VWS.

Regio Beleidsonderzoek. Rapport "Financiering van AWBZ-behandeling, omzien en vooruitkijken" november 2009.

Van der Veen, R., De toekomst van de langdurige zorg (september 2011)

TNO-rapport

TNO/LS 2012.005

**AWBZ en de indicatie verblijf: een exploratief
onderzoek naar de overwegingen rondom
aanvraag en invulling**

**Behavioural and Societal
Sciences**

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

Datum	1 maart 2012
Auteur(s)	Dr. G.J. Wijlhuizen D.M. van der Klauw, MSc Drs. Y.J.F.M. Jansen Drs. R. Mooij Dr. N.L.U. van Meeteren
Aantal pagina's	76 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	6
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Projectnaam	AWBZ en de indicatie verblijf
Projectnummer	051.01607

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2012 TNO

Samenvatting

In Nederland hebben ca. 329 duizend personen een intramurale indicatie 'verblijf' vanuit de AWBZ. Een deel van deze personen kiest er voor om thuis te blijven wonen, ondanks een intramurale indicatie.

Onduidelijk is waarom personen met een indicatie verblijf kiezen voor daadwerkelijk intramuraal verblijf (Zorg in natura; ZIN) of voor een andere leveringsvorm van zorg zoals bijvoorbeeld een Volledig pakket thuis (VPT) of een persoonsgebonden budget (pgb).

TNO heeft in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) inzicht gegenereerd in de belangrijkste overwegingen (in het bijzonder met betrekking tot beperkingen in functioneren en participeren) die cliënten met een indicatie voor verblijf maken bij de keuze voor de leveringsvorm van de zorg (ZIN, VPT of pgb).

Methode

In overleg met CVZ is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarbij gebruik gemaakt is van verschillende onderzoekstechnieken, te weten:

- een beknopt literatuuronderzoek naar wat reeds bekend is in de Nederlandse literatuur over de overwegingen van cliënten rond hun keuze voor de leveringsvorm van AWBZ-zorg;
- face-to-face interviews met 38 cliënten en hun mantelzorgers (samen te noemen: informanten). In overleg met CVZ zijn , gespreid over rurale en urbane provincies, voor de interviews de volgende drie doelgroepen gekozen, te weten:
 - ouderen (75+) met somatische aandoening/beperking (SOM 75+);
 - volwassenen (18+) met verstandelijke handicap (VG 18+);
 - volwassenen (18+) met psychiatrische aandoening/ beperking (PSY 18+).
- focusgroepen met negentien professionals verbonden aan het zorgsysteem aangevuld met drie interviews uit verschillende organisaties die betrokken zijn bij de aanvraag en invulling van een verblijfsindicatie door cliënten en hun mantelzorgers.

Gezien het exploratieve karakter van dit onderzoek, is enige voorzichtigheid geboden ten aanzien van de reikwijdte van de resultaten en conclusies.

Resultaten

Drie onderzoeksvragen stonden in dit onderzoek centraal, per onderzoeksvraag worden de belangrijkste resultaten hieronder weergegeven. In het algemeen geldt dat er geen verschillen zijn gevonden tussen antwoorden van respondenten uit urbane en rurale provincies.

1. *Welke problemen in functioneren hebben geleid tot het aanvragen van een verblijfsindicatie en een daarop volgende keuze voor leveringsvorm en welke zijn daarbij het belangrijkste?*

De belangrijkste overwegingen verschillen per grondslag, te weten: SOM 75+, VG 18+ en PSY 18+.

SOM 75+

De veranderende situatie die aan de basis ligt van het aanvragen van een indicatie verblijf heeft bij ouderen heeft niet zozeer te maken met wonen, maar met een toename van benodigde 'zorg'. Bij verhuizing naar een georganiseerde woonvorm is vaker sprake van een acute verandering van de situatie, bij het wonen in een eigen woning verloopt deze verandering vaak meer geleidelijk. De belangrijkste overwegingen om een indicatie voor verblijf aan te vragen, hebben betrekking op onvoldoende ondersteuning bij ADL activiteiten, in het bijzonder de ondersteuning die mantelzorgers hierbij bieden. Mantelzorgers maken zich daarnaast zorgen om de veiligheid van de cliënt, bijvoorbeeld dat niemand in de buurt is als de cliënt valt.

De keuze voor de leveringsvorm en woonvorm komt ook voort uit onbekendheid met het beschikbare aanbod. De meeste ouderen in dit onderzoek die kiezen voor een georganiseerde woonvorm met ZIN, zijn onbekend met alternatieve leveringsvormen als een pgb of VPT. Daarnaast geeft een aantal ouderen aan dat een sociaal isolement reden is om te verhuizen naar een zorginstelling. Ouderen die in een eigen woning blijven wonen met een pgb kiezen dit voornamelijk vanuit hun behoefte aan zorg en de expliciete wens om in hun eigen woning te blijven wonen. Vaak hadden deze personen al een pgb op basis van een extramurale indicatie. Opvallend is dat de cliënten die kiezen voor pgb een relatief zware zzp-indicatie hebben.

VG 18+

De interviews laten zien, in tegenstelling tot de literatuur, dat de veranderende situatie bij cliënten met een verstandelijke handicap juist sterk te maken heeft met wonen en minder met zorg. Een natuurlijk beloop richting volwassenheid is de belangrijkste reden voor cliënten en met name de mantelzorgers om een indicatie 'verblijf' aan te vragen en deze in te vullen in een georganiseerde woonvorm.

De keuze voor de leveringsvorm pgb is wel gerelateerd aan zorg. De belangrijkste overwegingen van informanten die kiezen voor een georganiseerde woonvorm die met pgb is gefinancierd zijn de betere mogelijkheden voor flexibiliteit in geleverde zorg en zeggenschap over de geboden zorg. Cliënten die kozen voor invulling van de indicatie verblijf in de eigen woning, noemden in het bijzonder dat er sprake is van een relatief grote complexiteit van de zorgvraag; de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg. Bijna alle cliënten die kiezen voor een pgb blijken een relatief zware ZZP indicatie te hebben. Wat daarbij een rol speelt is dat zij relatief slecht kunnen omgaan met wisselende situaties en de hoeveelheid prikkels die dit geeft in een georganiseerde woonvorm en de verwachting van mantelzorgers dat zorginstellingen onvoldoende intensieve zorg kunnen bieden.

Evenals ouderen waren de meeste informanten uit deze categorie niet bekend met de leveringsvorm VPT.

PSY 18+

De indicatie aanvraag van cliënten met een psychiatrische aandoening komt in veel gevallen voort uit een eerdere crisisopname. In de literatuur wordt daarnaast het gebrek aan regievermogen en maatschappelijke overlast omschreven als belangrijkste overwegingen voor de aanvraag van een indicatie verblijf. Door de cliënten en diens mantelzorgers wordt tevens aangegeven dat de overbelasting van mantelzorg een belangrijke overweging is. Daarnaast speelt ook de overtuiging van

een natuurlijk beloop richting volwassenheid een rol, waar 'zelfstandig' verblijf buiten de gezinssituatie onderdeel van is.

Alle informanten in deze doelgroep hebben gekozen voor de leveringsvorm pgb. Zij kiezen voor een georganiseerde woonvorm of wonen in een eigen woning, vaak bij ouders. Informanten die kiezen voor een georganiseerde woonvorm geven aan dat het vooral gaat om zeggenschap over de geleverde zorg. Informanten die kiezen voor verblijf in een eigen woning geven aan dat zij dit doen omdat de geboden zorg in een georganiseerde woonvorm niet voldoet aan persoonlijke kenmerken van de cliënt, zoals het slecht kunnen omgaan met wisselingen in zorgpersoneel en het niet kunnen samenwonen met anderen. Opvallend is dat deze overwegingen niet direct gerelateerd zijn aan de zorgzwaarte.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat bij VG 18+ en PSY 18+ een grote mate van complexiteit van de benodigde zorg een belangrijke overweging is om de indicatie verblijf via een pgb in te vullen. Dit lijkt haaks te staan op de overwegingen die professionals in het zorgsysteem aangeven. Bij hen is de complexiteit van zorg een belangrijke overweging om de keuze voor leveringsvorm/woonvorm bij een verblijfsindicatie te sturen richting verblijf in een AWBZ instelling middels ZIN. Zo geven zij aan dat het voor zorgorganisaties onvoldoende mogelijk is om in de thuissituatie de multidisciplinariteit aan zorgverleners te leveren die nodig is bij complexe zorgvragen. Juist bij een veelheid aan problematiek, de veelheid en verscheidenheid van zorgverleners en een grote mate van onplanbare zorg wordt door professionals verondersteld dat zorg en ondersteuning efficiënter in een intramurale setting geleverd kan worden. Dit is ongeacht of dit past bij de wensen en behoeften van cliënten en diens mantelzorgers.

2. Wie hebben de cliënten ondersteund bij de aanvraag van een verblijfsindicatie en de keuze voor leveringsvorm en woonvorm?

Mantelzorgers hebben een belangrijke ondersteunende functie bij de aanvraag van een verblijfsindicatie en de keuze voor een leveringsvorm/woonvorm bij alle groepen. De (dreigende) overbelasting van de mantelzorg is een belangrijke overweging om een AWBZ verblijfsindicatie aan te vragen.

Zowel bij SOM 75+ als PSY 18+ komt de indicatie meerdere malen voort uit een crisissituatie waar na behandeling door een medisch specialist geadviseerd is tot de aanvraag van een AWBZ verblijfsindicatie. Bij ouderen heeft daarnaast de huisarts een ondersteunende rol bij de aanvraag.

Uit de cliëntinterviews zien we dat de cliënt weliswaar beperkte invloed heeft op de aanvraag van de indicatie, maar in veel gevallen wel aangeeft invloed te hebben op de keuze van de woonvorm waar de verblijfsindicatie wordt ingevuld. Deze invulling wordt meestal ondersteund door mantelzorgers, de zorgorganisaties (bij ZIN), een zorgbemiddelingsbureau (pgb) of door belangenorganisaties zoals MEE of Per Saldo.

3. Welke rol vervullen professionals in het zorgsysteem in het tot stand komen van een invulling van de indicatie verblijf en hoe stemmen zij het (bestaande) aanbod af op de vraag?

Uit de focusgroepen komt naar voren dat professionals in het zorgsysteem een grote rol hebben in de aanvraag van de indicatie verblijf en keuze voor leveringsvorm en woonvorm. Professionals in het zorgsysteem maken – al dan niet in samenspraak met cliënten en/of mantelzorgers – een inschatting van de benodigde woonvorm, zorg en ondersteuning voor cliënten. Daarbij worden veelal aanbod gestuurde inschattingen gemaakt, ingegeven door de bestaande financiering en financiële prikkels.

Conclusies

Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden de volgende conclusies getrokken:

Een verblijfsindicatie wordt aangevraagd als antwoord op een acute of geleidelijk veranderende situatie in het functioneren. Van een acute situatie is vooral sprake bij indicaties voor personen met een psychiatrische grondslag (vanuit een crisisopname) of indicaties voor ouderen met een lichamelijke aandoening die kiezen om te verhuizen naar een zorginstelling. Van geleidelijke verandering in het functioneren is sprake bij indicaties bij cliënten met een verstandelijke handicap (o.a.: wens tot meer zelfstandig wonen) en ouderen met een lichamelijke aandoening (toenemende zorgvraag) die kiezen om in de eigen woning te blijven.

- Bij de keuze van leveringsvorm zijn voor de onderscheiden grondslagen verschillende overwegingen aangegeven. De meest opvallende zijn:
 - bij cliënten (SOM 75+) die de indicatie invulden in een georganiseerde woonvorm, waren overwegingen als sociaal isolement en onveilig gevoel belangrijk, terwijl bij de cliënten die in de eigen woning bleven deze overwegingen niet naar voren kwamen. Zij noemden met name dat een reeds bestaande pgb werd voortgezet na indicatie verblijf;
 - bij cliënten (VG 18+) die de indicatie invulden in een eigen woning, werd de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg als overweging aangedragen, terwijl bij de cliënten in een georganiseerde woonvorm deze overweging niet naar voren kwam. Verblijf in een georganiseerde woonvorm werd gezien als een stap naar meer zelfstandigheid;
 - cliënten (PSY 18+) in een eigen woning gaven aan dat het niet kunnen omgaan met wisselingen in personeel, het niet kunnen samenwonen met anderen en wisselend functioneren belangrijke overwegingen zijn. Terwijl bij de cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kiezen deze overwegingen niet naar voren kwamen.
- Er wordt aangegeven dat het huidige zorg- en woonaanbod vanuit zorgorganisaties nog onvoldoende tegemoet komt aan de zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten, mede omdat:
 - Cliënten onvoldoende bekend zijn met bestaande alternatieven (pgb, VPT);
 - Zorg voor personen met complexe problemen in het functioneren (VG 18+, PSY 18+) onvoldoende passend is;
 - Zorgorganisaties de aanvraag sturen;
 - Keuze voor leveringsvorm en woonvorm vaak gebaseerd is op het bestaand aanbod;
 - Huidige financiering en in het systeem ingebedde financiële prikkels behoud van bestaand aanbod en budgetten bevorderen.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	7
1.1	Doelstelling	8
1.2	Vraagstelling	8
2	Onderzoeksopzet en methodologie.....	9
2.1	Onderzoeksopzet.....	9
2.2	Literatuuronderzoek.....	9
2.3	Interviews met cliënten en hun mantelzorgers	10
2.4	Focusgroep interviews met representatieve professionals in het zorgsysteem	13
2.5	Analyse en rapportage	14
3	Resultaten	15
3.1	Literatuur over indicatieaanvraag en keuze voor leveringsvorm	15
3.2	Interviews met cliënten en mantelzorgers	19
3.3	Focusgroep interviews met professionals in het zorgsysteem	33
4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	42
4.1	Beantwoording onderzoeksvragen	42
4.2	Overwegingen bij de methode van onderzoek	45
4.3	Conclusies	46
5	Literatuur	48
	Bijlage(n)	
	A Topiclijst cliëntinterviews	
	B Wervingsbrief voor de werving van informanten	
	C Bevestigingsbrief werving cliënten	
	D Topiclijst focusgroepen	
	E Overzicht literatuur	
	F Overzicht cliëntinterviews	
	G Overzicht focusgroep interviews	

1 Inleiding

In Nederland hebben ca. 329 duizend personen een intramurale AWBZ-zorg indicatie 'verblijf'. De twee grootste groepen zijn: ouderen (75+) met somatische aandoeningen (ca. 100.000) en personen (18+) met een verstandelijke handicap (ca. 68.000; CIZ, 2011). Intramurale indicaties zijn sinds 2009 geformuleerd in termen van zorgzwaartepaketten (ZZP's), waarbij drie sectoren worden onderscheiden op basis van de dominante grondslag: Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg. Mensen met een indicatie 'verblijf' kunnen kiezen voor drie leveringsvormen van zorg, te weten:

- Zorg in Natura (ZIN) in een AWBZ instelling;
- ZIN als Volledig Pakket Thuis (VPT, niet in een AWBZ instelling);
- Persoonsgebonden budget (pgb).

Deze leveringsvormen kunnen worden ingevuld met verschillende woonvormen. Onderstaande tabel 1 laat hier een overzicht van zien:

Tabel 1 Overzicht van mogelijke leveringsvormen gekoppeld aan woonvorm

		Leveringsvorm		
		ZIN		pgb
		ZIN-Instelling	ZIN-VPT	
Woonvorm	Georganiseerde woonvorm	Intramuraal verblijf	Particulier georganiseerde woonvormen	Particulier georganiseerde woonvormen, <i>bijv. ouderinitiatief of zorgboerderij</i>
	Eigen woning	<i>Niet van toepassing</i>	VPT gefinancierde zorg in eigen woning	pgb gefinancierde zorg in eigen woning

Bekend is dat een deel van de mensen met een indicatiestelling 'verblijf' er voor kiest om thuis te blijven wonen (in tabel 1 aangeduid met: Eigen woning). Er zijn nauwelijks cijfers over de omvang van deze groep. Enige indicatie over de omvang daarvan komt van een gezamenlijke website van het Ministerie van VWS, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en de MO groep. Hierin wordt aangegeven dat in Nederland ongeveer 18.000 mensen thuis wonen met een verblijfsindicatie¹.

Onduidelijk is waarom personen met een indicatie verblijf kiezen voor daadwerkelijk intramuraal verblijf (ZIN) of voor een andere invulling van zorg zoals bijvoorbeeld VPT of pgb. Daarbij is er onvoldoende inzicht in:

- de rol van beperkingen in functioneren en participeren als overweging bij deze keuze,
- of de keuze voor een leveringsvorm en woonvorm deze beperkingen naar wens en behoefte ondersteunt.

¹ <http://www.invoeringwmo.nl/onderwerpen/hulp-bij-het-huishouden>

Het belang van het ondersteunen van beperkingen wordt onderstreept in recente publicaties van de RVZ (2010) en de Gezondheidsraad (2009). In deze rapporten wordt gepleit voor het bevorderen van zelfredzaamheid van ouderen door de aandacht niet alleen te richten op het bestrijden van ziekte, maar ook op het bevorderen van functioneren; het verleggen van de focus van de zorg van 'zorg en ziekte' (zz), 'gezondheid en gedrag' (gg) naar functioneren en participeren (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010; Gezondheidsraad, 2009; Perenboom, Wijlhuizen, Galindo Garre, Heerkens, & Meeteren, Ter perse).

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft TNO gevraagd een exploratief onderzoek te doen naar de overwegingen van mensen met een indicatiestelling 'verblijf' om deze al dan niet met intramuraal verblijf te 'verzilveren'.

1.1 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het krijgen van inzicht in de belangrijkste overwegingen (in het bijzonder met betrekking tot [beperkingen] in functioneren en participeren) die cliënten met een indicatie voor verblijf maken bij de keuze voor de leveringsvorm van de zorg (ZIN, VPT of pgb).

1.2 Vraagstelling

Voor dit onderzoek zijn de volgende vragen geformuleerd:

De hoofdvraagstelling is:

Welke (verwachte) beperkingen in functioneren hebben geleid tot het aanvragen van een verblijfsindicatie en een daarop volgende keuze voor leveringsvorm en woonvorm, en welke factoren zijn daarop van invloed geweest?

Vanuit dit perspectief zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

1. Welke overwegingen hanteren cliënten in de aanvraag en leveringsvorm van een indicatie voor verblijf?
 - a. Welke (verwachte) beperkingen in het functioneren werden ervaren voor het aanvragen van de verblijfsindicatie?
 - b. Hoe hebben (verwachte) beperkingen in het functioneren een rol gespeeld bij de keuze van de leveringsvorm van de verblijfsindicatie?
 - c. Welke (verwachte) beperkingen in het functioneren waren voor de cliënten en/of hun mantelzorgers het meest belangrijk?
2. Wie hebben de cliënten ondersteund bij de aanvraag en leveringsvorm van een verblijfsindicatie?
 - a. Wie hebben de cliënten ondersteund bij de stappen vóór de aanvraag voor een verblijfsindicatie en op welke wijze?
 - b. Wie hebben de cliënten ondersteund bij de stappen na de aanvraag voor een verblijfsindicatie en op welke wijze?
3. Welke rol vervullen professionals in het zorgsysteem bij het tot stand komen van een invulling van de indicatie verblijf en hoe stemmen zij het (bestaande) aanbod af op de vraag?

2 Onderzoeksopzet en methodologie

2.1 Onderzoeksopzet

In overleg met CVZ is, naast een beknopt literatuuronderzoek, gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Kwalitatief onderzoek is uitermate geschikt voor onderwerpen die nog weinig onderzocht zijn, dan wel waarover een grote verscheidenheid bestaat in theoretische achtergronden (Denzin & Lincoln, 2005). Door het benutten van verschillende, elkaar aanvullende onderzoeksmethoden, geeft kwalitatief exploratief onderzoek de mogelijkheid een onderzoeksonderwerp vanuit verschillende perspectieven te belichten, beschrijven en interpreteren, zodat er een volledig beeld van een onderzoeksonderwerp ontstaat ('t Hart, 1998; Creswell, 2007; Creswell, 2003; Denzin & Lincoln, 2005).

De volgende combinatie van onderzoeksmethoden is gebruikt:

1. een beknopt literatuuronderzoek naar wat reeds bekend is in de Nederlandse literatuur over de overwegingen van cliënten rond hun keuze voor de leveringsvorm van AWBZ-zorg;
2. face-to-face interviews met cliënten en hun mantelzorgers (samen te noemen: informanten);
3. focusgroepen met zorgprofessionals uit verschillende organisaties die vanuit hun werk een betrokken zijn bij de aanvraag en invulling van een verblijfsindicatie door cliënten en hun mantelzorgers.

De drie toegepaste methoden en hun onderlinge relaties worden hieronder nader toegelicht.

2.2 Literatuuronderzoek

Het beknopte literatuuronderzoek richtte zich op Nederlandstalige publicaties. Een systematische review van de literatuur viel buiten de scope van dit project. Er is gericht gezocht binnen zoeksystemen van de Nederlandse wetenschappelijke bibliotheken, Picarta en Google Scholar. Daarbij zijn de volgende zoekcriteria gehanteerd:

- publicaties die na 2003 (invoering PGB nieuwe stijl) zijn verschenen;
- de volgende algemene zoektermen gebruikt: 'Verblijfsindicatie', 'Invulling zorgzwaartepakket', 'Redenen invulling verblijfsindicatie', 'Overwegingen verblijfsindicatie', 'Keuze verblijfsindicatie'. Daarnaast is specifiek gezocht op de invulling van een verblijfsindicatie met VPT ('Indicatie verblijf VPT AWBZ') en met een pgb ('Indicatie verblijf pgb AWBZ').

Op basis van titel en abstract/(management)samenvatting is een selectie gemaakt van mogelijk relevante publicaties. Vervolgens is een selectie gemaakt gericht op die publicaties die primair gericht waren op de overwegingen van cliënten bij de aanvraag en de keuze voor leveringsvorm en woonvorm volgend uit een indicatie verblijf. Het literatuuronderzoek is verkennend gebruikt voor:

- het verkrijgen van een globale *state of the art* indruk van het onderwerp van studie;
- het opstellen van de topiclijst voor de interviews met cliënten en mantelzorgers en voor de focusgroepen met zorgprofessionals.

Vanwege het feit dat er in dit onderzoek slechts ruimte was voor een beknopte literatuurstudie, geven de uitkomsten daarvan op hoofdlijnen inzicht in de genoemde state of the art.

2.3 Interviews met cliënten en hun mantelzorgers

2.3.1 *Interviews met cliënten en mantelzorgers*

De interviews richtten zich op het beantwoorden van de vraagstellingen 1 en 2 vanuit het perspectief van cliënten en hun mantelzorgers.

Er is gekozen voor een semi-gestructureerde opzet van de interviews. Bij semi-gestructureerde interviews wordt topiclijst met te bespreken thema's als leidraad voor de gesprekken gebruikt zonder dat het de volgorde van de te bespreken onderwerpen/thema's vastlegt. Dit geeft interviewers de mogelijkheid om het interview aan de dynamiek van het interview aan te passen, en geeft deelnemers de mogelijkheid om meer uit te wijden over onderwerpen/thema's die besproken worden (Creswell J. , 2003; Bowling, 2002; Evers, 2007).

Topiclijst

De te bespreken onderwerpen voor de interviews zijn vastgelegd in een topiclijst die is afgestemd met CVZ (zie bijlage A).

De concrete topics zijn ingedeeld op basis van de onderscheiden componenten van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001). De ICF is een internationaal geaccepteerde taal voor het beschrijven van het menselijk functioneren. De ICF bevat twee delen met elk twee componenten:

Deel 1: Menselijk functioneren en functioneringsproblemen:

- A. Functies en anatomische eigenschappen
- B. Activiteiten en participatie

Deel 2: Factoren:

- C. Externe factoren
- D. Persoonlijke factoren

De ICF beschrijft de gezondheidstoestand van personen waarbij functioneren en participeren (deel 1: Functioneren) centraal staat. Daarbij heeft het functioneren en participeren een wisselwerking met aandoeningen en met externe en persoonlijke factoren (deel 2: Factoren). In de rapportage van de onderzoeksgegevens hanteren wij deze hoofdindeling van de ICF, namelijk: Functioneren (deel 1) en Factoren (deel 2) om de resultaten te ordenen.

2.3.2 *Doelgroepen*

In overleg met CVZ zijn voor de interviews de volgende drie doelgroepen gekozen, te weten:

1. ouderen van 75 jaar en ouder met somatische aandoening/beperking (SOM 75+);
2. volwassenen (18+) met een verstandelijke handicap (VG 18+);
3. volwassenen (18+) met een psychiatrische aandoening/ beperking. (PSY 18+). Het gaat daarbij specifiek om cliënten met verblijf met ondersteuning, vanaf dag 1 (categorie C).

In dit onderzoek is gestreefd naar een zo evenredige mogelijke verdeling in aantallen cliënten per doelgroep, leveringsvorm en woonvorm (Georganiseerd (in AWBZ instelling) of in Eigen woning). Daarnaast is gestreefd naar een verdeling van de cliënten naar urbane en rurale regio's in verband met mogelijke verschillen in nabijheid en beschikbaarheid van gewenste zorgvoorzieningen. Cliënten zijn geworven uit de volgende regio's (Urbain: de provincies Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Holland) en (Ruraal: Drenthe, Zeeland Groningen en Limburg).

Werving

In het onderzoek zijn de cliënt en zijn/haar mantelzorger (samen het cliëntstelsel) beschouwd als één informant.

Voor de werving is gebruikt van een pragmatische bottom-up aanpak. Er zijn voor de verschillende doelgroepen verschillende kanalen benut.

- Informanten die de zorg thuis hebben gekozen hebben zich hoofdzakelijk via de belangenorganisatie voor mensen met een pgb (*Per Saldo*) aangemeld. Via de nieuwsbrieven die via per mail direct aan hun leden (ca. 16.000) zijn gestuurd en via de website van Per Saldo is in oktober een oproep voor medewerking aan het onderzoek geplaatst, die in november is herhaald. Personen – cliënten en mantelzorgers – konden zich via de mail aanmelden als informant. Gezien de omvang van de oproep en de aard van het onderzoek (exploratief) verwachten de onderzoekers niet dat de wijze van werving de resultaten sterk eenzijdig heeft beïnvloed;
- Informanten die voor verblijf in een zorginstelling hebben gekozen zijn hoofdzakelijk via betreffende instellingen in de geselecteerde regio's geworven, te weten via zorgorganisaties in de Verzorging en Verpleging (V&V), in Gehandicapte zorg (VG), en zorgorganisaties in de GGZ. Omwille van privacy redenen zijn de namen van de betreffende zorgorganisaties weggelaten. Indien gewenst zijn deze zijn opvraagbaar bij de onderzoekers.

De wervingstekst voor de werving van informanten is bijgevoegd in bijlage B. Informanten konden zich vrijwillig aanmelden op basis van de drie inclusiecriteria die vermeld stonden in de aanmeldingsbrief (zie ook werving en bijlage B).

2.3.3 *Inclusiecriteria*

Voor de werving van informanten zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt:

- cliënten dienden te behoren tot de bovengenoemde doelgroepen;
- cliënten dienden minimaal 18 jaar te zijn;
- indicatie voor verblijf aan cliënten afgegeven in de periode juni 2010 tot juni 2011;
- cliënten die binnen deze periode ook een keuze hebben gemaakt voor een leveringsvorm en woonvorm op basis van een indicatiebesluit verblijf.

Deze inclusiecriteria zijn gekozen, omdat daarmee de tijdsperiode tussen het nemen van het besluit en dit onderzoek naar de relevante overwegingen relatief kort is. Hierdoor is de kans groter dat de overwegingen nog vers in het geheugen liggen van de betrokkenen en relatief goed te reproduceren zijn.

Voor de inclusie van informanten is geen onderscheid gemaakt naar nieuwe indicaties of herindicaties. Er is van uit gegaan dat cliënten bij een herindicatie voor verblijf opnieuw een overweging kunnen maken. Daarbij kan het zijn dat zij bij een eerdere indicatie de juiste keuze van leveringsvorm hebben gemaakt, of dat zij besluiten voor een andere leveringsvorm van zorg te kiezen.

Voor de inclusie en onderverdeling van cliënten in doelgroepen is uitgegaan van de doelgroep waarvoor de cliënten of diens mantelzorgers zich aanmeldden. In geval cliënten of diens mantelzorgers werd aangegeven dat er sprake van multiproblematiek, werd de doelgroep waaronder de cliënt en diens mantelzorgers zichzelf vonden toebehoren gehanteerd voor de verdeling van cliënten in de doelgroepen (de grondslag voor de indicatie).

Als exclusiecriteria golden:

- Cliënten met een dominante grondslag psychogeriatrisch of lichamelijke handicap;
- Cliënten die op het moment van aanvang van dit onderzoek nog geen indicatie verblijf hadden aangevraagd.

2.3.4 *Praktische uitvoering*

De interviews zijn afgenomen door I&O Research. Een onderzoeksbureau, waarvan de medewerkers - allen met een sociaalwetenschappelijke academische achtergrond - grote ervaring hebben met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek in het algemeen, en interviews in het bijzonder. De interviewers zijn vooraf door de onderzoekers (YJ, GJW en RM) geïnstrueerd over het gebruik van de topiclijst. De interviews zijn gehouden op voorkeurslocatie van de cliënten. Daardoor werd zoveel mogelijk aangesloten bij de vertrouwde leefwereld van de geïnterviewde, hetgeen belangrijk is voor het creëren van sfeer en beoogde openheid van de geïnterviewden over het onderwerp (Evers, 2007).

Bij de interviews waren de mantelzorgers aanwezig. Dit kan mogelijk hebben geleid tot enige vertekening van de ervaringen van de cliënt. Gezien de aard van de onderzoeksgroepen (kwetsbare personen) en de rol van mantelzorgers, vonden de onderzoekers de aanwezigheid van mantelzorgers echter een noodzakelijke voorwaarde om met cliënten interviews af te kunnen nemen. De aanwezige mantelzorgers konden tegelijkertijd ook zaken aandragen die de cliënten zich niet meer herinneren, waardoor er van rijker interviewmateriaal sprake is.

2.3.5 *Verslaglegging en privacy*

De interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewden, door de interviewers van I&O Research opgenomen met een voicerecorder. De interviewers verzorgden de schriftelijke verslaglegging van de interviews na afloop van de interviews. Vooraf aan de interviews zijn de interviewers tevens door de onderzoekers (YJ, GJW, en RM) geïnstrueerd over de nauwkeurigheid van de schriftelijke verslaglegging.

Door middel van encrypted e-mailverkeer zijn de interviewverslagen van de individuele interviews en geluidsbestanden geanonimiseerd en vervolgens aan de TNO-onderzoekers overgedragen.

Een toetsing van het onderzoek door een Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC), werd niet noodzakelijk geacht omdat er geen sprake was van invasieve medische behandeling of om ingrijpende en belastende vragen. In dit onderzoek is wel gevraagd naar de ervaren gezondheid en beperkingen in het functioneren, zoals ervaren door cliënten en diens mantelzorgers. Toestemming voor gebruik van

de interviewgegevens is verkregen van de cliënt en/of diens mantelzorgers, na uitgebreide mondelinge en schriftelijke informatie (zie bijlage C) over de belangrijkste onderwerpen in het interview. Bij het maken van interviewafspraken is nogmaals expliciet door de interviewers van I&O Research toestemming gevraagd en verkregen voor het geanonimiseerd gebruik van de interviewgegevens.

2.4 Focusgroep interviews met representatieve professionals in het zorgsysteem

De beantwoording van vraagstelling 3 stond centraal in de focusgroepen. In de regio's Zuid-Holland, Utrecht, Zeeland en Drenthe zijn de relevante zorgorganisaties of aan het zorgsysteem gerelateerde organisaties benaderd voor vertegenwoordiging in de focusgroepen. Het gaat daarbij om vertegenwoordigers van regionale zorgaanbieders voor de verschillende doelgroepen, vertegenwoordigers van Zorgkantoren, het Centraal Orgaan Indicatiestelling Zorg (CIZ) en vertegenwoordigers van belangenorganisaties zoals MEE, Per Saldo, Kans Plus en Stichting Welzijn Ouderen.

Er is in dit onderzoek bewust voor gekozen om alleen professionals uit te nodigen die primair gerelateerd zijn aan het aanvraag of keuzeprocés en geen personen vanuit het beleids- en bestuursniveau. Dit omdat deze professionals naar verwachting veelal op een geaggregeerd en relatief abstract niveau informatie zouden kunnen verschaffen over het aanvraag of keuzeprocés.

2.4.1 Opzet

Er zijn drie focusgroep bijeenkomsten georganiseerd. De urbane regio's (Zuid-Holland en Utrecht) zijn samengevoegd in één focusgroep bijeenkomst. Daarnaast is een focusgroep gehouden in elk van de rurale regio's Zeeland en Drenthe. De focusgroep bijeenkomsten zijn aangevuld met drie telefonische interviews, omdat vertegenwoordigers geïnteresseerd in deelname niet in staat waren bij de focusgroepen aanwezig te zijn.

Een topiclijst, gebaseerd op de topiclijst voor de interviews met cliënten, diende als leidraad voor de focusgroepen. De topiclijst voor de focusgroep bijeenkomsten is bijgevoegd in bijlage D.

De focusgroepen werden geleid door twee onderzoekers van TNO (YJ en DvdK).

De focusgroepen en de aanvullende telefonische interviews met vertegenwoordigers van zorgorganisaties, zijn na toestemming van de aanwezige deelnemers opgenomen met een voicerecorder. Tevens is de vertegenwoordigers toestemming gevraagd voor geanonimiseerd gebruik van het gespreksmateriaal van de focusgroepen.

De resultaten van de focusgroepen zijn door de onderzoekers schriftelijk samengevat.

2.5 Analyse en rapportage

Analyse van het onderzoeksmateriaal had een cyclisch en thematisch karakter. Gedurende het gehele onderzoek is het onderzoeksmateriaal geanalyseerd op “verzadiging”² in de door cliënten en mantelzorgers en door professionals genoemde overwegingen voor het aanvragen van verblijfsindicaties en de keuze voor leveringsvormen en woonvormen. Analyse van het onderzoeksmateriaal ten behoeve van rapportage heeft na afronding van de interviews met cliënten en hun mantelzorgers en de focusgroepen met representatieve professionals in het zorgsysteem plaatsgevonden.

Na een eerste globale lezing van het onderzoeksmateriaal is het materiaal nogmaals thematisch geanalyseerd. Dit heeft zowel op een inductieve wijze (thema's benoemd die opkwamen uit de empirie) als op een deductieve wijze plaatsgevonden (thema's benoemd vanuit de vraagstelling van het onderzoek; (Creswell, 2003)). Hierbij is gebruik gemaakt van triangulatie van het onderzoeksmateriaal verkregen met de gebruikte onderzoekstechnieken: beknopt literatuuronderzoek, interviews met cliënten en hun mantelzorgers en focusgroepen met een representatieve set van professionals in het zorgsysteem. Hierbij is gelet op overeenkomende thema's of elkaar overlappende, aanvullende of elkaar tegensprekende thema's (consensus en dissensus). De onderzoekers YJ, DvdK, GJW en RM hebben analyse en triangulatie van het onderzoeksmateriaal onafhankelijk van elkaar uitgevoerd, waarbij nadien onderling consensus is verkregen over de analyses en de te rapporteren bevindingen (peer debriefing). Voor de rapportage van de belangrijkste bevindingen zijn de onderzoeksvragen en de consensus en dissensus in thema's in het onderzoeksmateriaal leidend geweest.

Ter ondersteuning van de validiteit en betrouwbaarheid is de volgende procedure gevolgd:

- Gebruik van verschillende kwalitatieve onderzoekstechnieken ten behoeve van triangulatie;
- Analyse op basis van overeenkomende en elkaar aanvullende of tegensprekende thema's (consensus en dissensus);
- Onafhankelijke analyse door de onderzoekers en consensusvorming over te rapporteren bevindingen (peer debriefing);
- Voor een goede navolgbaarheid is de gevolgde onderzoeksmethodologie nauwkeurig beschreven en zijn de bronnen in de rapportage gebruikt als referentie;
- De bevindingen zijn gerapporteerd in het licht van de huidige debatten over het scheiden van wonen en zorg, leveringsvormen en woonvormen;

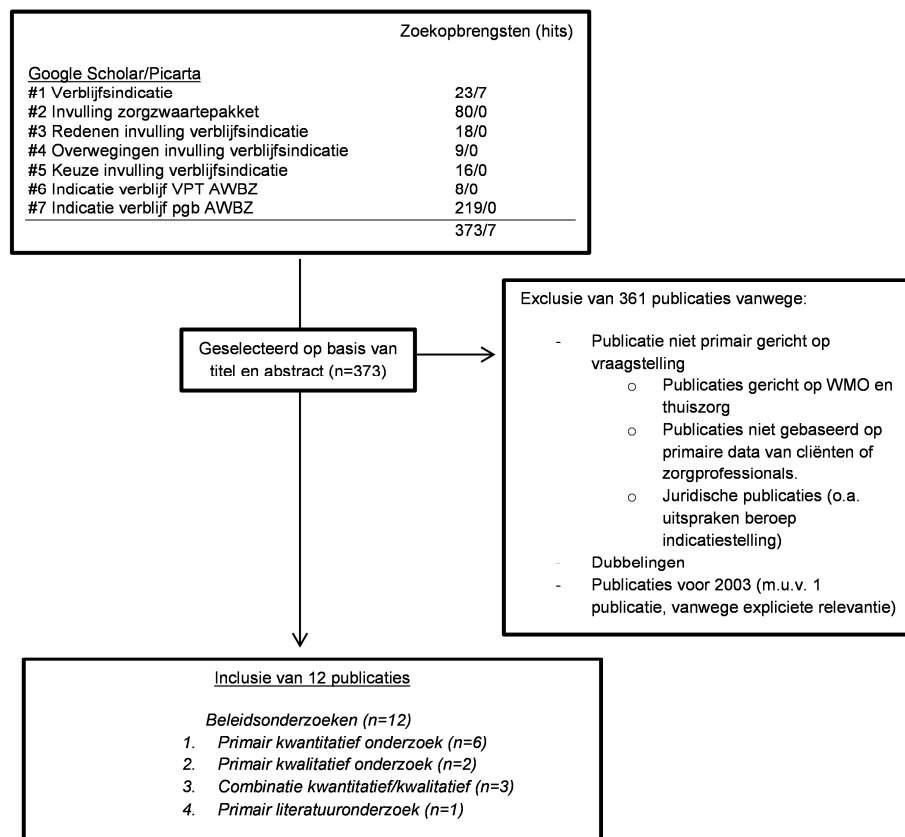
De wetenschappelijke kwaliteit van de rapportage versterkt door een TNO- interne kwaliteitscontrole door onderzoekers niet (inhoudelijk) betrokken bij dit onderzoek (external auditing).

² In kwalitatief onderzoek wordt gesproken over verzadiging, als er geen nieuwe bevindingen, onderwerpen en/of observaties in het onderzoeksmateriaal - nodig voor het beschrijven van een te onderzoeken fenomeen (~onderzoeksvraag) - naar voren komen. Als er sprake is van verzadiging stabiliseert zich de verscheidenheid aan bevindingen, onderwerpen en/of observaties in het onderzoeksmateriaal (cf. (Creswell J. , 2003)).

3 Resultaten

3.1 Literatuur over indicatieaanvraag en keuze voor leveringsvorm

In totaal zijn 373 publicaties gevonden op basis van de zoekstrategie. Hiervan zijn op basis van titel en samenvatting twaalf publicaties geselecteerd die primair gerelateerd zijn aan de overwegingen rondom aanvraag van een verblijfsindicatie en keuze voor de leveringsvorm. Het exclusieproces van publicaties is weergegeven in figuur 1, waarbij moet worden benadrukt dat het hier vanwege het beknopte karakter niet gaat om een systematisch literatuuronderzoek. De publicaties zijn beleidsonderzoeken over dit onderwerp.



Figuur 1: Inclusie- en exclusieproces literatuuronderzoek

De twaalf publicaties handelen over de overwegingen rondom indicatieaanvraag en over de overwegingen rondom invulling van de indicatie 'verblijf'.

1. Vier publicaties gingen over de overwegingen rondom aanvraag van een verblijfsindicatie (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006a; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006b; Kemp, Plas, & Vree, 2007). Eén publicatie is gepubliceerd voor 2003, maar is vanwege de relevantie op dit onderwerp toch meegenomen (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001).

2. Acht publicaties beschreven de overwegingen cliënten, mantelzorgers en professionals rondom de invulling van een indicatie 'verblijf' (Peeters & Francke, 2007; Hollander, Vree, Mutsaers, & Driest, 2008; Boer & Hollander, 2010; Diepenhorst & Hollander, 2010; Ramakers, Doorn, & Schellingerhout, 2010; Hollander, Zelf kiezen voor zorg, 2011; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). In deze literatuur wordt geen specifiek onderscheid gemaakt naar grondslag. De gevonden publicaties bespraken de overwegingen rondom invulling met een alternatieve leveringsvorm dan ZIN en het keuzeproces van de keuze van leveringsvorm:
- Zes publicaties bespreken de overwegingen cliënten (budgethouders) en professionals rondom leveringsvorm pgb of VPT (Peeters & Francke, 2007; Boer & Hollander, 2010; Diepenhorst & Hollander, 2010; Dijk, Hengeveld, & Welling, 2010; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011).
 - Vier publicaties bespreken het keuzeproces van cliënten bij de keuze voor leveringsvorm van een (verblijfs)indicatie (Hollander, Vree, Mutsaers, & Driest, 2008; Ramakers H. , 2005; Hollander, Zelf kiezen voor zorg, 2011; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011).

Een overzicht van de gevonden literatuur en de resultaten van de documentanalyse wordt weergegeven in tabel 2. In bijlage E is een uitgebreid overzicht opgenomen van de geanalyseerde literatuur.

Tabel 2 Literatuuroverzicht overwegingen aanvraag van een verblijfsindicatie en keuze voor leveringsvorm

1. Overwegingen bij indicatie aanvraag 'verblijf'	
Overwegingen van cliënten en zorgprofessionals	Bron (Bijlage C)
<i>Ouderenzorg (SOM)</i>	
A. Functioneren	
<i>Functionies en anatomische eigenschappen</i>	
Gezondheidstoestand	1, 2, 3, 4
- Multimorbiditeit (+)	
- Acute ziekte	
<i>Activiteiten en participeren</i>	
- Geheugenproblemen	1, 3, 4
- Beperkingen bewegingsapparaat	
- Niet zelf alarm kunnen slaan	
- Geen overzicht in huishouden	
- Beperkingen uitvoeren ADL	
- Consequenties eigen gedrag niet kunnen overzien	
B. Factoren	
- Ongeschiktheid woning en omgeving (o.a. welzijnsvoorzieningen en vervoer)	1, 2, 3, 4
- Beperkte mogelijkheden mantelzorg	
- Beperkte mogelijkheden thuiszorg	

<i>Gehandicaptenzorg (VG)</i>	
A. Functioneren	
Activiteiten en participeren	4
- Niet zelf alarm kunnen slaan	
- Geen overzicht over taken in huishouden	
- Beperkingen uitvoeren ADL	
- Consequenties eigen gedrag niet kunnen overzien	
Noodzaak tot toezicht	4
Sociale zelfredzaamheid	4
- Risico vereenzaming	
- Problemen met opbouwen sociaal netwerk	
- Problemen met deelname aan maatschappelijk verkeer	
B. Factoren	
Ongeschiktheid woning en omgeving (o.a. welzijnsvoorzieningen en vervoer)	4
<i>GGZ (PSY)</i>	
A. Functioneren	
Activiteiten en participeren	4
- Niet zelf alarm kunnen slaan	
- Geen overzicht in huishouden	
- Beperkingen uitvoeren ADL	
- Consequenties eigen gedrag niet kunnen overzien	
B. Factoren	
Maatschappelijke afkeuring /probleemgedrag	4
- Agressie/schreeuwen	
- Drugsgebruik	
- Ongewenst in reguliere woonomgeving	
2. Overwegingen bij keuze leveringsvorm	
Overwegingen van cliënten en zorgprofessionals	Bron (Bijlage C)
A. Redenen voor alternatieve leveringsvorm (pgb/VPT)	
Eigen regie over zorg	7, 9, 10, 12
Beperkingen huidig zorgaanbod	5, 9, 12
Financiële vergoeding (o.a. betaling mantelzorg)	7, 8, 10

B. Keuzeproces invulling leveringsvorm	
Realisatie gewenste zorg	6, 11, 12
- Regie in keuzeproces	
- Tevredenheid aanbod ('klik' met zorgverleners)	
Keuzeproces	10,11
- Informatievoorziening (Huisarts, adviseur, mantelzorg, internet, belangenverenigingen/MEE)	

In de twaalf publicaties werden verschillende overwegingen van cliënten, mantelzorgers, professionals (zorgaanbieders en ondersteunende organisaties) teruggezien voor aanvraag van een verblijfsindicatie en keuze voor leveringsvorm. De belangrijkste overwegingen worden hieronder toegelicht.

Voor aanvraag van een verblijfsindicatie werd voor elk van de drie onderzochte grondslagen door cliënten en zorgaanbieders aangegeven dat beperkingen in functioneren, zoals het uitvoeren van ADL handelingen, een belangrijke overweging zijn (Kemp, Plas, & Vree, 2007). Daarnaast worden enkele specifieke overwegingen genoemd bij analyse van indicatiesbesluiten, zoals een verslechtering in gezondheidstoestand bij ouderen, sociale zelfredzaamheid bij volwassenen met een verstandelijke handicap en de acceptatie door de samenleving en omgeving bij mensen met een psychiatrische aandoening (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006a; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006b; Kemp, Plas, & Vree, 2007).

Voor de invulling met een leveringsvorm werden verschillende overwegingen door cliënten (budgethouders) en zorgaanbieders genoemd. Vier publicaties gaan over de leveringsvorm 'pgb' (Boer & Hollander, 2010; Diepenhorst & Hollander, 2010; Ramakers, Doorn, & Schellingerhout, 2010; VWS, 2011). Eén (kwalitatieve) studie richtte zich op levering van zorg door een VPT (Dijk, Hengeveld, & Welling, 2010). In deze studies werden eigen regie, beperkingen huidig zorgaanbod en financiële vergoeding van onder andere mantelzorg aangemerkt als belangrijkste redenen om een (verblijfs)indicatie in te vullen met een pgb of VPT.

Het kwalitatieve beleidsonderzoek van Hollander (2011) gaf inzicht in het keuzeproces van cliënten wat betreft de leveringsvorm gegeven de indicatie verblijf. Zo blijkt uit dit onderzoek dat ouderen slechts een beperkt aantal keuzemogelijkheden ervaren en dat zorgprofessionals hen weinig informatie bieden over verschillende mogelijkheden. Bij jongvolwassenen met een verstandelijke handicap is er echter een ander beeld. Zij zien veel keuzemogelijkheden. Jongeren en hun ouders gaan actief op zoek naar informatie op internet, via patiënt- en belangenverenigingen en MEE. Wanneer psychiatrische problematiek speelt zijn het vooral de ouders of, indien deze geen rol spelen, de cliënt zelf die op zoek gaat naar informatie. Het onderzoek laat zien dat de mate waarin cliënten zelf regie hebben in het proces verschilt sterk, maar veelal is deze in handen van familie, dan wel professionele hulpverleners of intermediairs. Bij de uiteindelijke keuze gaat het vooral om intuïtieve aspecten, zoals 'klik' met hulpverleners en goede sfeer bij de aanbieder.

3.2 Interviews met cliënten en mantelzorgers

Het eerste deel van deze paragraaf geeft een korte beschrijving van de geïnccludeerde cliënten en mantelzorgers. In paragraaf 3.2.2 worden de overwegingen rondom aanvraag en keuze voor leveringsvorm beschreven per grondslag. De overwegingen rondom aanvraag van een verblijfsindicatie zijn gegroepeerd op basis van de ICF (WHO, 2001) en gebaseerd op de twee onderscheiden delen, te weten 'functioneren' en 'factoren'.

3.2.1 Cliënten

In totaal hebben 39 informanten deelgenomen aan dit onderzoek. In het beschrijven van de resultaten wordt geen onderscheid gemaakt tussen opvattingen van mantelzorgers of cliënten, tenzij dit expliciet wordt aangegeven. Cliënten en mantelzorgers worden samen weergegeven als 'de informant'. Bij vijf cliënten met een somatische aandoening was geen mantelzorger aanwezig bij het gesprek.

Eén informant bleek na het interview niet in aanmerking te zijn komen voor een indicatie voor langdurig verblijf en had ook geen stappen ondernomen om deze indicatie aan te vragen dan wel in te vullen. Deze informant is daarom buiten het onderzoek gelaten.

In totaal zijn 38 casussen meegenomen bij dit onderzoek. Zeventien cliënten hebben een verblijfsindicatie gekregen op basis van lichamelijke problemen (SOM), twaalf vanwege een verstandelijke handicap (VG/LVG) en negen vanwege een psychiatrische aandoening (PSY). Tabel 3 geeft een overzicht van de cliënten. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de cliënten naar leveringsvorm en woonvorm. Geen van de cliënten maakte gebruik van een VPT. Op basis van de informatie afkomstig van de respondenten zijn geen verschillen geconstateerd tussen ruraal en urbaan gebied. Het geringe aantal respondent kan daarbij een factor zijn geweest. Om die reden wordt in dit rapport geen uitsplitsing gemaakt tussen resultaten van respondenten die afkomstig zijn van urbane en rurale gebieden.

In bijlage F is een tabel met een specifiek overzicht van cliënten en mantelzorgers verdeeld naar grondslag en leveringsvorm te vinden. Hierbij is ook een overzicht van de belangrijkste karakteristieken van ieder van de cliënten opgenomen.

Tabel 3 Overzicht van aantal en kenmerken van cliënten

	SOM	VG	PSY
Totaal informanten	17	12	9
Geslacht (vrouw/man)	11/6	6/6	3/6
Regio (landelijk/stedelijk)	13/4	7/5	6/3

Tabel 4 Overzicht aantal informanten per leveringsvorm en woonvorm

	Leveringsvorm					
	SOM		VG		PSY	
Woonvorm	ZIN	PGB	ZIN	PGB	ZIN	PGB
Georganiseerd	11	0	3	4	0	4
Eigen woning	0	6	0	5	0	5

3.2.2 Overwegingen van informanten bij indicatieaanvraag en invulling

In deze paragraaf worden de resultaten per grondslag weergegeven. Voor elke grondslag (SOM 75+, VG 18+ en PSY 18+) zijn de resultaten als volgt geordend:

- Beschrijving van twee casussen, onderscheiden naar gekozen woonvorm: Georganiseerd en Eigen woning. De namen zijn vanwege onbekendheid bij de onderzoekers en privacy redenen gefingeerd;
- Twee tabellen met daarin per tabel de belangrijkste overwegingen voor het aanvragen van een indicatie verblijf en voor de leveringsvorm en woonvorm. Eén tabel geeft de belangrijkste overwegingen weer van personen voor een georganiseerde woonvorm hebben gekozen, de andere tabel van personen die hebben gekozen de indicatie in te vullen in een eigen woning
- Een toelichting is onder de tabellen weergegeven.
-

Casusbeschrijvingen SOM 75+

Gekozen woonvorm: Georganiseerd

Marieke is 20 jaar. Bij haar geboorte heeft ze een aantal hersenbloedingen gehad, waardoor ze niet goed kan zien, last heeft van spasmen en niet kan spreken. Haar verstandelijk vermogen is gelijk aan dat van een kind van 3 jaar. Sinds Marieke klein is gaat ze al naar zorginstellingen, eerst naar een kinderdagcentrum, daarna naar een activiteitencentrum. Marieke kan zichzelf wassen, aankleden en tandenpoetsen, maar moet hierbij geholpen worden. Dit doen haar ouders. Ook heeft ze een magneetbord en een spraakcomputer, zodat ze kan communiceren. Ze gaat nog altijd elke dag naar het activiteitencentrum, waar ze helpt in de catering. Toen Marieke ouder werd, vonden haar ouders en zijzelf het goed als ze meer zelfstandig ging wonen. Dit hadden haar oudere broers ten slotte ook gedaan. Ze woont nu met 14 anderen in een appartementencomplex, waar 24 uur iemand aanwezig is. Het complex is opgericht door haar ouders en wordt gefinancierd vanuit een pgb. Alle bewoners leveren een deel van de benodigde zorg in het complex vanuit het pgb. Daarnaast heeft elke bewoner nog een aantal uren zorg die hij individueel kan invullen. Haar ouders vinden het een fijn idee dat zij voor de ondersteuning in haar persoonlijke verzorging nu niet meer op hen is aangewezen.

Gekozen woonvorm: Eigen woning

Bart (40 jaar) woont samen met zijn ouders van 70 jaar in een eengezinswoning. Hij heeft daar een eigen ruimte in de garage met een woon- en slaapkamer. Bart heeft het Syndroom van Down met het cognitieve vermogen van een vijfjarige en voortekenen van dementie. Hij heeft ook veel last van zijn ledematen en heeft dwangmatig gedrag. Barts ouders doen alles voor hem, zij zijn de houvast in zijn leven. Zij doen de boodschappen, helpen hem met wassen en douchen, controleren of het aankleden wel lukt en helpen hem met tandenpoetsen en scheren. Bart gaat elke werkdag naar een zorgboerderij, waar hij helpt met het verzorgen van de dieren. Sinds 2006 maakt Bart gebruik van betaalde zorg. Daarvoor deden zijn ouders alles voor hem, maar zij werden ouder en hadden moeite om hem te ondersteunen. De zorg wordt sindsdien ingevuld met een pgb. Het is voor Bart en zijn ouders geen optie dat hij verhuist, zolang thuis nog passende ondersteuning kan worden geboden. Toen de indicatie afliep, werd een zwaardere indicatie aangevraagd door Bart's ouders in overleg met hun huisarts. Deze hogere indicatie werd aangevraagd omdat Bart's ouders verder verzwakten en Bart's eigen gezondheidstoestand achteruit ging. Er was meer professionele ondersteuning nodig voor uitstapjes 's avonds en in het weekend en met wassen en aankleden. Uiteindelijk werd door het CIZ voor de benodigde zorg een indicatie 'verblijf' afgegeven. Bart heeft dit ingevuld met een pgb en woont nog steeds bij zijn ouders.

Overwegingen bij indicatieaanvraag verblijf en keuze voor leveringsvorm, Georganiseerde woonvorm, SOM 75+

Tabel 5: Overwegingen van 11 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (SOM 75+, georganiseerde woonvorm)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige beperkingen ADL & huishouden • Sociaal isolement <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Overbelasting mantelzorger <ul style="list-style-type: none"> – Alarmmeldingen – Huishoudelijke taken – Ondersteuning ADL • Mantelzorg: Zorgen over veiligheid cliënt • Beperkingen woning <ul style="list-style-type: none"> – Rolstoeltoegankelijkheid – Onveilig gevoel van cliënt • Partner verbleef al in zorginstelling 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT • Onbekend met pgb • “Geen zin meer om zorg te regelen” • Sociaal isolement • Onveilig gevoel van cliënt • Partner verbleef al in zorginstelling

Eigen woning, SOM 75+

Tabel 6: Overwegingen van 6 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (SOM 75+, Eigen woning)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (Verwachte) ernstige beperkingen ADL & huishouden <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Overbelasting mantelzorger <ul style="list-style-type: none"> – Huishoudelijke taken – Ondersteuning ADL • Mantelzorg: Zorgen over veiligheid cliënt • Beperkingen woning <ul style="list-style-type: none"> – Niet kunnen omgaan met alarmeringssysteem 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT • Voortzetting bestaande pgb-zorg • Combinatie zware en lichte verblijfsvraag van echtpaar niet mogelijk bij ZIN

Opvallend is dat cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kozen, overwegingen als sociaal isolement, onveilig gevoel noemden, terwijl bij de cliënten die in de eigen woning blijven deze overwegingen niet naar voren kwamen. Deze laatste cliënten noemden vooral een toename van zorg en daarmee samenhangende overbelasting van mantelzorg als belangrijkste reden. Bij twee echtparen ging het om een combinatie van een lichte en zware zorgvraag, waarvoor geen passend aanbod was in een zorginstelling. De cliënten die kiezen voor pgb blijken een relatief zware zzp-indicatie hebben. Zo hebben drie van de vier ouderen met een pgb een combinatie van lichamelijke en geheugenproblemen.

Resultaten per tabel SOM 75+

Toelichting resultaten SOM 75+ in georganiseerde woonvorm (tabel 5)

Overwegingen verblijfsindicatie

Als het gaat om functioneren werden voor beperkingen in ADL door cliënten genoemd als reden om een aanvraag te doen voor een verblijfsindicatie. Dit is gerelateerd aan problemen met het beweegstelsel en bij een aantal cliënten ook aan problemen met mentale functies (geheugen). Slechts twee cliënten wassen zichzelf en kunnen zichzelf aankleden. De overige cliënten kunnen dit niet meer zelf omdat zij zich niet goed meer kunnen bewegen of omdat zij niet kunnen bepalen welke handelingen gedaan moeten worden. De meeste cliënten maken om deze twee redenen ook gebruik van de maaltijdvoorzieningen van de instelling. Daarnaast wordt de woning schoongemaakt door de instelling, hoewel een aantal cliënten aangeeft dat zij daarin zelf ook een aantal taken voor hun rekening neemt.

Enkele cliënten met ZIN gaven aan dat een sociaal isolement in de thuissituatie reden was om te verhuizen naar een zorginstelling. *“Op gegeven moment zag ik niemand meer op een dag”*. De verschillen in beperkingen die cliënten ervaren om te communiceren zijn groot. De helft van de cliënten met ZIN is nog zeer communicatief, voor de andere helft is dit lastig, onder andere door taalproblemen of beperkingen in mentaal functioneren. Voor één persoon is communiceren hierdoor helemaal onmogelijk.

De aangegeven factoren die een rol speelden bij de overwegingen waren vooral gerelateerd aan de overbelasting van mantelzorgers. Mantelzorgers hebben voor alle cliënten een belangrijke rol. Voordat de verblijfsindicatie gesteld is, deden zij het huishouden, de boodschappen of hielpen zij met ADL taken. In een aantal cases gaf de mantelzorger zelf aan dat hij of zij de extra zorg niet meer kon leveren en was dit de doorslaggevende reden voor het aanvragen van een indicatie. *“Het kwam steeds vaker voor dat het alarm afging en dat wij werden opgepiept. Dan was C. gevallen en moest hij worden opgetild.”* De overwegingen van de mantelzorger klinken ook door in de overwegingen. Deze zijn gericht op de veiligheid van cliënten in hun oude woonsituatie. *“Op een dag had hij [cliënt] een plastic bakje op het fornuis gezet om melk op te warmen. Het bakje was helemaal gaan smelten. Toen dacht ik, zo is het niet meer veilig.”*

Veel cliënten gaven aan dat zij in de thuissituatie hun huis hebben laten aanpassen aan hun beperkingen met bijvoorbeeld beugels in de douche of door het verwijderen van drempels in het huis. Bij slechts twee ouderen in het onderzoek werd ongeschiktheid van de woning genoemd als een reden om te verhuizen, omdat de woning volgens de cliënt of mantelzorger niet toegankelijk was voor een rolstoel. Eén informant gaf aan dat het wegvallen van 24-uurs bezetting in de serviceflat reden was om te verhuizen naar een zorginstelling. Het wegvallen van deze ondersteuning maakte de informant angstig voor dat er iets zou gebeuren zonder dat er hulp aanwezig was. Ook kon één oudere niet omgaan met het alarmeringssysteem, waardoor meer zorg ingeschakeld moest worden om toezicht te houden en hulp te bieden wanneer nodig. Daarnaast gaven informanten aan dat ook overwegingen die los staan van het huidige functioneren een rol spelen. Eén oudere woonde al vanwege ziekte van de partner in een zorginstelling. Zij wilde na zijn overlijden niet terugverhuizen.

Overwegingen rondom keuze voor leveringsvorm/woonvorm

De belangrijkste geschetste overwegingen van ouderen met een somatische aandoening of beperking wat betreft de keuze voor leveringsvorm hadden vooral te maken met informatievoorziening. Bij de meeste ouderen is alleen ZIN bekend en zij zagen die als enige oplossing voor hun beperkingen. Van een VPT hadden de meeste ouderen niet eerder gehoord, noch van pgb. Slechts één cliënt gaf aan dat de mogelijkheid voor een VPT aangeboden is. Maar één mantelzorger heeft geprobeerd een pgb aan te vragen, maar toen dit niet mogelijk was door beperkingen in pgb-verstrekking is gekozen voor ZIN. Eén oudere gaf aan dat hij expliciet geen pgb wilde omdat hij op hoge leeftijd “*geen zin meer had om de zorg zelf te regelen*”.

Aangemerkt moet worden dat geen van de ouderen eigenlijk in een zorginstelling wil wonen. Alle geïnterviewden gaven aan dat zij hadden voorgesteld dat zij op hun oude dag nog in hun oude woning zouden wonen. Twee cliënten geven echter aan zich nu ‘thuis’ te voelen in de zorginstelling en zouden niet meer terug willen naar hun oude woning.

Toelichting resultaten SOM 75+ in eigen woning (tabel 6)*Overwegingen rondom indicatieaanvraag*

De overwegingen rondom indicatieaanvraag bij ouderen die in een eigen woning wonen zijn vergelijkbaar met die van ouderen die verblijven in een zorginstelling. Bij de factoren werd overbelasting van de mantelzorg als overweging aangegeven, hoewel de rol van de mantelzorgers aanzienlijk bleef in de meeste cases. Mantelzorgers stelden dat het pgb onvoldoende zorg dekt en dat daardoor aanvullende mantelzorg, eventueel in combinatie met aanvullende financiering, noodzakelijk was. De rol van mantelzorgers in dit onderzoek richtte zich met name op het huishouden, het ondernemen van activiteiten en ondersteunen bij de ADL handelingen. Daarnaast gaven informanten aan dat de mantelzorg vaak de zorgcoördinatie op zich neemt.

Eén oudere gaf aan dat de indicatie met name bedoeld was om te anticiperen op een toekomstscenario als de ziekte van de partner van de informant zou verergeren. De informant kon zich met deze verblijfsindicatie alvast inschrijven bij de zorginstelling van eerste keus. De overbruggingszorg is vervolgens ingevuld met een pgb.

De overwegingen rondom keuze voor de leveringsvorm/woonvorm

Ook ouderen die een pgb ontvangen, waren niet op de hoogte van de mogelijkheden van een VPT. De helft van de ouderen met pgb ontving al pgb-zorg voor de verblijfsindicatie en heeft deze voortgezet. Bij twee van de zes cliënten met een pgb was het bij elkaar wonen van een echtpaar met verschillende zorgzwaarte, de reden om de indicatie in te vullen met een pgb.

Casusbeschrijvingen VG 18+

Gekozen woonvorm: Georganiseerd

Marieke is 20 jaar. Bij haar geboorte heeft ze een aantal hersenbloedingen gehad, waardoor ze niet goed kan zien, last heeft van spasmen en niet kan spreken. Haar verstandelijk vermogen is gelijk aan dat van een kind van 3 jaar. Sinds Marieke klein is gaat ze al naar zorginstellingen, eerst naar een kinderdagcentrum, daarna naar een activiteitencentrum. Marieke kan zichzelf wassen, aankleden en tandenpoetsen, maar moet hierbij geholpen worden. Dit doen haar ouders. Ook heeft ze een magneetbord en een spraakcomputer, zodat ze kan communiceren. Ze gaat nog altijd elke dag naar het activiteitencentrum, waar ze helpt in de catering.

Toen Marieke ouder werd, vonden haar ouders en zijzelf het goed als ze meer zelfstandig ging wonen. Dit hadden haar oudere broers ten slotte ook gedaan. Ze woont nu met 14 anderen in een appartementencomplex, waar 24 uur iemand aanwezig is. Het complex is opgericht door haar ouders en wordt gefinancierd vanuit een pgb. Alle bewoners leveren een deel van de benodigde zorg in het complex vanuit het pgb. Daarnaast heeft elke bewoner nog een aantal uren zorg die hij individueel kan invullen. Haar ouders vinden het een fijn idee dat zij voor de ondersteuning in haar persoonlijke verzorging nu niet meer op hen is aangewezen.

Gekozen woonvorm: Eigen woning

Bart (40 jaar) woont samen met zijn ouders van 70 jaar in een eengezinswoning. Hij heeft daar een eigen ruimte in de garage met een woon- en slaapkamer. Bart heeft het Syndroom van Down met het cognitieve vermogen van een vijfjarige en voortekenen van dementie. Hij heeft ook veel last van zijn ledematen en heeft dwangmatig gedrag. Barts ouders doen alles voor hem, zij zijn de houvast in zijn leven. Zij doen de boodschappen, helpen hem met wassen en douchen, controleren of het aankleden wel lukt en helpen hem met tandenpoetsen en scheren. Bart gaat elke werkdag naar een zorgboerderij, waar hij helpt met het verzorgen van de dieren.

Sinds 2006 maakt Bart gebruik van betaalde zorg. Daarvoor deden zijn ouders alles voor hem, maar zij werden ouder en hadden moeite om hem te ondersteunen. De zorg wordt sindsdien ingevuld met een pgb. Het is voor Bart en zijn ouders geen optie dat hij verhuist, zolang thuis nog passende ondersteuning kan worden geboden. Toen de indicatie afliep, werd een zwaardere indicatie aangevraagd door Bart's ouders in overleg met hun huisarts. Deze hogere indicatie werd aangevraagd omdat Bart's ouders verder verzwakten en Bart's eigen gezondheidstoestand achteruit ging. Er was meer professionele ondersteuning nodig voor uitstapjes 's avonds en in het weekend en met wassen en aankleden. Uiteindelijk werd door het CIZ voor de benodigde zorg een indicatie 'verblijf' afgegeven. Bart heeft dit ingevuld met een pgb en woont nog steeds bij zijn ouders.

Overwegingen bij indicatieaanvraag verblijf en keuze voor leveringsvorm Georganiseerde woonvorm, VG 18+

Tabel 7: Overwegingen van 7 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (VG 18+, georganiseerde woonvorm)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <p>----</p> <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Natuurlijk beloop richting volwassenheid • (Verwachte) overbelasting mantelzorg <ul style="list-style-type: none"> - Ondersteuning ADL 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT <p><i>Pgb gefinancierde woonvorm</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibiliteit in zorg <ul style="list-style-type: none"> - Wisselende situatie cliënten ('goede en slechte periodes') - Ondersteuning bij verschillende levensfasen • Kleinschaligheid zorginstelling • Zeggenschap in geleverde zorg <p><i>AWBZ gefinancierde woonvorm</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woonvorm passend bij wensen cliënt en familie • Geen tijd om pgb zorg te regelen

Eigen woning, VG 18+

Tabel 8: Overwegingen van 5 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (VG 18+, eigen woning)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige beperkingen in ADL <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Overbelasting mantelzorg <ul style="list-style-type: none"> o In bedwang houden fysieke kracht van <p><i>Cliënt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Natuurlijk beloop richting volwassenheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT • Depressiviteit van cliënt in zorginstelling • Zorginstellingen kunnen intensieve zorg niet bieden • "Verhuizing als laatste optie als begeleiding niet meer voldoet"

Opvallend in dit onderzoek was dat cliënten die voor een eigen woning kozen, de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg als overweging werd aangedragen, terwijl bij de cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kozen deze overweging niet naar voren kwam. Verder gaven twee cliënten aan wel te hebben geprobeerd in een georganiseerde woonvorm te wonen, maar dat dit leidde tot depressie bij de cliënten. Voor de overwegingen speelt het wonen in een ruraal of urbaan gebied geen rol. In beide gebieden worden vergelijkbare overwegingen teruggezien. Bijna alle cliënten die kiezen voor een pgb, zowel in een georganiseerde woonvorm als in een eigen woning, blijken een relatief zware ZZP indicatie te hebben (ZZP5 en 7). Overwegingen die daarbij een rol spelen, zijn dat zij relatief slecht kunnen omgaan met wisselende situaties in een georganiseerde woonvorm en de verwachting van mantelzorgers dat zorginstellingen onvoldoende intensieve zorg kunnen bieden.

Resultaten per tabel VG 18+

Toelichting resultaten VG 18+ georganiseerde woonvorm (tabel 7)

Overwegingen rondom indicatieaanvraag

De belangrijkste overweging die cliënten en mantelzorgers aangaven om een verblijfsindicatie aan te vragen, was dat de mantelzorgers met hen of voor hen inschatten dat het tijd was een stap richting volwassenheid te zetten. Deze overweging speelde met name rond het 20^e levensjaar van de cliënt. Dit natuurlijk beloop werd door vrijwel alle mantelzorgers beschreven. Soms werd de wens voor meer zelfstandigheid ook door de cliënt aangegeven. De cliënten en mantelzorgers gaven aan dat beperkingen in de gezondheid van de cliënt of beperkingen in activiteiten en participeren minder van belang zijn bij de aanvraag van een verblijfsindicatie.

Mantelzorgers gaven aan dat bestaande overbelasting of de verwachting dat de cliënt meer ondersteuning nodig zal hebben als de ouders ouder worden, een belangrijke reden was om een verblijfsindicatie aan te vragen. Uit de interviews bleek dat mantelzorgers, of eigenlijk het hele gezin, de belangrijkste ondersteunende factor was voor cliënten. Alle informanten gaven aan dat de familie (ouders en/of broers en zussen) sterk betrokken was. Mantelzorgers lieten echter zien dat zij strategisch omgaan met deze ondersteuning bij het aanvragen van een indicatie. *“Bij de indicatie zeg je dat er geen mantelzorg is, anders wordt dat van je indicatie afgetrokken, maar je wordt gedwongen om die mantelzorg te doen.”*

Voor de verblijfsindicatie namen ouders meestal alle zorg op zich, in enkele gevallen ondersteund door begeleiders. Deze deden dit vrijwillig of werden betaald vanuit een pgb. Voor cliënten die zijn verhuisd naar een zorginstelling of naar instelling vanuit ouderinitiatief (gefinancierd vanuit pgb), is de rol van mantelzorgers afgenomen, met name op het gebied van zelfverzorging. Ouders zijn meer op afstand. Vooral voor ‘praktische en emotionele ondersteuning’, soms ook om te zorgen dat de opvang en begeleiding goed geregeld is. Dit laatste speelde vooral bij ouders waar hun kind woont in een pgb-gefinancierde zorginstelling.

De meeste informanten gaven aan dat de ondersteuning vóór de verblijfsindicatie eigenlijk toereikend was, ook als de beperkingen in functioneren toenemen. *“De zorg van onze dochter neemt toe, dat betekent dus dat wij meer zorg gaan leveren.”*

Overwegingen rondom keuze voor leveringsvorm/woonvorm

In tegenstelling tot de ouderen, werd voor en door cliënten met een verstandelijke handicap de stap richting een woonvorm positief beoordeeld. De verblijfsindicatie was noodzakelijk om een nieuwe stap te zetten in zelfstandigheid. Ook de groep cliënten met een VG grondslag was onbekendheid met de mogelijkheden van een VPT. Op één ouder na heeft geen van de cliënten gehoord van een VPT.

Cliënten die in een georganiseerde woonvorm wonen die gefinancierd wordt vanuit het pgb, hadden andere overwegingen dan cliënten die wonen in een door de AWBZ gefinancierde zorginstelling. De belangrijkste overwegingen voor cliënten met een pgb waren de mogelijkheden om in te springen op wisselende ondersteuningsvragen en de kleinschaligheid van een woonvorm *“Veel dingen kan hij prima, maar andere dingen helemaal niet. En soms wil hij dingen gewoon niet*

doen.” Ouders gaven echter aan dat het niet uit maakt of zorg via een pgb geleverd wordt of via ZIN, mits de persoonlijke aandacht en betrokkenheid van ouders gegarandeerd wordt. Een aantal ouders heeft echter specifiek voor een pgb gekozen en gebruikt dit om zeggenschap te hebben over de zorg en de woning. *“We betalen ervoor en willen dan ook precies weten hoe het zit. Het hoeft niet per minuut geregistreerd, maar moet wel uitgelegd kunnen worden.”*

Vijf cliënten in dit onderzoek wonen niet in een zorginstelling, maar bij hun ouders. De zorg wordt voor allen gefinancierd vanuit een pgb. Twee cliënten hebben voor hun laatste herindicatie wel in een zorginstelling gewoond. Zij gaven echter aan dat zij gekozen hebben om deze leveringsvorm aan te passen nadat de cliënten depressief werden en onvoldoende gestimuleerd werden in de zorginstelling waar zij woonden. Voor één cliënt ging dit samen met een zelfmoordpoging. De zorg voor het lichamelijk herstel na dit incident kon niet in de zorginstelling geboden worden, waarna de mantelzorgers in overleg met de cliënt hebben besloten dat hij weer thuis zou gaan wonen. In tabel 8 worden de belangrijkste overwegingen geschetst van cliënten en hun mantelzorgers die gekozen hebben voor het wonen in een eigen woning.

Toelichting op de resultaten van tabel 8

Overwegingen rondom indicatieaanvraag

Zoals de casus van Bart laat zien, zijn beperkingen in ADL voor een aantal cliënten en mantelzorgers een reden om meer zorg aan te vragen. De informanten in dit onderzoek gaven aan dat de ondersteuning die mantelzorg biedt bij deze beperkingen in een aantal cases onvoldoende is. In één casus was de zorg van ouders ontoereikend door de toegenomen fysieke kracht van de cliënt in combinatie met toegenomen psychische problemen bij de cliënt. In twee cases maken de ouders zich ongerust of de zorg in de toekomst geborgd is. *“Het ligt nu vast dat zij een verblijfsindicatie heeft, daar kan niemand aan tornen als ons iets overkomt. Dat is voor ons een veilig gevoel.”*

Vaak waren de beperkingen in functioneren er echter al het gedurende het leven en is de situatie relatief stabiel. In stabiele situaties speelde, evenals bij de cliënten die een georganiseerde woonvorm kiezen, de overtuiging van een natuurlijk verloop richting volwassenheid.

Overwegingen rondom keuze voor leveringsvorm

Cliënten zagen de leveringsvorm pgb als enige manier om thuis te kunnen wonen en een oplossing te vinden voor hun beperkingen in functioneren. Geen van de cliënten was bekend met een VPT.

De cliënten die eerder in een zorginstelling hebben gewoond, hebben slechte ervaringen in deze periode. Toenemende depressiviteit was voor deze cliënten de belangrijkste reden om weer bij hun ouders te gaan wonen. Deze overweging is vooral door de ouders gemaakt. Deze twee cliënten gaven echter wel aan opnieuw op zoek te gaan naar een passende georganiseerde woonvorm. Eén ouder van een cliënt geeft ook aan dat de voorkeur ligt bij wonen in een passende woonvorm, maar dat dit niet mogelijk is door de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg die de cliënt nodig heeft.

In tegenstelling tot deze groep was voor de andere twee cliënten verhuizing naar een georganiseerde woonvorm geen optie, zolang nog passende begeleiding kan worden geboden in de thuissituatie.

Casusbeschrijvingen PSY 18+

Gekozen woonvorm: Georganiseerd

Jeroen (36) is geen makkelijke jongen. Hoewel hij heel slim is, heeft hij een zeer lage sociale intelligentie. Het liefst gaat hij niet met mensen om. Zijn ouders herkent hij wel, maar hij heeft geen band met ze. Hij weet niet hoe dat moet. Jeroen is geobsedeerd door twee dingen: Door de dood en door techniek. Hij heeft goede en slechte dagen. Op een goede dag kleed hij zich aan, wast hij zich en gaat naar dagbesteding in een natuurgebied. Op slechte dagen doet hij niets. Elke dag eet Jeroen bij zijn ouders.

Jeroen is al een aantal keer opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek na een agressieve uitbarsting. Na zijn laatste gedwongen opname kreeg hij een verblijfsindicatie toegewezen en hebben zijn ouders hem weer meegenomen naar huis. Inmiddels woont Jeroen niet meer bij zijn ouders. Zijn onvoorspelbare gedrag was een grote belasting voor hen. Als hij een uitbarsting krijgt zijn minimaal 2 mensen nodig om hem in bedwang te houden. En die uitbarstingen komen steeds vaker voor... Jeroen woont nu in een appartement op het terrein van een zorginstelling. Zijn verblijfsindicatie vult hij in met een pgb. Hier worden de mensen van betaald die met hem in het weekend een dagje weggaan, zijn begeleiding en dagbesteding. Zijn ouders zijn bang dat als hij in een zorginstelling woont, vooral in een separeercel zal zitten door zijn onvoorspelbare, agressieve buien.

Gekozen woonvorm: Eigen woning

Jantine is 24 jaar en woont bij haar ouders en zusje. Jantine is schizofreen, ze hoort stemmen en heeft dwanggedachten. In goede periodes kan ze de stemmen in haar hoofd onderdrukken, maar in slechte periodes beheersen ze haar leven en kan ze in een psychose raken. Jantine slaapt veel op een dag. Eén middag per week doet ze vrijwilligerswerk in een bloemenwinkel. Een paar maanden geleden wilde Jantine graag meer zelfstandigheid. Haar ouders leek dit ook een goed idee. Dit is tenslotte de normale gang van zaken bij iemand van haar leeftijd. Jantine ging wonen in een beschermde woonvorm (ZIN). Voor het wonen was een verblijfsindicatie noodzakelijk en deze is door de zorginstelling aangevraagd. Toen Jantine in de zorginstelling woonde ging het echter steeds slechter met haar en ze raakte in een psychose. Tijdens deze psychose heeft ze twee keer geprobeerd zichzelf te doden, waardoor ze een ernstige hoofdwond kreeg die niet goed genas. De combinatie van lichamelijke zorg en psychiatrische zorg kon de zorginstelling waar ze woonde niet leveren. Daarom woont Jantine nu weer bij haar ouders en zusje. De indicatie verblijf is ingevuld met een pgb. Hiervan wordt haar therapie betaald en een persoonlijk begeleider die één keer per week komt praten. Daarnaast komen de buurvrouw en een kennis twee keer per week langs om met Jantine te gaan sporten of een spelletje te doen. Ook zij ontvangen een vergoeding vanuit het pgb.

Overwegingen bij indicatieaanvraag verblijf en keuze voor leveringsvorm, Georganiseerde woonvorm, PSY 18+

Tabel 9: Overwegingen van 4 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (PSY 18+, georganiseerde woonvorm)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <p>-</p> <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Overbelasting mantelzorg <ul style="list-style-type: none"> o Belasting gezinssituatie - Doorstroom vanuit verleden in psychiatrische instelling (vrijwillige of gedwongen opname) <ul style="list-style-type: none"> • Natuurlijk beloop richting volwassenheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT • Kleinschaligheid zorginstelling • Zeggenschap in geleverde zorg

Eigen woning, PSY 18+

Tabel 10: Overwegingen van 5 informanten rondom indicatieaanvraag voor verblijf en keuze voor leveringsvorm (VG 18+, eigen woning)

Overwegingen verblijfsindicatie	Overwegingen leveringsvorm/woonvorm
<p><i>Functioneren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gevoel van angst bij cliënt • Ernstige beperkingen in ADL <p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doorstroom vanuit verleden in gedwongen psychiatrische instelling (vrijwillige of opname) • Natuurlijk beloop richting volwassenheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend met VPT • Flexibiliteit in zorg <ul style="list-style-type: none"> - Wisselend functioneren ('goede en slechte dagen') • Niet kunnen omgaan met wisselingen in personeel • Niet kunnen samenwonen met anderen • Combinatie van psychiatrische en lichamelijke zorg • Onvoldoende stimulering ontwikkeling • Onvoldoende begeleiding

Opvallend is dat cliënten die voor een eigen woning kozen aangaven dat de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg, het niet kunnen omgaan met wisselingen in personeel, het niet kunnen samenwonen met anderen en wisselend functioneren als overwegingen worden aangedragen. Terwijl bij de cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kiezen deze overwegingen niet naar voren kwamen. Opvallend is dat deze overwegingen niet direct gerelateerd zijn aan de zorgzwaarte van deze cliënten, die varieert van ZZP-GGZc4 tot ZZP-GGZc6. Voor de overwegingen speelt het wonen in een ruraal of urbaan gebied geen rol.

Resultaten per tabel PSY 18+

Toelichting resultaten PSY 18+, Georganiseerde woonvorm (tabel 9)

Overwegingen rondom indicatieaanvraag

Voor de cliënten met psychiatrische aandoeningen in dit onderzoek speelden beperkingen in functioneren een minder belangrijke rol, omdat zij aangaven in grote mate ondersteund worden vanuit familie, evenals de cliënten met een VG grondslag.

Alle ouders van cliënten gaven aan dat het vanwege de overbelasting van de mantelzorg, met name overbelasting van de gezinssituatie, niet wenselijk was dat de cliënt langer in huis zou wonen. Drie van de vier cliënten hebben hun indicatie gekregen vanuit eerdere crisisopnamen. In de meeste situaties gaat het om één of meerdere crisis opnamen, die al dan niet gedwongen waren. De indicaties die hierna zijn afgegeven zijn allemaal een vervolg op deze crisisperiode. Drie cliënten refereerden naar een natuurlijk beloop richting volwassenheid als reden voor een verblijfsindicatie. Meer zelfstandigheid is vanaf een bepaalde leeftijd gewenst door de cliënt en wordt redelijk gevonden vanuit de mantelzorgers. Ondersteuning, met name door het creëren van een vaste en overzichtelijke dagindeling, is hierbij essentieel volgens de informanten.

Overwegingen rondom leveringsvorm/woonvorm

Voor volwassenen met psychiatrische beperking was zichtbaar dat een verblijfsindicatie een duale betekenis heeft. Enerzijds geeft het een mogelijkheid tot meer zelfstandig functioneren. Anderzijds is de indicatie vooral aangevraagd uit noodzaak en zouden de cliënten het liefst niet in een zorginstelling verblijven. In een aantal gevallen was de verblijfsindicatie vooral noodzakelijk voor verblijf in een pgb-gefinancierde woonvorm.

Een VPT werd geen optie gevonden door informanten, omdat het hier niet mogelijk is om zorg buiten de standaard momenten te ontvangen, terwijl dit wel gewenst is. Twee cliënten hadden nooit gehoord van de mogelijkheid tot VPT.

De keuze voor zorginstelling kwam voort uit kleinschaligheid van zorginstellingen, zoals informanten aangeven. Met name de relatieve zelfstandigheid, in combinatie met overzichtelijkheid van de woonvorm wordt hierbij genoemd. Eén cliënt heeft bewust gekozen voor deze woonvorm en leveringsvorm omdat ouders bij deze woonvorm meer zeggenschap over de geleverde zorg hebben *“een pgb zie ik als zorg op maat”*.

Toelichting resultaten PSY 18+, Eigen woning (tabel 10)

Overwegingen rondom indicatieaanvraag

Eén cliënt gaf aan dat haar angsten haar ernstig beperken in maatschappelijke participatie. Daarnaast gaven de informanten aan dat er, vooral in slechtere periodes, ernstige beperkingen in ADL handelingen zijn, zoals door niet te eten en vergeten of weigeren aan- en uit te kleden of te douchen.

Evenals bij de cliënten met een psychiatrische aandoening die in een georganiseerde woonvorm wonen, kwam de verblijfsindicatie bij de meeste cliënten

voort uit een crisisopname. Slechts één cliënt is niet eerder opgenomen geweest in een psychiatrische instelling. Daarnaast was, net als bij de thuiswonende cliënten met een verstandelijke handicap, een opvatting over natuurlijk verloop richting volwassenheid zichtbaar. Desondanks geldt dat voor een aantal cliënten het zelfstandig wonen in een georganiseerde woonvorm, of in een zelfstandige woning, niet goed verlopen is.

Overwegingen rondom keuze leveringsvorm/woonvorm

De keuze om in de eigen woning te wonen met een pgb was door veel cliënten en hun mantelzorgers zeer bewust gemaakt, zoals werd beschreven in de interviews. Informanten gaven aan dat flexibiliteit een belangrijke reden was om zorg in te vullen met een pgb. *“Op slechte dagen kunnen ouders en zusjes inspringen”*.

De groep psychiatrische cliënten kenmerkte zich doordat zij slecht kunnen omgaan met wisselingen in hun dag-patroon en niet goed kunnen samen leven met anderen. Wisselingen in personeel bij zorginstelling leidden bij een aantal cliënten tot verslechtering in de gezondheidstoestand. In enkele cases was sprake van een combinatie van psychiatrische en lichamelijke problemen, waar in Nederland nog geen regulier zorgaanbod voor bestaat. Tot slot gaven informanten aan dat er in de zorginstellingen te weinig werd gedaan aan het benutten van mogelijkheden van cliënten of dat er onvoldoende begeleiding was om de cliënt in bedwang te kunnen houden. *“Onze zoon heeft meer dan 1-op-1 begeleiding nodig”*.

3.2.3 Ondersteuning bij aanvraag en invulling

Bij de ondersteuning bij de aanvraag en invulling speelt de mantelzorger een belangrijke rol, samen met professionele hulpverleners. In tabel 11 zijn de belangrijkste personen weergegeven per grondslag.

Tabel 11 Personen die cliënt ondersteunen bij de aanvraag verblijfsindicatie en keuze voor leveringsvorm

Grondslag	Verblijf indicatie aanvraag	Keuze leveringsvorm
SOM 75+	Professionals met familie (eventueel cliënt)	Professionals met familie (eventueel met cliënt)
VG 18+	Ouders	Ouders (eventueel met cliënt)
PSY 18+	Professionals	Familie (eventueel met cliënt)

SOM 75+

De informanten geven aan dat het initiatief voor de indicatie bij ouderen in alle cases wordt genomen door de familie samen met een professionele hulpverlener. In een aantal gevallen is ook de cliënt betrokken, in één geval is de indicatie alleen door de cliënt aangevraagd. Bij tien cliënten speelde de huisarts een rol, in drie cases de thuiszorg en in drie maatschappelijk werk. In de helft van de indicaties die zijn ingevuld met een pgb, heeft een bemiddelaar of casemanager ondersteund. Voor drie cliënten is de indicatie aangevraagd na een ziekenhuisbezoek en is de indicatie aangevraagd op advies van de medisch specialisten. Informanten geven aan dat dezelfde partijen veelal ook zijn betrokken bij de invulling van de indicatie, waarbij de familie, eventueel samen met de cliënt de belangrijkste stem in de invulling hebben.

De informanten geven aan dat de keuze voor invulling in de meeste gevallen wordt gemaakt door de familie en met de cliënt. Mantelzorgers, meestal de kinderen, van cliënten met dementieverschijnselen geven aan dat de keuze volledig bij hen lag.

VG 18+

Informanten geven aan dat geen van de cliënten met een verstandelijke handicap betrokken was bij de aanvraag van de indicatie, hoewel een aantal cliënten zelf de wens om zelfstandig te wonen heeft aangegeven. Zij geven aan dat de aanvraag wordt gedaan door familieleden (ouders en/of broers en zussen). Eén informant heeft in het proces zelf een psycholoog ingeschakeld als onderbouwing.

In alle interviews wordt aangegeven dat de familie de keuze maakt voor de instelling of voor thuis wonen. In een enkele case heeft de cliënt hier invloed op.

PSY 18+

Bij de groep cliënten met een psychiatrische beperking is de rol van zorginstellingen in het aanvraagproces opvallend. In bijna alle cases wordt aangegeven dat de huidige verblijfsindicatie is ontstaan in een crisis-opname. In vijf cases was de zorginstelling ook daadwerkelijk betrokken bij de vervolgindicatie. In de andere cases heeft de familie, ondersteund door huisarts, psychiater of een pgb-consulent de indicatie aangevraagd. De informanten geven aan dat de cliënten in veel gevallen niet zijn betrokken bij de indicatieaanvraag, hoewel de meeste cliënten wel op de hoogte waren dat een verblijfsindicatie is gesteld.

De informanten geven aan dat de keuze van invulling in alle gevallen door de familie is gemaakt, in overleg met de cliënt. Bij deze keuze is een breed scala van medewerkers betrokken geweest. Bij een aantal cliënten was een casemanager of pgb-consulent betrokken. Ook cliëntenorganisaties MEE en Per Saldo speelden een rol bij de invulling, zoals beschreven wordt door informanten. Bij twee cliënten is geadviseerd door medewerkers van de particuliere zorginstelling en in twee cases was een psychiater betrokken. In één situatie heeft de psychiater een specifieke contra-indicatie afgegeven voor intramuraal verblijf. Eén informant heeft actief contact gehad met het zorgkantoor over mogelijke invullingen in ZIN, maar dit bleek niet mogelijk.

3.3 Focusgroep interviews met professionals in het zorgsysteem

3.3.1 Deelnemers aan de focusgroep interviews

In totaal zijn 22 vertegenwoordigers van zorgorganisaties voor de verschillende doelgroepen (SOM, VG en PSY) en vertegenwoordigers van aan het zorgsysteem gerelateerde organisaties betrokken geweest bij de focusgroepen. Drie vertegenwoordigers zijn separaat via een telefonisch interview betrokken. In totaal namen acht vertegenwoordigers vanuit Zuid-Holland en Utrecht, vijf uit Zeeland en negen uit Drenthe aan de focusgroepen deel. Vertegenwoordigers van de volgende aan het zorgsysteem gerelateerde organisaties hebben deelgenomen: MEE, CIZ, Zorgkantoor landelijke zorgverzekeraars, huisarts, cliëntenorganisatie ouderen, en zorgorganisaties (SOM, VG, GGZ) (zie bijlage C).

Deze vertegenwoordigers waren in hun dagelijks werk op enigerlei bij het aanvraagproces van verblijfsindicaties en het keuzeprocess leidende tot een bepaalde leveringsvorm en woonvorm waarmee de verblijfsindicaties werden ingevuld.

Vertegenwoordigers van MEE begeleiden cliënten met een verstandelijke handicap in de aanvraagprocedure voor een verblijfsindicatie en begeleiden hen in het maken van een passende keuze voor een leveringsvorm en woonvorm.

Vertegenwoordigers van zorgorganisaties vervullen de rol van zorgbemiddelaars en dienen samen met cliënten een aanvraag in voor een verblijfsindicatie en begeleiden cliënten in de keuze voor een leveringsvorm en geschikte woonvorm.

Afhankelijk van de sector waarin de vertegenwoordigers van zorgorganisaties werkzaam zijn, hanteren de vertegenwoordigers verschillende professionele normenkaders bij de aanvraag van verblijfsindicaties en keuze voor leveringsvorm en woonvorm.

Een aanvraag voor een verblijfsindicatie wordt door vertegenwoordigers van het CIZ getoetst aan de beleidsregels voor indicatiestelling AWBZ en kennen de verblijfsindicatie toe en geven advies over een leveringsvorm.

Vertegenwoordigers van zorgkantoren vormen eveneens een schakel in het aanvraag- en invullingsproces van verblijfsindicaties. Zij financieren de zorg en ondersteuning geleverd door zorgorganisaties en bepalen op deze wijze mede het beschikbare aanbod in zorg en woonvormen.

Bij de zorgverleners zijn geen verschillen gevonden in overwegingen tussen rurale en urbane gebieden. Opmerkelijk was echter dat zorgverleners uit rurale provincies (Drenthe en Zeeland) vaker en sneller hun deelname toezegden aan de focusgroep bijeenkomsten, dan zorgverleners uit urbane provincies. Hierdoor hebben meer zorgverleners uit ruraal gebied (14) dan uit urbaan gebied (8) deelgenomen. Omdat het echter om een klein aantal vertegenwoordigers gaat kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden. Het onderscheid tussen ruraal en urbaan gebied is daarom niet meegenomen bij het schetsen van de overwegingen rondom de aanvraag en invulling van een indicatie verblijf.

3.3.2 *Rol van vertegenwoordigers van professionals in zorgsysteem bij de aanvraag van indicatie verblijf*

SOM 75+

Tabel 12 Overwegingen zorgprofessionals bij aanvraag voor de indicatie verblijf SOM

Overwegingen indicatieaanvraag SOM
<i>Functioneren</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Medisch model, Ziekte en Zorg, Paternalistisch <ul style="list-style-type: none"> – Ernstige beperkingen ADL
<i>Factoren</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Zelfstandigheid • Overbelasting mantelzorg • Hoeveelheid onplanbare zorg • Multidisciplinaire aanpak

Volgens de vertegenwoordigers uit de ouderenzorg is de teruggang van de zelfstandigheid en overbelasting van mantelzorgers de aanleiding voor een aanvraag van een indicatie verblijf. Vertegenwoordigers maken vanuit het medisch georiënteerd perspectief, in termen van ziekte en zorg (ZZ) dat zij hanteren, een inschatting van de hoeveelheid zorg die ingezet moet worden om deze teruggang in zelfstandigheid en de overbelasting van mantelzorgers op te vangen. Daarnaast worden de mogelijkheden van multidisciplinaire samenwerking bij verblijf genoemd.

D1: Ik ga dan in gesprek met mensen en vraag hen dan waar ze bij geholpen moeten worden, want aan de hand daarvan wordt de beperking bepaald. Maar dat is lastig in te schatten. Mensen zeggen dat ze veel nog zelf kunnen, maar puntje bij paaltje kunnen ze dat eigenlijk niet meer. [...]

D2: Het accepteren van zorg door mensen is ook lastig. Als familie lang gewend is om de ondersteuning van een cliënt op te vangen, dan is het ook heel moeilijk voor familie om het uit handen te geven. Wij moeten dan vaak aangeven dat het zo niet meer kan. (focusgroep Drenthe)

Daarbij geven vertegenwoordigers van zorgorganisaties en aan zorg gerelateerde organisaties aan dat het belangrijk is voor het aanvragen van een indicatie verblijf een inschatting te maken van hoeveel aanspraak cliënten maken op onplanbare zorg (bijvoorbeeld het oproepen van thuiszorg buiten de afgesproken momenten in de zorgplannen) en/of voorliggende voorzieningen (bijvoorbeeld hulpmiddelen, ondersteuning vanuit WMO etc.). Als veel aanspraak gemaakt wordt op onplanbare zorg, dan sturen zij vaak aan op een indicatie voor verblijf. Hoewel veel zorg wordt opgevangen door bijvoorbeeld thuiszorg, hebben veel thuiszorgorganisaties – naar zeggen van de deelnemers – onvoldoende (financiële) mogelijkheden om structureel op deze onplanbare zorg in te spelen

Naast dat vertegenwoordigers uit de ouderenzorg een inschatting maken vanuit een medisch georiënteerd perspectief, maken zij ook een inschatting vanuit wat zij de meest verantwoorde invulling van zorg achten voor cliënten ongeacht de zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten zelf. Zij lijken hier een impliciet normenkader te hanteren, van waaruit zij de aanvraag en leverings- en woonvorm van een verblijfsindicatie soms ook sturen. Zo gaven de deelnemers bijvoorbeeld aan dat cliënten en/of hun mantelzorgers vaak hun eigen functioneren overschatten. Om te voorkomen dat door overschatting van cliënten van het eigen functioneren onplanbaar beroep gedaan wordt op zorg en ondersteuning, worden aanvragen voor uitbreiding van zorg 'gestuurd' opdat dit beter wordt geacht voor de cliënt.

D3: Vaak zien we dat door het netwerk van cliënten veel wordt opgevangen, bijvoorbeeld door een partner. Het komt regelmatig voor dat een partner aangeeft juist geen opname te willen voor de cliënt in kwestie. Ik vraag dan wel dagbehandeling aan. Maar regel wel dat de cliënt daarbij wordt geobserveerd en dat er aanvullende onderzoeken gedaan worden, opdat ik dan advies kan geven over of er toch niet beter een indicatie 'verblijf' moet gaan worden aangevraagd. (focusgroep Zeeland)

VG 18+

Tabel 13 Overwegingen zorgprofessionals bij aanvraag voor de indicatie verblijf VG

Overwegingen indicatieaanvraag VG
<p><i>Functioneren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Functioneren en Participeren <ul style="list-style-type: none"> – vasthouden van een dagstructuur, – het ordenen en bijhouden van post en administratie, – het onderhouden van sociale contacten, – het doen van het huishouden en de daarbij behorende activiteiten, – het vooruitdenken en anticiperen op veranderingen
<p><i>Factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zelfstandigheid

Vertegenwoordigers van organisaties die zich richten op mensen met verstandelijke handicap geven aan dat deze cliënten en diens mantelzorgers een aanvraag voor intramuraal verblijf doen omdat cliënten 'op zich zelf te willen gaan wonen', net als mensen uit hun directe sociale omgeving. In tegenstelling tot wat 'op zich zelf te willen gaan wonen' betekent, staat intramuraal verblijf in geval van cliënten met een verstandelijke handicap gelijk aan naar een eigen woning verhuizen. Daarbij moet opgemerkt worden dat het hier gaat om een relatief jonge doelgroep in vergelijking met ouderen met lichamelijke aandoeningen die intramuraal in een AWBZ-instelling verblijven. De zorgprofessionals benadrukken hierbij dat het belangrijk is een goede inschatting te maken van hoe zelfstandig een cliënt kan functioneren en met welke ondersteuning dat gerealiseerd kan worden.

De vertegenwoordigers uit de VG maken de inschatting voor de aanvraag en invulling van een verblijfsindicatie vanuit het perspectief van functioneren en participeren, en hoe de ervaren beperkingen van cliënten op een zo passend mogelijke wijze middels 'verblijf' te ondersteunen.

D4: Er vindt altijd een gesprek plaats met een cliënt en diens wettelijk vertegenwoordiger, thuis of in de instelling. Er wordt dan gevraagd wat de wensen zijn, waarin iemand ondersteund wil worden, eventuele ambities en wat de woonwensen zijn. Vaak worden ook diagnostische rapportages opgevraagd of rapportages van vorige instellingen over het gedrag en functioneren. Vaak worden deze cliënten ook door MEE begeleidt en hebben zij vaak ook diagnostische onderzoeken aangevraagd of begeleid. Deze gegevens zijn belangrijk om een goede inschatting te maken. Op basis hiervan doet de zorgconsulent een aanvraag en later wordt op basis hiervan een eerste selectie gemaakt van de passende invulling binnen onze instelling. Vervolgens vindt er dan nog een gesprek plaats met de cliënt, de wettelijk vertegenwoordiger, de consulent, de zorgmanager van de woonlocatie en een gedragsdeskundige en wordt gekeken hoe echt passende invulling gedaan kan worden. (interview vertegenwoordigers VG organisatie)

PSY 18+

Tabel 14 Overwegingen zorgprofessionals bij aanvraag voor de indicatie verblijf PSY

Overwegingen aanvraag PSY
<i>Functioneren</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Medisch model, Ziekte en Zorg, <ul style="list-style-type: none"> – Multidisciplinaire aanpak
<i>Factoren</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Belasting op sociale en maatschappelijke omgeving <ul style="list-style-type: none"> – Justitieel

De aanleiding voor vertegenwoordigers uit de GGZ om een indicatie verblijf aan te vragen en/of in te vullen, wordt ingegeven door de mate van belasting van de cliënt en de belasting van diens problematiek voor de sociale en maatschappelijke omgeving. Dit wordt ook duidelijk uit het perspectief dat GGZ vertegenwoordigers hanteren. Vaak is er sprake van een dermate complexe problematiek, dat signalen uit de maatschappij (justitie, politie, gemeente etc.) en de sociale omgeving (mantelzorg etc.) aangeven dat aanvraag en invulling van een intramurale verblijfsindicatie noodzakelijk is. De inschatting wordt gemaakt door middel van – in geval van de vertegenwoordigers die in dit onderzoek hebben meegewerkt – een toegeleidingscommissie van psychiaters, psychologen, gedragsdeskundigen, gedragstherapeuten en GGD. Deze toegeleidingscommissie maakt een inschatting op basis van de beschikbare rapportages over de mate van overlast, eerdere detenties, ernst van de verslavingsproblematiek, succes (of niet) van eerdere BOPZ behandelingen, juridische rapportages, en medische rapportages over de aard en ernst van de psychiatrische aandoening(en) en bepaald op deze manier of cliënten in aanmerking komen voor een verzilvering van de indicatie 'verblijf' in deze instelling. In geval van bovenstaande overwegingen is de keuze voor een leveringsvorm en woonvorm geen keuzemogelijkheid, maar is verblijf in een AWBZ-instelling een verplichte woonvorm.

De vertegenwoordigers uit GGZ lijken een inschatting te maken vanuit een procedureel normenkader, op basis van wet- en regelgeving. Aan de hand van verschillende soorten rapportages (medisch, justitieel, behandeling, gemeentelijk etc.) wordt procedureel een inschatting gemaakt of cliënten in aanmerking komen voor verblijf in een GGZ instelling.

D5: Invulling gaat altijd in samenspraak met een zorgconsulent. Deze bekijkt alle informatie over diagnostiek, en eventuele informatie van andere zorginstellingen. Verder volgt er een kennismakingsgesprek met de cliënt. Nog allemaal voor er sprake is van enige invulling van de indicatie. Er volgt dan een intake en wordt er door de plaatsingscommissie van de instelling besloten waar de cliënt gaat wonen. (focusgroep Drenthe)

Vertegenwoordigers MEE

Naast de zorginstellingen maken ook vertegenwoordigers van MEE een inschatting als zij cliënten begeleiden in het aanvragen van een verblijfsindicatie. Zij maken vooral een inschatting op basis van de wensen van de cliënt en wat hij/zij nog kan en welke mate van ondersteuning daarbij nodig is.

D3: Als MEE doen we een stapje ervoor. Voordat je de indicatie aanvraagt kijk je al welke aanbieders er zijn. De cliënt kan ook bij verschillende aanbieders een kennismakingsgesprek houden om te zien wat allemaal mogelijk is. En verder vragen wij veel door. Iedereen heeft een eigen rol in het gezin normaal en daar moet je doorheen kijken. Bijvoorbeeld als je aan een cliënt vraagt of hij/zij kan koken. Kan deze cliënt dat dan zelf, of alleen met instructies? (focusgroep Zeeland)

Vertegenwoordigers van CIZ

Ook door medewerkers van het CIZ wordt er een inschatting gemaakt. Op basis van de aanvraag en de beschrijvingen die van cliënten en diens beperkingen, aandoeningen en/of zorgvragen worden gegeven in de aanvraag, wordt getoetst op basis van de AWBZ voor welke indicatie een cliënt in aanmerking komt.

3.3.3 Rol van vertegenwoordigers van professionals in het zorgstelsel in de keuze van leveringsvorm

Tabel 15 Overwegingen zorgprofessionals bij keuze leveringsvorm

Overwegingen invulling SOM/PSY/VG
<ul style="list-style-type: none"> • Aanbodgericht • Weinig tot geen VPT aanbod • Weinig aanbod lage ZZP (1&2) • Medisch georiënteerd (SOM) • Functioneren en participeren (VG) • Medisch/Justitieel (PSY) • Financiële incentives

Op het moment dat een indicatie voor 'verblijf' door het CIZ is afgegeven, en een indicatie voor 'verblijf' intramuraal verzilverd wordt in een zorgorganisatie dan wordt er wederom door zorgbemiddelaars een inschatting gemaakt. De vertegenwoordigers van zorgorganisaties bezien mede op basis van de zorg- en ondersteuningsvraag en de indicatie die daarop vervolgens is afgegeven welke zorg en ondersteuning daadwerkelijk geleverd kan worden door een zorgorganisatie. Hierbij wordt, in tegenstelling tot wat cliënten in dit onderzoek aangeven, vaak een koppeling gemaakt tussen een zwaardere zorgvraag en intramuraal verblijf (ZIN). Complexere of onplanbare zorg kan vanuit de optiek van zorgverleners beter geboden worden vanuit een instelling dan in de thuissituatie. Uit de focusgroepen komt naar voren dat het bestaande aanbod hierbij een belangrijke rol speelt. Hoewel niet alle deelnemers volmondig toegeven dat het aanbod van hun organisatie een rol speelt bij het invullen van de indicatie 'verblijf', lijkt het wel aannemelijk dat veel zorgorganisaties vanuit het bestaande aanbod inschatten welke zorg en ondersteuning zo passend mogelijk geleverd kan worden

aan cliënten. Er wordt de vertegenwoordigers aangegeven, dat ze zoveel mogelijk de zorgvraag en wensen van de cliënt in acht proberen te nemen, maar dat het niet altijd mogelijk om perfect hierop aan te sluiten.

D4: Bijvoorbeeld een cliënt heeft met een vraag voor zorg en begeleiding in (stad A), omdat daar zijn familie woont. Maar die zorg en begeleiding die cliënt beter past, wordt daar niet geboden maar in (stad B). Leidend is dan waar wordt de best passende en kwalitatief goede zorg geboden. In dat geval is het bestaande aanbod sturend hierop. Als kwalitatief goede en passende zorg niet geboden kan worden, dan worden de wensen van de cliënt niet ingevuld. Zo eerlijk zijn we dan. Maar veelal laten we het daar niet op aankomen. We doen het zo veel mogelijk in samenspraak met de cliënt en familie.[...] We zijn transparant over het aanbod, maar afhankelijk van de vraag en wensen van cliënten is er toch enige sturing. (interview vertegenwoordiger VG organisatie)

Er lijkt vanuit zorgorganisaties een aanbodgestuurde inschatting gemaakt te worden. In een van de focusgroepen werd aangegeven door een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar en een vertegenwoordiger van een zorgkantoor:

D6: [...] aanbodsturing wordt geoorloofd als het een risico voor de gezondheid van een cliënt wordt.

D7: Er is verschil tussen zorgcoördinatoren bij instellingen en dus is er verschil in invulling. Je mag verwachten dat er verschillen zijn tussen stad en platteland, maar de keus is vaak beperkt door wat een aanbieder aan aanbod in de portefeuille heeft. Tel daarbij op dat zorgorganisaties nu veel aan klantenbinding doen en marketing, dat maakt dat natuurlijk het bestaande aanbod een rol speelt. (focusgroep Zuid-Holland/Utrecht)

Of zoals een van de vertegenwoordigers tijdens een focusgroep aangaf: “het aanbod wordt bepaald op basis van de wensen van een cliënt, maar ook waar open plaatsen zijn” (focusgroep Zeeland). Er lijkt naar voren te komen dat er bij zorgorganisaties nog nauwelijks sprake is van het behoeftegericht of vraaggericht bieden van zorg en ondersteuning. De mate van de verbinding tussen vraag en aanbod welke door vertegenwoordigers van zorgorganisaties wordt gemaakt, lijkt ook in te delen zijn op een continuüm. Daar waar geen verbinding gemaakt kan worden tussen vraag en aanbod, en waar de zorg- en ondersteuningsvraag onderliggend aan de indicatie ‘verblijf’ niet in met het bestaande aanbod door een zorgorganisatie kan worden verzilverd, kan dit zorgorganisaties prikkels geven om nieuwe zorgarrangementen te willen ontwikkelen. Zo gaf een vertegenwoordiger van een VG organisatie aan, dat door veranderde woonwensen van VG cliënten om meer zelfstandig te wonen, er wordt geëxperimenteerd met nieuwe diensten in de vorm van een VPT.

D4: Het volledig pakket thuis, was tot voor kort in onze instelling niet aan de orde. We zagen een trend ontstaan in de woonwensen van cliënten meer zelfstandig te wonen, en zijn dit jaar met 3 of 4 cliënten gestart met een VPT als proef. Als voorbereiding op de toekomst. (vertegenwoordiger VG organisatie)

Een VPT wordt in dit geval gezien als een mogelijkheid om nieuwe diensten en serviceniveaus in een zorgorganisatie – of anders gezegd, aanbod beter passend bij de vraag - te ontwikkelen.

Daar waar vraag en aanbod dichter bijeenkomen, wordt de invulling van de verblijfsindicatie al dan niet in grotere mate bepaald door het bestaande aanbod in zorg, ondersteuning en woonvormen. In geval hiervan sprake is, kan aangenomen worden dat cliënten concessies moeten doen voor wat betreft hun wensen in ondersteuning van functioneren en participeren en in hun woonwensen.

Uit de focusgroepen kan geen duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende grondslagen. Het beeld dat aanbodgerichte inschattingen gemaakt worden lijkt zich bij alle grondslagen voor te doen. Het is de onderzoekers niet bekend of dit ook daadwerkelijk een representatief beeld is voor hoe de verbinding tussen vraag en aanbod wordt gemaakt.

Uit de drie focusgroepen kwam naar voren voor het maken van een inschatting van de benodigde zorg en ondersteuning voor cliënten financiële motieven een rol spelen. Zo kwam naar voren dat de ZZP-classificaties een belangrijke rol spelen in de budgettering van zorgorganisaties. Een begroting van zorgorganisaties wordt vastgesteld op basis van de zorg en ondersteuning die zij leveren; in de praktijk aan welke verdeling aan ZZP-classificaties zij zorg en ondersteuning bieden.

D8: daarbij gaat het ook over hoe je de aanvraag formuleert en argumenteert. Doe je dit onvoldoende dan geeft het ClZ de benodigde indicatie niet af en krijgt cliënt een lagere ZZP. (focusgroep Drenthe)

D4: De ZZP's 1 en 2 zijn verblijf exclusief behandeling. ZZP's 5 en hoger zijn verblijf inclusief behandeling. Stel je als zorgorganisatie je begroting vast op ZZP's 3, 4, 5 etc., dan wil je daar geen ZZP 1 bij. Dan krijg je daar minder geld voor, terwijl je wel die voorzieningen op die locatie draaiende moet houden. (interview vertegenwoordiger VG organisatie)

D9: Bij zorginkoop is het bijvoorbeeld lastig. Sommige aanbieders willen geen ZZP 1 en 2 aanbieden. Zorgkantoren vinden dit zorgelijk, zij willen dan inzicht in het wachtlijstbeheer van de aanbieders. [...]

D10: er is een financieel probleem bij 'eentjes en tweetje' (focusgroep Zuid-Holland/Utrecht)

Dit zou kunnen betekenen dat zorgorganisaties creatief zijn in het aanvragen van indicaties voor 'verblijf', of zoals een fragment laat zien:

D7: het komt voor dat je als zorgorganisatie gedwongen wordt om een ZZP met 'verblijf' aan te vragen, omdat je dan zwaardere zorg kunt inzetten (focusgroep Zeeland)

Zorgorganisaties lijken creatief te proberen om aanvraag en invulling voor indicatie verblijf te sturen op hogere indicaties, omdat dit hogere budgetten genereert. Sommige aanbieders willen geen ZZP 1 en 2 aanbieden. Zorgkantoren vinden dit zorgelijk.

Gezien het feit dat de vertegenwoordigers van zorgorganisaties toch enig beeld laten zien van de rol van financiering en financiële prikkels bij het maken van inschattingen omtrent welke zorg en ondersteuningsvraag cliënten hebben en hoe deze al dan niet met een indicatie voor 'verblijf' afdoende ingevuld kan worden, lijkt het wellicht ook niet vreemd dat de vertegenwoordigers van zorgorganisaties uit de ouderenzorg zo te spreken zijn over de zogenaamde '80+ -regeling'. Met de 80+-regeling kunnen zorgorganisaties voor cliënten van 80 jaar en ouder met somatische klachten zelf de indicatie stellen. De indicatie hoeft bij deze regeling niet meer door het CIZ gedaan te worden. Met deze regeling lijken de zorgorganisaties uit de ouderenzorg iets meer vrijheden te hebben om creatiever de aanvraag en invulling van verblijfsindicaties te sturen richting hogere ZZP's.

4 Discussie, conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek is nagegaan wat de overwegingen van cliënten en mantelzorgers (de informanten) en professionals in het zorgsysteem zijn bij het aanvragen en toekennen van een indicatie verblijf en de wijze waarop de zorg wordt ingevuld naar leveringsvorm en woonvorm. Een indicatie verblijf in de AWBZ is wettelijk geformuleerd als een koppeling van wonen aan één of meer zorgfuncties, indien een cliënt aangewezen is op *“een beschermde woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht”* (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011). Het komt voor dat een verzekerde, ondanks een indicatie voor verblijf in een toegelaten AWBZ instelling toch thuis blijft wonen, waarbij het onduidelijk is wat de belangrijkste overwegingen waren die daarbij een rol speelden.

De vraagstelling in dit onderzoek luidde:

Welke (verwachte) beperkingen in functioneren hebben geleid tot het aanvragen van een verblijfsindicatie en een daarop volgende keuze voor leveringsvorm en woonvorm, en welke factoren zijn daarop van invloed geweest?

Met behulp van interviews met cliënten en mantelzorgers en focusgroep bijeenkomsten met professionals in het zorgsysteem, ondersteund door een beknopt literatuur onderzoek is deze vraag beantwoord. Hieronder worden de deelvragen beantwoord.

4.1 Beantwoording onderzoeksvragen

1. *Welke problemen in functioneren hebben geleid tot het aanvragen van een verblijfsindicatie en een daarop volgende keuze voor leveringsvorm en welke zijn daarbij het belangrijkste?*

Het blijkt dat de geïnterviewde cliënten en hun mantelzorgers met het aanvragen en invullen van een indicatie 'verblijf' zoeken naar een aanpassing als antwoord op een veranderende situatie. Dit kan een acute verandering zijn, zoals een opname in het ziekenhuis na een val of een meer geleidelijk proces van achteruitgang of groei naar zelfstandigheid. Cliënten zoeken het antwoord in het verhuizen naar een georganiseerde woonvorm, maar kunnen deze oplossing ook vinden in aanpassingen in de eigen woning en/of (mantel)zorgsituatie. Daarbij wordt een passende leveringsvorm gezocht in de vorm van Zorg In Natura (ZIN) of pgb.

De belangrijkste overwegingen verschillen per grondslag, te weten indicaties op basis van een lichamelijke aandoening (SOM), indicaties op basis van een verstandelijke handicap (VG) en indicaties op basis van een psychiatrische aandoening (PSY). Hieronder worden de belangrijkste overwegingen per grondslag samengevat.

SOM 75+

De veranderende situatie die aan de basis ligt van het aanvragen van een indicatie verblijf heeft bij ouderen heeft niet zozeer te maken met wonen, maar met een toename van benodigde 'zorg'. Dit blijkt zowel uit de literatuur, als uit de interviews met cliënten en mantelzorgers en de focusgroepen met professionals. Bij verhuizing naar een georganiseerde woonvorm is vaker sprake van een acute verandering van de situatie, bij het wonen in een eigen woning verloopt deze verandering vaak meer geleidelijk. De belangrijkste overweging met betrekking tot de toegenomen zorg is de benodigde ondersteuning bij ADL activiteiten, hoewel de concrete ondersteuningsvraag sterk verschilt per oudere (zie ook de beide casuïstieken in paragraaf 3.2.2). Cliënten en mantelzorgers geven aan dat factoren die ouderen bij ADL activiteiten ondersteunen onvoldoende waren, in het bijzonder de ondersteuning die mantelzorgers hierbij boden. Mantelzorgers maken zich in het bijzonder zorgen om de veiligheid van de cliënt, bijvoorbeeld dat niemand in de buurt is als de cliënt valt.

De keuze voor de woonvorm en leveringsvorm komt ook voort uit onbekendheid met beschikbare, veelzijdige aanbod opties. De meeste ouderen in dit onderzoek die kiezen voor een georganiseerde woonvorm met ZIN, zijn onbekend met alternatieve leveringsvormen als een pgb of VPT. Daarnaast geeft een aantal ouderen aan dat een sociaal isolement reden is om te verhuizen naar een zorginstelling. Ouderen die in een eigen woning blijven wonen met een pgb kiezen dit voornamelijk vanuit hun behoefte aan zorg en expliciete wens om in hun eigen woning te blijven wonen. Vaak was al sprake van pgb-gefinancierde zorg voor de verblijfsindicatie werd aangevraagd. Opvallend is dat de cliënten die kiezen voor pgb een relatief zware zzp-indicatie hebben. Zo hebben drie van de vier ouderen met een pgb een combinatie van lichamelijke en geheugenproblemen.

VG 18+

De interviews laten, in tegenstelling tot de literatuur, zien dat de veranderende situatie bij cliënten met een verstandelijke handicap juist sterk te maken heeft met wonen en minder met zorg. Een natuurlijk beloop richting volwassenheid is de belangrijkste reden voor cliënten en met name de mantelzorgers om een indicatie 'verblijf' aan te vragen en deze in te vullen in een georganiseerde woonvorm. Het gaat hierbij dus om een geleidelijk veranderende situatie in het leven en niet in zorg. De indicatie 'verblijf' voorziet voor deze groep vooral in de mogelijkheid voor een plek om te wonen en wordt als positief beoordeeld.

De keuze voor de leveringsvorm pgb is wel gerelateerd aan zorg. De belangrijkste overwegingen van informanten die kiezen voor een georganiseerde woonvorm die met pgb is gefinancierd zijn de betere mogelijkheden voor flexibiliteit in geleverde zorg en zeggenschap over de geboden zorg. Cliënten die voor een eigen woning kozen, noemden in het bijzonder dat er sprake is van een relatief grote complexiteit van de zorgvraag; de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg. Bijna alle cliënten die kiezen voor een pgb blijken een relatief zware ZZP indicatie te hebben (ZZP5 en 7). Wat daarbij een rol speelt is dat zij relatief slecht kunnen omgaan met wisselende situaties in een georganiseerde woonvorm en de verwachting van mantelzorgers dat zorginstellingen onvoldoende intensieve zorg kunnen bieden. De cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kozen brachten deze overweging niet naar voren.

Evenals ouderen waren de meeste informanten uit deze categorie niet bekend met de leveringsvorm VPT.

PSY 18+

Voor cliënten met psychiatrische aandoening en hun mantelzorgers is er voor de aanvraag van een indicatie verblijf vooral sprake van een acuut toenemende zorgvraag en eerdere crisisopname(n). In de literatuur wordt daarnaast het gebrek aan regievermogen en maatschappelijke overlast omschreven als belangrijkste overwegingen voor de aanvraag van een indicatie verblijf. Door de cliënten en diens mantelzorgers wordt tevens aangegeven dat de overbelasting van mantelzorg een belangrijke overweging is. Daarnaast speelt ook de overtuiging van een natuurlijk beloop richting volwassenheid een rol, waar 'zelfstandig' verblijf buiten de gezinssituatie onderdeel van is.

Alle informanten in dit onderzoek hebben gekozen voor de leveringsvorm pgb. De keuze voor leveringsvorm komt vooral voort uit aan zorg gerelateerde overwegingen. Informanten die kiezen voor een georganiseerde woonvorm geven aan dat het vooral gaat om zeggenschap over de geleverde zorg. Informanten die kiezen voor verblijf in een eigen woning, vaak bij ouders, geven aan dat zij dit doen omdat de geboden zorg in een georganiseerde woonvorm niet voldoet aan persoonlijke kenmerken van de cliënt, zoals het slecht kunnen omgaan met wisselingen in zorgpersoneel en het niet kunnen samenwonen met anderen. Opvallend is dat deze overwegingen niet direct gerelateerd zijn aan de zorgzwaarte van deze cliënten, die overwegend varieert van ZP-GGZc4 tot ZP-GGZc6.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat bij PSY 18+ een grote mate van complexiteit van de benodigde zorg een belangrijke overweging is om de indicatie verblijf via een pgb in te vullen. Dit lijkt haaks te staan op de overwegingen die professionals in het zorgsysteem aangeven. Bij hen is de complexiteit van zorg een belangrijke overweging om de keuze voor leveringsvorm/woonvorm bij een verblijfsindicatie te sturen richting verblijf in een AWBZ instelling middels ZIN. Zo geven zij aan dat het voor zorgorganisaties onvoldoende mogelijk is om in de thuissituatie de multidisciplinariteit aan zorgverleners te leveren die nodig is bij complexe zorgvragen. Juist bij een veelheid aan problematiek, de veelheid en verscheidenheid van zorgverleners en een grote mate van onplanbare zorg wordt door professionals verondersteld dat zorg en ondersteuning efficiënter in een intramurale setting geleverd kan worden, ongeacht of dit past bij de wensen en behoeften van cliënten en diens mantelzorgers.

2. Wie hebben de cliënten ondersteund bij de aanvraag van een verblijfsindicatie en de keuze voor leveringsvorm en woonvorm?

Mantelzorgers hebben een belangrijke ondersteunende functie bij de aanvraag van een verblijfsindicatie. Uit alle groepen komt naar voren dat de mantelzorg een belangrijke rol heeft in de zorg en ondersteuning van cliënten, die te maken krijgen met een veranderende situatie in functioneren. De (dreigende) overbelasting van de mantelzorg is een belangrijke overweging om een AWBZ verblijfsindicatie aan te vragen. Zichtbaar is ook dat mantelzorgers een belangrijke ondersteunende functie vervullen bij de aanvraag van een verblijfsindicatie, maar ook bij de keuze voor een leveringsvorm/woonvorm.

Zowel bij ouderen, als bij cliënten met een psychiatrische aandoening komt de indicatie meerdere malen voort uit een crisissituatie waar na behandeling door een medisch specialist geadviseerd is tot de aanvraag van een AWBZ verblijfsindicatie. Bij ouderen heeft daarnaast de huisarts een ondersteunende rol bij de aanvraag.

Uit de cliëntinterviews zien we dat de cliënt weliswaar beperkte invloed heeft op de aanvraag van de indicatie maar in veel gevallen wel aangeeft invloed te hebben op de keuze van de woonvorm waar de verblijfsindicatie wordt ingevuld. Deze invulling wordt meestal ondersteund door mantelzorgers, de zorgorganisaties (bij ZIN), een zorgbemiddelingsbureau (pgb) of door belangenorganisaties zoals MEE of Per Saldo.

De focusgroepen met professionals in het zorgsysteem (zie bijlage G) schetsen een beeld van een beperkte rol van de cliënt bij zowel de aanvraag en invulling. Hoewel de vertegenwoordigers van professionals in zorgorganisaties, of aan het zorgsysteem gerelateerde organisaties, aangeven dat zij vanuit de ondersteuningswensen en behoeften van cliënten een inschatting maken van de best passende en verantwoorde zorg, ontstaat uit de focusgroepen een beeld dat deze vertegenwoordigers de aanvraag en invulling van verblijfsindicaties 'sturen' naar wat zij de best passende leveringsvorm en woonsituatie achten voor cliënten.

3. *Welke rol vervullen professionals in het zorgsysteem in het tot stand komen van een invulling van de indicatie verblijf en hoe stemmen zij het (bestaande) aanbod af op de vraag?*

Uit de focusgroepen komt naar voren dat professionals in het zorgsysteem een grote rol hebben in de aanvraag van de indicatie verblijf en keuze voor leveringsvorm en woonvorm. Professionals in het zorgsysteem maken – al dan niet in samenspraak met cliënten en/of mantelzorgers – een inschatting van de benodigde woonvorm, zorg en ondersteuning voor cliënten. Daarbij worden veelal aanbod gestuurde inschattingen gemaakt ingegeven door de in het huidige gezondheidszorgstelsel bestaande financiering en financiële prikkels. In tegenstelling tot de maatschappelijke trend tot meer behoeftegerichte en vraaggerichte zorg, waarbij nadruk ligt op het behouden van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van cliënten en het verlenen van zorg en ondersteuning extramuraal en in de nabijheid van cliënten ('thuis, tenzij/dankzij...'), lijken zorgorganisaties vanuit kostenoverwegingen een beweging te maken naar meer centralisatie en intramuralisatie gericht op het in stand houden van het bestaande (woon- en zorg) aanbod, en het behouden van besteedbare budgetten.

4.2 Overwegingen bij de methode van onderzoek

Dit onderzoek was exploratief van aard, waarbij de combinatie van drie verschillende onderzoeksmethoden is gebruikt om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van de overwegingen van cliënten, mantelzorgers en professionals. Met in achtname van de aard van het onderzoek zijn de volgende overwegingen van belang:

- In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een beknopte, niet systematische literatuurstudie. Hierbij zijn vooral Nederlandse beleidsrapporten naar voren gekomen en geen wetenschappelijke publicaties. Daardoor heeft deze methode op zichzelf een beperkte reikwijdte;

- Bij de interviews waren de mantelzorgers aanwezig, wat mogelijk heeft geleid tot enige vertekening van de ervaringen van de cliënt. Gezien de aard van de onderzoeksgroepen (kwetsbare personen) en de rol van mantelzorgers is de aanwezigheid van mantelzorgers echter een noodzakelijke voorwaarde om met cliënten interviews af te kunnen nemen. Mantelzorgers hebben tegelijkertijd ook aanvullende zaken aandragen op de overwegingen van de cliënten waardoor het materiaal is verrijkt;
- De werving van cliënten met een pgb heeft hoofdzakelijk plaatsgevonden via Per Saldo die gericht hun ca. 16.000 leden heeft opgeroepen voor deelname. Gezien de omvang van de oproep en de aard van het onderzoek (exploratief) wordt er niet verwacht dat de wijze van werving de resultaten sterk eenzijdig hebben beïnvloed;
- Ondanks dat bij de focusgroepen is gestreefd naar een representatieve vertegenwoordiging van professionals in het zorgsysteem, is het mogelijk dat niet alle professionals die op enige wijze betrokken zijn bij aanvraag van een verblijfsindicatie of de keuze van leveringvorm/ woonvorm uitgenodigd zijn. Het beeld in de focusgroepen kan tevens mogelijk vertekend zijn, omdat hier alleen professionals zijn uitgenodigd die primair gerelateerd zijn aan het aanvraag of keuzeprocess en geen personen vanuit beleids- of bestuursniveau.

Bij de beschrijving van de methoden en resultaten zijn de genomen stappen in opzet en analyse zo nauwkeurig mogelijk verantwoord.

Het exploratieve karakter van het onderzoek stelt grenzen aan de generaliseerbaarheid van de resultaten.

4.3 Conclusies

Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden de volgende conclusies getrokken:

- Een verblijfsindicatie wordt aangevraagd als antwoord op een acute of geleidelijk veranderende situatie in het functioneren. Van een acute situatie is vooral sprake bij indicaties met een psychiatrische grondslag (vanuit een crisisopname) of indicaties bij ouderen met een lichamelijke aandoening die kiezen om te verhuizen naar een zorginstelling. Van geleidelijke verandering in het functioneren is sprake bij indicaties bij cliënten met een verstandelijke handicap (o.a.: wens tot meer zelfstandig wonen) en ouderen met een lichamelijke aandoening (toenemende zorgvraag) die kiezen om in de eigen woning te blijven. Ook wordt geconstateerd dat een indicatie verblijf wordt aangevraagd vooruitlopend op een verwachte verandering in het functioneren.

Bij de keuze van leveringsvorm zijn voor de onderscheiden grondslagen verschillende overwegingen aangegeven. De meest opvallende zijn:

- bij cliënten (SOM 75+) die voor een georganiseerde woonvorm kozen, waren overwegingen als sociaal isolement en onveilig gevoel belangrijk, terwijl bij de cliënten die in de eigen woning blijven deze overwegingen niet naar voren kwamen. Zij noemden met name dat een reeds bestaande pgb werd voortgezet na indicatie verblijf;
- bij cliënten (VG 18+) die voor een eigen woning kozen, werd de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg als overweging aangedragen, terwijl bij de cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kozen deze overweging

niet naar voren kwam. De keuze voor verblijf werd gezien als een stap naar meer zelfstandigheid;

- cliënten (PSY 18+) die voor een eigen woning kozen gaven aan dat de combinatie van intensieve lichamelijke en psychische zorg, het niet kunnen omgaan met wisselingen in personeel, het niet kunnen samenwonen met anderen en wisselend functioneren belangrijke overwegingen zijn. Terwijl bij de cliënten die voor een georganiseerde woonvorm kiezen deze overwegingen niet naar voren kwamen.

- Er wordt aangegeven dat het huidige zorg- en woonaanbod vanuit zorgorganisaties nog onvoldoende tegemoet komt aan de zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten, mede omdat:
 - cliënten onvoldoende bekend zijn met bestaande alternatieven (pgb, VPT);
 - zorg voor personen met complexe problemen in het functioneren (VG 18+, PSY 18+) onvoldoende passend is;
 - zorgorganisaties de aanvraag sturen;
 - leveringsvorm en woonvorm gebaseerd zijn op het bestaand aanbod;
 - huidige financiering en in het systeem ingebedde financiële prikkels behoud van bestaand aanbod en budgetten bevorderen.

5 Literatuur

Beemsterboer, W., & Vijzelman-Waarheid, I. (2009, 3 25). CIZ en ICF.

Boer, L., & Hollander, M. (2010). Achtergronden en motieven bij wachten op een pgb. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Bowling, A. (2002). Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

CIZ. (2008). Pgb in ontwikkeling . CIZ.

CIZ. (2011). Basisrapportage AWBZ Nederland 2011. CIZ.

Creswell. (2003). Research Design. Qualitative, quantitative and mixed methods. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.

Creswell. (2007). Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.

Creswell, J. (2003). Research Design; qualitative, quantitative and mixed methods. Thousand Oaks: Sage Publications.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). The Sage Handbook for Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications.

Diepenhorst, M., & Hollander, M. (2010). Een pgb op basis van een ZZP: De financiële gevolgen van het afschaffen van budgetgarantie. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Dijk, A., Hengeveld, M., & Welling, A. (2010). Volledig Pakket Thuis in de praktijk: Een inventarisatie naar de invulling van VPT in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Enschede: HHM.

Evers, J. (2007). Kwalitatief interviewen: kunst én kunde. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Gezondheidsraad . (2009). Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hollander, M. (2011). Zelf kiezen voor zorg. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Hollander, M., Vree, F. v., Mutsaers, H., & Driest, P. (2008). Scheiden van wonen en zorg: Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Kemp, S. v., Plas, L., & Vree, F. v. (2007). Verblijf in de AWBZ. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011, 09 09). Wijziging Zorgindicatiebesluit. Retrieved 12 19, 2011, from <http://www.rijksoverheid.nl/regering/het-kabinet/ministerraad/persberichten/2011/09/09/wijziging-zorgindicatiebesluit.html>

Netwerk Kwalitatief Onderzoek, A.-U. (2002). Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam: Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA.

Peeters, J., & Francke, A. (2007). Indiciestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: Ontwikkelen, knelpunten en oplossingsrichtingen. Utrecht: NIVEL.

Perenboom, R., Wijlhuizen, G., Galindo Garre, F., Heerkens, Y., & Meeteren, N. (Ter perse). An empirical exploration of the relations between the health components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening . Den Haag: RVZ.

Ramakers, C., Doorn, M. v., & Schellingerhout, R. (2010). Op weg naar een solide pgb. Nijmegen: ITS-Radboud Universiteit.

Ramakers, H. (2005). Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005. Diemen: CVZ.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2001). Rapportage Ouderen. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2001). Rapportage Ouderen 2001. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2006). Liever thuis dan uit. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2006). Rapportage Ouderen 2006. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2006a). Liever thuis dan uit. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2006b). Rapportage Ouderen 2006. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). De opmars van het pgb. Den Haag: SCP .

't Hart, e. (1998). Onderzoeksmethoden. Amsterdam/Meppel: Boom.

VWS. (2011). Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011. Den Haag: VWS.

WHO-FIC Collaborating Centre. (2002). ICF - Internationale classificatie van het menselijk functioneren. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

A Topiclijst cliëntinterviews

Vragenlijst onderzoek 'Keuze leveringsvorm CVZ'

-

Volgnummer:
Interviewer:
Datum interview:
Tijdstip interview:

Blok A: uitleg onderzoek (5 minuten)

Informatie over het onderzoek

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wil graag van personen met een indicatie verblijf weten waarom zij kiezen voor de zorg in een instelling of thuis. Het doel is inzicht krijgen in de situatie en motieven van u (als cliënt) die geleid hebben tot de keuze om de zorg thuis te ontvangen of te verhuizen naar een instelling. CVZ heeft TNO gevraagd om dit in kaart te brengen. Hiervoor doen wij 50 interviews verspreid over een aantal provincies met cliënten en hun mantelzorgers. Wij danken u voor uw deelname aan het onderzoek.

- Het gesprek duurt ongeveer 1 tot 1,5 uur.
- Uw antwoorden zijn anoniem en hebben geen enkele invloed op uw zorgverlening/indicatie.
- Ik wil graag het gesprek opnemen. Dit wordt alleen gebruikt voor het verder uitwerken van de antwoorden. Verder wordt er niets met de opnamen gedaan. Uiteindelijk maakt TNO een rapportage.

Als er verder na het interview nog vragen zijn, kunt u bellen met het onderzoeksbureau I&O Research, vestiging Hoorn: *(telefoon nummer)*. U kunt vragen naar *(naam interviewer)* of *(naam interviewer)*.

Blok B: de huidige situatie van de cliënt (5 minuten)

Uw antwoorden zijn anoniem, uw naam wordt niet in het verslag opgenomen. Wel willen wij graag meer over uw situatie weten.

Checken onderstaande gegevens:

- 1: Leeftijd cliënt:
- 2: Categorie:
- 3: Invulling:
 - Zin (zorg in natura): intramuraal gebruik maken van zorg
 - PGB (extramuraal gebruik maken van zorg met persoonsgebonden budget)
 - VPT (extramuraal gebruik maken van zorg met 'volledig pakket thuis')

B1 Wat is uw woonplaats? (indien nog niet bekend)

B2 Hoeveel personen telt uw huishouden?

B3 In wat voor soort woning woont u?

Denk aan: beschermd wonen/aanleunwoning/Thomashuis/eigen huis/seniorenflat

Denk aan: extra voorzieningen/woningaanpassingen/alarmering

B4 Wat is de geïndiceerde zorgzwaartepakket? (*alleen in zorginstelling wonenden*)

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een omschrijving van hoeveel en welk soort zorg en begeleiding iemand nodig heeft. ZZP's zijn een onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Niet iedereen heeft evenveel zorg nodig. Daarom zijn er verschillende ZZP's. Bijvoorbeeld lichte pakketten voor hulp bij de dagelijks verzorging en zware pakketten voor mensen met bijvoorbeeld een ernstige beperking of een zware vorm van dementie.

B5 Wat is uw relatie met de aanwezige mantelzorger?

Wat zijn de voornaamste dagelijkse werkzaamheden van de mantelzorger?

B6 Wat is de leeftijd van de aanwezige mantelzorger?

Blok C: Het zelfstandig functioneren van de cliënt

1. Gezondheid

C1 Kunt u iets meer over uw gezondheid vertellen?

Eerst spontaan. Dan eventueel helpen. Denk aan:

- Mentaal: Geheugen, cognitief vermogen/zelfstandig beslissingen kunnen nemen
- Sensorisch: Zicht, gehoor, tast
- Hart & Bloedvaten: Hartaandoeningen, bloeddruk, ademhaling
- Spijsvertering: Behouden van lichaamsgewicht
- Bewegingssystemen: Gewrichten, botten, spieren, bewegen algemeen

C2 Kunt u iets vertellen over uw leven? Wat kunt u nog wel en wat kunt u niet meer? Hoe komt dat?

Eerst spontaan laten antwoorden. Dan eventueel helpen. Denk aan:

- Mobiliteit: Transfers (opstaan/zitten/liggen), lopen, verplaatsen binnenshuis en in andere gebouwen dan thuis, verplaatsen buitenshuis en andere gebouwen, verplaatsen per vervoersmiddel (zelf besturen, als passagier, openbaar vervoer, fietsen, auto)
- Communicatie: Begrijpen van derden (gesproken, geschreven, afbeeldingen/gebaren), zich uiten (spreken, schrijven, lichaamstaal), converseren, gebruiken communicatieapparatuur
- Tussenmenselijk: Aangaan en onderhouden van informele en familierelaties, omgaan met onbekenden

C3 Kunt u iets vertellen over uw dagelijkse verzorging? Wat kunt u nog wel en wat kunt u niet meer? Hoe komt dat?

Eerst spontaan laten antwoorden. Dan eventueel helpen. Denk aan:

- Zelfverzorging: Wassen, douchen, tandenpoetsen, toilet, aan/uitkleden, eten & drinken, fysiek comfort (niet te warm/koud, voldoende licht)
- Huishouden: Bereiden van maaltijden, wassen van kleding, schoonmaken van huis, opruimen, verwijderen van afval

C4 Kunt u iets vertellen over maatschappelijke participatie? Wat kunt u nog wel en wat kunt u niet meer? Hoe komt dat?

Eerst spontaan laten antwoorden. Dan eventueel helpen. Denk aan:

- Economisch: Omgaan met geld, financiële zaken en werk
- Recreatie en vrije tijd: Sport, kunst en cultuur, hobby's, sociale activiteiten (zoals familiebijeenkomsten, vrijwilligerswerk)
- Dagbesteding van cliënt

C5 We hebben nu verschillende dingen besproken van zaken die u nog wel en dingen die u niet meer kunt. Wat vindt u vooral heel erg belangrijk om zelf te kunnen (blijven) doen?

- en wat zou daarvoor nodig zijn?

Interviewer: Waar liggen nog ambities van de cliënt? Eventueel kan het zorgaanbod hierop worden aangepast, zodat men dit toch kan doen.

Denk aan:

- Mobiliteit: Transfers (opstaan/zitten/liggen), lopen, verplaatsen binnenshuis en in andere gebouwen dan thuis, verplaatsen buitenshuis en andere gebouwen, verplaatsen per vervoersmiddel (zelf besturen, als passagier, openbaar vervoer, fietsen, auto)
- Communicatie: Begrijpen van derden (gesproken, geschreven, afbeeldingen/gebaren), zich uiten (spreken, schrijven, lichaamstaal), converseren, gebruiken communicatieapparatuur
- Tussenmenselijk: Aangaan en onderhouden van informele en familierelaties, omgaan met onbekenden
- Zelfverzorging: Wassen, douchen, tandenpoetsen, toilet, aan/uitkleden, eten & drinken, fysiek comfort (niet te warm/koud, voldoende licht)
- Huishouden: Bereiden van maaltijden, wassen van kleding, schoonmaken van huis, opruimen, verwijderen van afval
- Economisch: Omgaan met geld, financiële zaken, en werk
- Recreatie en vrije tijd: Sport, kunst en cultuur, hobby's, sociale activiteiten (zoals familiebijeenkomsten), vrijwilligerswerk)

Blok D: Uw externe omgeving

D1 We hebben nu verschillende thema's besproken: zoals uw gezondheid en uw dagelijks functioneren. Bij welke activiteiten werd u ondersteund voordat u de indicatie 'Verblijf' kreeg?

D2 Van wie of wat kreeg u ondersteuning voordat u een indicatie voor verblijf ontving en waarbij bood dit ondersteuning?

- Vrienden, burens, familieleden
- Producten en techniek: Bijv. trapliften, computer, zorg-op-afstand, alarmsysteem, rollator, scootmobiel, hulpmiddelen bij aankleden etc.
- Hulpverleners: Thuiszorg, fysiotherapeut, psycholoog, verpleegkundigen, persoonlijk verzorgers of ondersteuners (bij vervoer, toezicht, voeding) -> Van welke instelling

D3 Wordt u nog steeds door deze mensen / hulpmiddelen nog steeds ondersteund? Waarmee?

D4 Welke vormen van ondersteuning waren nog wel toereikend in de oude situatie? Licht uw antwoord toe.

D5 Welke vormen van ondersteuning waren niet meer toereikend in de oude situatie? Licht uw antwoord toe.

Blok E: Het proces van aanvragen indicatie 'Verblijf'

U heeft een indicatie 'Verblijf' ontvangen. Ik wil graag met u teruggaan naar de periode voor dat moment en inzicht krijgen in de reden waarom u een indicatie 'Verblijf' heeft aangevraagd.

Interviewer: Het zou kunnen zijn dat in het interviews deze beperkingen al in C ook zijn aangegeven. Indien ja, zou ik flexibel omgaan met deze vraag. Als je de eerdere gegeven antwoorden wil verifiëren zou ik deze vraag expliciet stellen, indien je de dynamiek zodanig is dat deze interrumpeert, de vraag niet nogmaals stellen. Graag dan wel invullen: zowel niet expliciet gesteld, als welke problemen er spelen.

E1 Had u problemen met uw gezondheid voordat u de indicatie 'Verblijf' aanvraag/ontving? Kunt u daar iets meer over vertellen? Denk aan:

- Mentaal: Geheugen, cognitief vermogen
- Sensorisch: zicht, gehoor, tast
- Hart & Bloedvaten: Hartaandoeningen, bloeddruk, ademhaling,
- Spijsvertering: Behouden van lichaamsgewicht
- Bewegingssystemen: Gewrichten, botten, spieren, bewegen algemeen

E2 Is er na het ontvangen van de indicatie iets veranderd in uw gezondheid?

Interviewer: als mensen zelf aangeven dat ze een indicatie aangevraagd hebben of voor hen is aangevraagd, dan deze vraag niet expliciet nog een keer stellen. Overigens wel invullen dan, alsook evt. alleen ja/nee.

- E3 Het Centrum voor Indicatiestelling (het CIZ) heeft een indicatie 'Verblijf' gesteld voor u. Bent u ervan op de hoogte dat dit is gebeurd?

- E4 Wat waren de aanleidingen om een indicatie 'Verblijf'/of een nieuwe indicatie bij het CIZ aan te vragen? Denk aan: ontstaan gezondheidsklachten, verergerde gezondheidsklachten, wegvallen (deels) mantelzorg etc.

- E5 Wat was de belangrijkste aanleiding om een indicatie 'Verblijf' bij het CIZ aan te vragen?

- E6 Wie uit uw omgeving was betrokken bij de aanvraag indicatie 'Verblijf'? Denk aan: partner/kinderen/overige familie/vrienden/bekenden/huisarts/ziekenhuis/maatschappelijk werker/MEE. Wie nam het initiatief?

- E7 Wat is uw algemene indruk over de aanvraagprocedure?
Interviewer: deze vraag alleen stellen als je voldoende tijd hebt.

- E8 Hoe kan de aanvraagprocedure verbeterd worden?
Interviewer: deze vraag alleen stellen als je voldoende tijd hebt.

Blok F: Keuze maken om thuis te blijven wonen/in een zorginstelling te gaan wonen

Nu wil ik graag ingaan op de keus die u heeft gemaakt om thuis te blijven wonen.
Interviewer let op: voor GGZ-cliënten met een indicatie voor verblijf is het niet mogelijk om thuis te blijven wonen met PGB/VPT: door naar Blok G.

- F1 Wat waren afwegingen om thuis te blijven wonen?

F2 Wat waren de belangrijkste afwegingen om thuis te blijven wonen?

F3 Heeft u ook overwogen om in een zorginstelling te gaan wonen? Indien ja, waarom is dit uiteindelijk niet gebeurd?

Vraag F4 alleen indien de cliënt in instelling woont

F4 Bent u bekend met de mogelijkheden om thuis te wonen met volledig pakket thuis of persoonsgebonden budget?

Vraag F5 alleen indien de cliënt in instelling woont en indien men bij E4 aangeeft bekend te zijn

F5 Heeft u geïnformeerd naar de mogelijkheden om thuis te blijven wonen met volledig pakket thuis of persoonsgebonden budget?

F6 Wie uit uw omgeving was betrokken bij de keuze om thuis te blijven wonen?
Denk aan: partner/kinderen/overige
familie/vrienden/bekenden/huisarts/ziekenhuis/Maatschappelijk
werker/MEE/zorgbemiddelaar/zorgconsulenten

Blok G: Keuze maken voor pvt/pgb

Blok G alleen indien de cliënt thuis woont, dus als men ZIN (intramuraal) heeft, deze vragen overslaan.

G1 U hebt uw zorg momenteel georganiseerd met behulp van een PGB. Sinds wanneer regelt u de zorg al op deze manier?

Maand:
Jaar:

G2 Hoe regelde u de zorg vóór het PGB?
Het is waarschijnlijk dat PGB gebruikers ook al een PGB hadden voordat de indicatie voor verblijf werd gesteld. Alleen hebben zij nu een zwaardere indicatie gekregen, dus meer zorg.

G3 Wat waren afwegingen om voor PGB te kiezen?

G4 Wat waren de belangrijkste afwegingen om voor PGB te kiezen?

G5 Heeft u ook overwogen om voor Volledig pakket thuis te kiezen? Indien ja, waarom is hier uiteindelijk niet voor gekozen?

G6 Wie uit uw omgeving was betrokken bij de keuze voor PGB? Denk aan:
partner/kinderen/overige
familie/vrienden/bekenden/huisarts/ziekenhuis/maatschappelijk
werker/MEE/zorgbemiddelaar/zorgconsulenten

Blok H: Invulling van verblijfsindicatie → gebruik maken van de zorginvulling

H1 *Indien doelgroep is >75+SOM*

Hoe had u uw oude dag voorgesteld en in hoeverre wijkt dit beeld af van uw huidige situatie?

H2 *Indien doelgroep is VG/GGZ*

Hoe ervaart u uw huidige leef- en verzorgingssituatie? Hoe ziet dat beeld er in de toekomst voor u uit?

H3 In welke mate heeft u zelf kunnen bepalen om thuis te blijven wonen? Op welke manier heeft u invloed gehad?

H4 Overweegt u op dit moment om toch in een zorginstelling te gaan wonen?
Interviewer: alleen stellen indien dit niet eerder aan bod is gekomen.

H5 Wilt u nog ergens op reageren naar aanleiding van dit interview?

Interviewer: alleen stellen indien je dit nodig acht.

Ik ben door al mijn vragen heen. Ik wil u hartelijk bedanken voor uw deelname.

Blok I: Reflectie interviewer (achteraf invullen)

I1 Evaluatie verloop van het gesprek

B Wervingsbrief voor de werving van informanten

TNO doet onderzoek naar overwegingen voor invulling van zorg bij indicatie 'Verblijf'

Kent u of bent u iemand die een indicatie voor verblijf heeft ontvangen? Dan komen we graag met u in contact!

Een veranderende zorgvraag kan aanleiding zijn om bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een aanvraag in te dienen voor uitbreiding van zorg. In sommige gevallen geeft het CIZ een indicatie voor verblijf in een zorginstelling af, een zogenaamde 'indicatie verblijf'. Mensen met een indicatie verblijf kunnen er voor kiezen om de zorg al dan niet thuis te ontvangen. Dat kan door te verhuizen naar een zorginstelling of thuis gebruik te maken van de diensten van een zorginstelling voor verpleging en verzorging. Dit is het Volledig Pakket Thuis (VPT). Een andere mogelijkheid is om de zorg zelf in te kopen met een Persoonsgebonden Budget (PGB).

Verschillende doelgroepen krijgen hiermee te maken. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking, ouderen, of mensen met een psychische aandoening. Wij zien grote verschillen in de invulling van zorg binnen deze groepen. Onbekend is echter *waarom* iemand met een indicatie 'verblijf' kiest voor een daadwerkelijk verblijf in instelling of voor een andere invulling van zorg.

Doel van het onderzoek

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft aan TNO gevraagd om van personen met een indicatie 'verblijf' een overzicht te geven van de belangrijkste overwegingen om de zorg in een instelling te ontvangen of thuis. Het CVZ wil deze informatie gebruiken om te adviseren over zo passend mogelijke zorgarrangementen bij scheiden van wonen en zorg. Daarvoor wil TNO graag in contact komen met mensen die willen meewerken aan dit onderzoek.

Wie zoeken wij?

TNO wil graag in contact komen met personen die in de periode januari tot en met juni 2011 een (bij voorkeur) eerste indicatie voor 'verblijf' van het CIZ hebben ontvangen.

Wij zoeken:

1. Ouderen (75+) met lichamelijke aandoeningen;
2. Personen (18+) met een verstandelijke beperking;
3. Personen (18+) met psychische aandoening,

woonachtig in de provincies Zuid-Holland, Drenthe, Zeeland of Utrecht. Bent u familie of mantelzorger of behoort uzelf tot één van deze cliëntgroepen dan komen wij graag met u in contact. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u wilt mee doen aan dit onderzoek!

Het onderzoek bestaat uit een interview van ongeveer 1 uur. Hiervoor komt een professionele interviewer bij u langs. Wij houden bij voorkeur het gesprek met de persoon die indicatie heeft gekregen en een familielid of mantelzorger. Het gesprek zal gaan over de aanleiding van de indicatiestelling en welke overwegingen belangrijk waren om te kiezen voor een bepaalde invulling (verblijf in een zorginstelling, of thuis met een VPT of PGB).

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek? Of heeft u vragen over dit onderzoek? Neemt u dan contact op met (*projectleider TNO*) op (*telefoonnummer*) of via (*e-mailadres*)

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking

C Bevestigingsbrief werving cliënten

Geachte *(naam informant)*

Bij deze bevestigen wij de afspraak die met u gemaakt is op:

Datum: Tijd: Locatie:

Zoals onlangs telefonisch met u is besproken, komt een onderzoeker van het bureau I&O Research, namens TNO, naar het afgesproken adres voor een interview over uw situatie en keuzen rondom uw zorgverlening naar aanleiding van uw indicatie voor verblijf. Het gaat om een gesprek waarbij zowel u als cliënt als uw (belangrijkste) mantelzorger of verzorger aanwezig is.

Wie moet erbij zijn?

Met uw mantelzorger bedoelen we degene die dichtbij u staat (uw partner, een ander familielid, buren) en die u regelmatig helpt bij uw verzorging en regeltaken. Het gaat **niet** om professionele hulpverleners zoals de thuiszorghulp, huisarts of verpleegkundige.

Hoe lang duurt het?

Het gesprek zal ongeveer één tot maximaal anderhalf uur duren.

Waarvoor is het?

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wil graag van personen met een indicatie 'Verblijf' weten waarom zij kiezen voor de zorg in een instelling of thuis. Het doel is inzicht krijgen in de afwegingen die cliënten en hun mantelzorgers maken nadat zij een indicatie voor verblijf hebben gekregen. CVZ heeft TNO gevraagd om dit in kaart te brengen door middel van interviews met cliënten en hun mantelzorger.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

De gegevens die u verstrekt worden anoniem verwerkt. Uw persoonsgegevens worden dus niet bij de rapportage gebruikt en worden na het onderzoek door I&O Research en TNO vernietigd. De informatie die u geeft in het gesprek heeft op geen enkele manier invloed op uw zorgverlening.

Graag vragen wij u vooraf de volgende kennis bij het gesprek paraat te hebben:

- Welke indicatie heeft u nu (van het CIZ)?
- Wanneer kreeg u die indicatie?
- Wat was daarvoor uw indicatie (als u die al had)?

Verder hoeft u zich op het gesprek niet voor te bereiden.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking aan het onderzoek. Als u vooraf nog vragen hebt, kunt u bellen met het onderzoeksbureau I&O Research. U kunt vragen naar *(naam interviewer)* of *(naam interviewer)*.

Met vriendelijke groet,

(naam interviewer)
onderzoeker I&O Research

D Topiclijst focusgroepen

Focusgroep CVZ

Overwegingen bij aanvraag en invulling van een indicatie voor verblijf

Datum Focusgroep:.....

Locatie:.....

Voorstellen

(onderzoeker YJ) en (onderzoeker DvK), onderzoekers bij TNO. Het CVZ heeft aan TNO gevraagd om van personen met een indicatie 'verblijf' een overzicht te geven van de belangrijkste overwegingen om de zorg in een instelling te ontvangen of thuis. Het CVZ wil deze informatie gebruiken om te adviseren over zo passend mogelijke zorgarrangementen bij scheiden van wonen en zorg. Wij houden voor dit onderzoek interviews met 50 cliënten die in de afgelopen 1,5 jaar een verblijfsindicatie hebben gekregen. Dit zijn ouderen met een lichamelijke aandoening, volwassenen met een verstandelijke beperking en volwassenen met een psychiatrische aandoening. Daarnaast organiseren wij 4 bijeenkomsten met professionals en medewerkers vanuit organisaties die vanuit hun professionele achtergrond betrokken zijn bij het aanvragen en invullen van een verblijfsindicatie.

Introductie

- Naam
- Functie
- Organisatie
- Hoe bent u betrokken bij indicatiestelling en/of invulling?
 - o Vooral aanvraag, vooral invulling of beide?
 - o Bij invulling: Welke mogelijkheden invulling kennen jullie?

1) Problematiek

Welke problematiek komen jullie tegen bij de cliënten die jullie adviseren?

- Gezondheid: Mentaal, Sensorisch, Hart & Bloedvaten, Spijsvertering, Bewegingssystemen
- Dagelijks functioneren: Zelfverzorging, Huishouden
- Eigen leven: Mobiliteit, Communicatie, Tussenmenselijk
- Maatschappelijke participatie: Economisch, Recreatie/vrije tijd

2) Ondersteuning

Welke vormen van ondersteuning ontvingen cliënten die jullie adviseren vóór de indicatie verblijf?

- Wie?
- Wat?

3) Aanvraag

Hoe maken jullie een inschatting welke indicatie aangevraagd moet worden?

- Op basis van welke problemen?
- Op basis van welk ondersteuningsprobleem?

Wat is de belangrijkste reden voor een aanvraag voor een verblijfsindicatie?

Wie zijn betrokken bij het proces van aanvragen van een verblijfsindicatie?

- Verschillende situaties?

4) Redenen voor invulling

Wat is de meest geadviseerde mogelijkheid voor invulling?

Hoe maken jullie een inschatting hoe een indicatie ingevuld kan worden?

- Op basis van welke problemen?
- Op basis van welk ondersteuningsprobleem?

Wat is de belangrijkste reden voor een bepaalde invulling van een verblijfsindicatie?

Wie zijn betrokken bij het proces van invullen van een verblijfsindicatie?

- Verschillende situaties?

5) Regie cliëntstelsel

Welke rol heeft de cliënt bij het *aanvragen* van de indicatie?

Welke rol hebben familie/mantelzorgers bij het *aanvragen* van een indicatie?

Welke rol heeft de cliënt bij de *invulling* van de indicatie?

Welke rol hebben familie/mantelzorgers bij de *invulling* van een indicatie?

6) Aanbod vs. Vraag

In hoeverre speelt het beschikbare aanbod mee in de begeleiding bij aanvraag en invulling van een verblijfsindicatie?

7) Afsluiting

De overheid wil in de toekomst wonen en zorg gaan scheiden. Dit kan leiden tot nieuwe zorgarrangementen. Wat zien jullie als ideale zorgarrangementen (dus combinaties van wonen en zorg) in de toekomst?

Wat moeten wij verder niet vergeten te rapporteren aan het CVZ?

Hartelijk dank voor uw deelname!

E Overzicht literatuur

	Bron	Data	Grondslag	Aard en Aantal respondenten	Perspectief
1	(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001)	Databestanden (grootschalige bevolkingsonderzoeken)	Divers* - Ouderen	Divers **	Cliënten
2	(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006a)	Literatuuronderzoek (review)	Divers*	n.v.t.	Cliënten
		Databestanden (CIZ)	Divers*	38.469	Cliënten (indicatiebesluiten)
3	(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006b)	Databestanden (grootschalige bevolkingsonderzoeken)	Divers* - Ouderen	Divers **	Cliënten
4	(Kemp, Plas, & Vree, 2007)	Literatuuronderzoek	n.v.t.	n.v.t.	Beleid
		Interviews	Divers*	10 werkbezoeken	Zorgaanbieders
		Databestanden (CIZ)	Divers*	1.000	Cliënten (indicatiebesluiten)
5	(Peeters & Francke, 2007)	Interviews	VVT sector	18	Zorgaanbieders, belangenorganisaties, indicatiestellers, zorgkantoren, beleidsmakers
		Vragenlijsten	VVT sector	343	Zorgaanbieders, indicatiestellers, zorgkantoren
6	(Hollander, Vree, Mutsaers, & Driest, 2008)	Databestanden (divers)	Divers*	Divers **	Cliënten, zorgaanbieders, beleid
7	(Boer & Hollander, 2010)	Vragenlijsten	Divers*	191	Cliënten (op wachtlijst voor pgb)

	Bron	Data	Grondslag	Aard en Aantal respondenten	Perspectief
8	(Diepenhorst & Hollander, 2010)	Databestanden (AZR, pgb)	Divers*	162.899 (AZR), 5.714 (pgb)	Cliënten (indicatiebesluiten)
		Vragenlijsten	Divers*	52	Cliënten (budgethouders)
9	(Dijk, Hengeveld, & Welling, 2010)	Interviews	Divers*	Onbekend (zorgkantoren), 26 (zorgaanbieders), 90 (cliënten)	Zorgkantoren, zorgaanbieders, cliënten
10	(Ramakers, Doorn, & Schellingerhout, 2010)	Vragenlijsten	Divers*	151	Cliënten (budgethouders)
		Interviews	Divers*	12	Zorgkantoren, indicatietellers, ondersteuningsorganisaties
11	(Hollander, 2011)	Interviews	Divers*	75 (cliënten), onbekend (intermediairs)	Cliënten, intermediairs
		Participerende observatie	Divers*	Onbekend	Cliënten
12	(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011)	Literatuuronderzoek (review)	Divers*	n.v.t.	Cliënten (budgethouders)

F Overzicht cliëntinterviews en kenmerken van cliënten

	Ruraal			Urbaan			Totaal
	Som	VG	PSY	Som	VG	PSY	
ZIN	9	2	0	2	1	0	14
PGB	3	5	6	3	4	3	24
Totaal	12	7	6	5	5	3	38

	Leef tijd	M/V	Grond slag	Leve- rings vorm	Indicatie	Woonvorm	Woonsituatie	Mantel- zorgher (MZ)	Leef- tijd MZ	Gezondheidstoes tand	Herindica- tie of nieuwe indicatie verblijf	Jaar	Voorgaande indicatie
1	18	V	VG	PGB	VG7	Eigen woning	Bij ouders	Ouder	50	Cognitief niveau van kind van 3 maanden, klassiek autisme, long- en slikproblemen, zware epilepsie, slechte lichamelijke conditie	Herindicatie	2010	Verblijfsindicatie sinds geboorte
2	47	V	VG	PGB	VG5	Georgani seerde woonvorm	Appartementen complex/Woon- groep met 7 personen (ouderinitiatief)	Zus	49	Syndroom van Down, laag cognitief vermogen, slechtziend, heeft TIA gehad, overgewicht.	Herindicatie	2010	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb (2005)
3	60	V	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Woonzorgcen- trum	nvt	nvt	Reuma (verwijdering heupen en elleboog, kan handen niet meer dichtknijpen), herstel van open beenwond, overgewicht.	Eerste indicatie verblijf	2010/ 2011	Indicatie in functies en klassen
4	74	V	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Woonzorgcen- trum	nvt	nvt	Problemen met longen (hoesten, kortademig), reuma, hoge bloeddruk, ondergewicht	Eerste indicatie verblijf	2010	Geen (1x per week huishoudelijke hulp)

5	59	M	VG	ZIN	VG7	Georgani seerde woonvorm	Appartement bij zorginstelling	Broer	58	Cognitief niveau van kind van 4-5 jaar. Kromgegroeide rug, oogproblemen, hoge bloeddruk. Tilt en beeft heftig.	Herindicatie	2009	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN (2004)
6	36	M	PSY	PGB	GGZC-5	Georgani seerde woonvorm	Particulier appartement op complex van zorginstelling	Ouders en zussen	69/65	Klassiek autist (hoog cognitief niveau, laag sociaal-emotioneel niveau). Astma, schizofrenie.	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb (1997)
7	26	M	VG	ZIN	VG3	Georgani seerde woonvorm	Beschermd zelfstandig wonen in complex	Moeder	56	Bepert cognitief niveau. Kan wel lopen en lezen.	Herindicatie	2009	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb (2005)
8	26	M	PSY	PGB	Onbekend	Eigen woning	Eensgezinswoning bij ouders	Moeder	56	PDD-NOS, angsten	Herindicatie	Onbekend	Indicatie in functies en klassen met leveringsvorm pgb (2005/2006). Daarvoor verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN.
9	35	M	PSY	PGB	GGZ4	Eigen woning	Zelfstandig appartement	Moeder	62	Schizofrenie, psychotisch, diabetes, minder goed werkende schildklier, verstarring	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb (2007)
10	90	V	SOM	PGB	Onbekend	Eigen woning	Bij dochter	Zoon/ Dochter	70	Geheugen problemen, slechtziend	Herindicatie	2008	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN (1999)

11	63	V	SOM	PGB	Beg. Klasse 2 - PV Klasse 7 - 6 uur HH	Eigen woning	Zorgappartement in woonzorgcomplex	nvt	nvt	Multiple Sclerose, posttraumatisch stresssyndroom, geen fijne motoriek	Afgezien van indicatie verblijf	2010	Indicatie in functies en klassen (met minder uren zorg)
12	93	V	SOM	PGB	VV5	Eigen woning	Boerderij (eigen woning)	Dochter	55	Geheugenproblemen, problemen met bewegen (heupblessure), artrose, rugklachten	Eerste indicatie verblijf	2009	Indicaties in functies en klassen met leveringsvorm PGB
13	21	M	VG	ZIN	VG3	Georgani seerde woonvorm	Particuliere zorginstelling met 24 personen	Moeder	58	Epilepsie, PDD-NOS, IQ 60, motorisch beperkt	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb, daarvoor indicatie in functies en klassen (pgb)
14	23	M	VG	PGB	VG5	Georgani seerde woonvorm	Appartementencomplex/ Woongroep met 14 personen (ouderinitiatief)	Vader	56	Slechtziend, kan niet spreken, spasmen in alle ledematen. Rechterbeen is korter. Kan zelfstandig lopen.	Herindicatie	2011	Indicatie verblijf met leveringsvorm pgb (2008), daarvoor indicatie in functies en klassen met leveringsvorm ZIN
15	93	V	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	nvt	nvt	Herstel van gebroken bovenarm (2 jaar geleden), incontinentie, hoge bloeddruk, moeilijk benen bewegen	Eerste indicatie verblijf	2010/ 2011	Geen

16	83	M	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	Dochter	55	Door TIA's gebrek aan coördinatie en spierkracht in benen, hoge bloeddruk, blaasontsteking	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen (2x per dag)
17	84	V	SOM	ZIN	VV3	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	nvt	nvt	Linkerkant van lichaam is verlamd, hoge bloeddruk, problemen met bewegen	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen (2x per dag)
18	89	V	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	Dochter	67	Slechtziend (aan 1 oog blind), knieoperaties, herstel van gebroken bovenbeen, ernstige bronchitis	Eerste indicatie verblijf	2010/ 2011	Indicatie in functies en klassen (wekelijks thuiszorg)
19	77	M	SOM	ZIN	VV3	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	Schoon zus	Onbekend	Problemen korte termijn geheugen, duizeligheid, slecht gehoor, duizeligheid, problemen met bewegen	Eerste indicatie verblijf	2010	Indicatie in functies en klassen (2x per week)
20	75	M	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	Dochter	47	COPD (zuurstof nodig), stijve benen	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen (dagelijks thuiszorg)
21	89	V	SOM	ZIN	Onbekend	Georgani seerde woonvorm	Verzorgingshuis	Dochter	61	Diabetes, slechte bloedvaten, mist rechtersvoet en linkerbeen, gedeeltelijk incontinent	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen (2x per dag thuiszorg)

22	63	V	PSY	PGB	Onbekend	Eigen woning	Zelfstandig appartement	nvt	nvt	PTSS (angststoornis), COPD, reuma/artrose, ziekte van Meniere, hartritmestoornissen, blaasproblemen	Eerste indicatie verblijf	2009	Indicatie in functies en klassen met leveringsvorm pgb
23	19	V	PSY	PGB	GGZ3	Georgani seerde woonvorm	Eensgezinswoning met 1 huisgenoot	Vader	53	Asperger (aan autisme verwante stoornis), IQ 115, fibromyalgie (vorm van reuma), neigt naar anorexia, depressiviteit	Eerste indicatie verblijf	2009	Crisisopname: 9 maanden
24	46	M	PSY	PGB	GGZC-5	Georgani seerde woonvorm	Woning op zorgboerderij	Moeder en zus	69/42	Asperger (aan autisme verwante stoornis), diabetes met complicaties (insulten/coma's), hoog IQ (heeft WO studie afgerond)	Herindicatie	2010	Verblijfsindicatie met leveringsvorm pgb
25	xx	V	VG	PGB	VG7	Eigen woning	Bij ouders	Pleegvader	57	Last van spieren en gewrichten, slechtziend, aan één oor slechthorend, cognitief niveau van 2-jarige	Herindicatie	2010	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN

26	82	V	SOM	PGB	VV5	Eigen woning	Vrijstaand huis (eigen woning)	Dochter	48	Bewegingsproblemen (20m lopen), COPD/longemfyseem, beroerte (ongecontroleerde bewegingen en geluiden), slikstoornis, geheugen problemen	Eerste indicatie verblijf	2010/2011	Indicatie in functies en klassen met leveringsvorm pgb
27	82	V	SOM	ZIN	VV7	Georganiseerde woonvorm	Verpleeg/Verzorgingshuis	Dochter	50	Stemmingswisselingen/psychoses (als gevolg van ziekte van Lyme), problemen met bewegen	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met grondslag PSY (2003/2004), daarna indicatie in functies en klassen
28	26	V	VG	PGB	VG1	Georganiseerde woonvorm	Appartementencomplex/ Woongroep met 12 personen (ouderinitiatief)	Moeder	59	Epilepsie, spanningsaanvallen, IQ 77/78, verbaal vaardig	Eerste indicatie verblijf	2008	Geen
29	40	M	VG	PGB	Onbekend	Eigen woning	Eensgezinswoning bij ouders	Ouders en zussen	86/75 - 45/50	Syndroom van Down (cognitief niveau van 5-jarige, voortekenen dementie). Slecht gezichtsveld, veel last van ledematen.	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen
30	89	V	SOM	ZIN	VV4	Georganiseerde woonvorm	Verzorgingshuis	Dochter	60	Depressie, bewegingsproblemen, diabetes, schildklier- en hart problemen (onder controle)	Eerste indicatie verblijf	2011	Geen (particuliere huishoudelijke hulp)

31	20	V	VG	PGB	VG7	Eigen woning	Bij ouders	Vader	53	Licht verstandelijk gehandicapt, autistisch, soms hoge bloeddruk, trage/houterige bewegingen. Kan lopen/lezen/schrijven.	Herindicatie	2010	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN (2007)
32	39	V	VG	PGB	VG5	Eigen woning	Verbouwde garage bij woning ouders	Moeder/Vader	69/71	Syndroom van Down, schildklierproblemen, ziekte van Meniere (duizeligheid). Beperkt cognitief vermogen (geen besef van tijd of dagen)	Eerste indicatie verblijf	2011	Indicatie in functies en klassen
33	89	M	SOM	PGB	VV4	Eigen woning	Benedenverdieping (eigen woning)	Kindere n/Case manager	nvt	Longproblemen (ontsteking), geheugenproblemen, problemen met bewegen (lopen)	Eerste indicatie verblijf	2009	Indicatie in functies en klassen
34	18	M	PSY	PGB	LVG3	Eigen woning	Particuliere zorginstelling	Moeder	50	PDD-NOS, IQ 69.	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN (2006)
35	106/98	M/V	SOM	PGB	Beg. Klasse 1/2 - PV Klasse 8 - VP Klasse 2	Eigen woning	Benedenappartement (eigen woning)	Dochter	65	Problemen met bewegen (lopen, opstaan), hoge bloeddruk	Afgezien van indicatie verblijf	2010/2011	Indicatie in functies en klassen (met minder uren zorg)

36	24	V	PSY	PGB	GGZ2	Eigen woning	Verbouwde schuur bij woning ouders	Moeder	49	Schizofrenie, psychotisch, herstel van open beenbreuk	Eerste indicatie verblijf	2008	Geen (indicatie is in 2010 omgezet van leveringsvorm ZIN naar leveringsvorm pgb)
37	22	M	PSY	PGB	GGZ6	Eigen woning	Bij ouders	Moeder	56	Schizofrenie, psychotisch, dwanghandelingen, beperkt cognitief vermogen (geen besef van tijd of leeftijd)	Herindicatie	2011	Verblijfsindicatie met leveringsvorm ZIN
38	29	M	VG	PGB	Onbekend	Georganiseerde woonvorm	Woongroep met 8 personen (ouderinitiatief)	Moeder	58	Cognitief beperkt, spastisch, epilepsie. Kan niet spreken.	Eerste indicatie verblijf	2008	Indicatie in functies en klassen met leveringsvorm ZIN

G Overzicht focusgroep interviews

Focusgroep Holland/Utrecht

1. Vertegenwoordiger zorginstelling Zuid-Holland (VG)
2. Vertegenwoordiger MEE Zuid-Holland Noord
3. Vertegenwoordiger zorgkantoor regionale zorgverzekeraar
4. Vertegenwoordiger CIZ
5. Vertegenwoordiger zorginstelling Utrecht (SOM)
6. Vertegenwoordiger zorgkantoor landelijke zorgverzekeraar

Focusgroep Zeeland

1. Vertegenwoordiger zorginstelling Zeeland (SOM)
2. Vertegenwoordiger zorginstelling Zeeland (VG)
3. Vertegenwoordiger MEE Zeeland
4. Vertegenwoordiger MEE Zeeland
5. Vertegenwoordiger CIZ

Focusgroep Drenthe

1. Vertegenwoordiger zorginstelling Drenthe (SOM)
2. Vertegenwoordiger zorginstelling Drenthe (VG)
3. Vertegenwoordiger zorginstelling Drenthe (GGZ)
4. Vertegenwoordiger huisartsen Drenthe
5. Vertegenwoordiger cliëntenorganisatie ouderen
6. Vertegenwoordiger MEE Drenthe
7. Vertegenwoordiger zorgkantoor landelijke zorgverzekeraar
8. Vertegenwoordiger CIZ

Aanvullende telefonische interviews

1. Vertegenwoordiger zorginstelling Utrecht (VG)
2. Vertegenwoordiger CIZ Utrecht
3. Vertegenwoordiger zorginstelling Drenthe (GGZ)



Nederlandse
Zorgautoriteit

0 2 0 3 2 0 1 2

College voor zorgverzekeringen (CVZ)
Mevrouw Mr. M. van der Veen-Helder
Hoofd Afdeling Zorg Advies
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door mw. drs. I.G. Schoenmakers	Telefoonnummer 030 296 89 51	E-mailadres ischoenmakers@nza.nl	Kenmerk 12D0008036
Onderwerp Signalement zorg en wonen			Datum 1 maart 2012

Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

In uw brief van 20 februari 2012 (uw kenmerk ZA/2012019673) verzoekt u de NZa om een reactie op het concept-signalement zorg en wonen.

Kort samengevat is onze reactie:

- Ten aanzien van de kernboodschap vraagt de NZa zich af of kan worden volstaan met alleen afsplitsing van een zorggerelateerde mini-NHC;
- de conclusie dat verblijf als aparte indicatie kan vervallen, vergt eerst een nadere analyse;
- De NZa ziet geen reden om de optie van aanvullende betalingen voor extra m2 bij verblijf op voorhand uit te sluiten.

De NZa tekent daarbij aan dat wij binnen de reactietermijn niet in de gelegenheid zijn geweest de budgettaire impact analyse van uw signalement te beoordelen. Wij doen hierover geen dan ook geen uitspraak.

Hieronder lichten wij de drie aspecten van onze reactie nader toe.

Kernboodschap

Het eerste aspect is de kernboodschap van het signalement: het voorstel om de zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen bij scheiden wonen en zorg te bekostigen door daarvoor een deel van de NHC te gebruiken. Cliënten wonen zelfstandig en de zorgaanbieders ontvangen voor deze cliënten een deel van de NHC uit de AWBZ om de zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen in hun woning te betalen. In principe borduurt de kernboodschap voort op onze suggesties over scheiden wonen en zorg zoals opgenomen in het NZa memo Overgangsmoedel integrale tarieven van februari 2011. De NHC wordt gesplitst in een woongerelateerd en een zorggerelateerd deel.

Het zou betekenen dat een zorgaanbieder die een VPT levert, ook een mini-nhc krijgt. Het ligt voor de hand dat de mini-nhc wordt bekostigd aan de betrokken zorgaanbieder (daarmee is er een koppeling met de toelating voor verblijf en blijft ook het toezicht helder).

Kenmerk
12D0008036

Pagina
2 van 3

Het lijkt goed om hierbij op te merken dat een afweging moet worden gemaakt of het wenselijk is naast de afsplitsing van het wonen van de nhc (om tot een mini-nhc te komen) ook de hotelmatige en woongerelateerde onderdelen te scheiden in de materiële kosten en de loonkosten uit de ZZP. TNO-Czb heeft momenteel een opdracht om te adviseren over de technische uitwerking hiervan. Het is van belang hiermee rekening te houden in de berekening van de besparingen en mogelijke overhevelingen naar WMO en ZVW.

Verblijf als aparte indicatie

Het tweede aspect betreft de passage over verblijf. Verblijf als aparte indicatie zou volgens het signalement kunnen komen te vervallen. Verzekerden krijgen een indicatie voor een integraal zorgpakket en/of permanent toezicht en/of bescherming. Het oordeel van de zorgverzekeraar is bepalend of de verzekerde de zorg verantwoord in de thuissituatie ontvangt of in een instelling. De onderbouwing van deze keuze en welke afwegingen de verzekeraar hierbij maakt, worden niet genoemd in het document. Niet duidelijk wordt of het huidige systeem van zorgkantoren hier de juiste prikkels voor heeft of dat deze prikkels moeten worden ingebouwd.

De NZa is derhalve van mening dat een nadere analyse noodzakelijk is, alvorens kan worden geconcludeerd dat verblijf als aparte indicatie kan vervallen.

Eigen betalingen voor aanvullende diensten

Het laatste aspect wat wij willen benoemen zijn eigen betalingen voor verblijf in luxere appartementen dan op grond van het woongerelateerde NHC deel te realiseren zijn.

U stelt in het signalement dat een combinatie van AWBZ-verblijf met aanvullende eigen betaling niet moet worden toegestaan. Dit zou tot verstoorde marktverhoudingen leiden tussen reguliere woningexploitanten en aanbieders. Dat zou de totstandkoming van innovatieve woonvormen in de reguliere woonsector belemmeren.

De lijn die het CVZ kiest ten aanzien van aanvullende eigen betalingen is in de ogen van de NZa zeker een mogelijk scenario. Het heeft echter als nadeel dat er een verschil zal zijn tussen vastgoed dat is ontwikkeld voor mensen met verblijf en voor mensen met een VPT/scheiden wonen en zorg. Als VPT/scheiden wonen en zorg – zoals beoogd in de notitie van het CVZ – gaat groeien, kan dat leiden tot een lagere bezetting van vastgoed voor verblijf (omdat in een model zonder bijbetalingen dit niet zomaar kan worden omgezet in scheiden wonen en zorg). Het toestaan van aanvullende eigen betalingen voor extra m², zou het vastgoed voor verblijf toekomstbestendiger maken. Deze overweging blijft in het concept-signalement van het CVZ onvermeld. Ook om beleidsmatige redenen kan een dergelijke aanvullende dienstverlening met bijbehorende eigen betaling, wenselijk zijn. Uw analyse op dit punt (pag. 31 van het signalement) geeft ons inziens onvoldoende onderbouwing

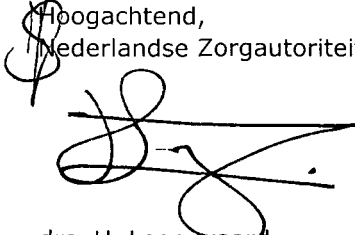
voor de stelling dat een mogelijkheid voor vrijwillige bijbetalingen bij extra m2 op voorhand zal leiden tot verstoorde marktverhoudingen.

Kenmerk
12D0008036

Om deze redenen willen wij als NZa de mogelijkheid, om wel aanvullende betalingen toe te staan, nog niet uitsluiten. Voorwaarde is wel dat aanvullende betalingen alleen worden toegestaan op basis van vrijwilligheid.

Pagina
3 van 3

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,



drs. H. Lagerwaard
directeur Zorgmarkten Care



LPGGz



PerSaldo



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

CVZ
Drs. A.M. Hopman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 2 maart 2012
ons kenmerk 2012-70/DSB/01.01.01/WW/bh
voor informatie Corine Zijderveld, NPCF
E: czijderveld@npcf.nl
Anneke van de Vlist, CSO
E: a.vandervlist@ouderenorganisaties.nl
uw kenmerk ZA/2012019673
onderwerp **Bestuurlijke consultatie signalement zorg en Wonen**

Geachte heer Hopman,

Het CVZ heeft het signalement zorg en wonen ter consultatie aangeboden aan betrokken partijen. De koepels van cliëntenorganisaties, CG-Raad, CSO, NPCF, Per Saldo, Landelijk Platform GGz en Platform VG hebben besloten om gezamenlijk te reageren op dit belangrijke document. Op deze wijze willen wij een krachtig signaal afgeven.

De opbouw van deze reactie is als volgt: We lichten eerst een aantal uitgangspunten toe die ten grondslag liggen aan onze reactie. Daarna volgt onze reactie op hoofdlijnen op het signalement en vervolgens gaan we in op specifieke inhoudelijke punten in het signalement. Tot slot benoemen we de punten die van belang zijn voor specifieke doelgroepen en gaan we in op de aandachtspunten voor de transitie.

1. Uitgangspunten

Eigen regie

Eigen Regie voor cliënten moet centraal komen te staan in discussies over de vormgeving van het zorgstelsel is de overtuiging van de cliëntenorganisaties. Eigen regie maakt de zorg beter en doelmatiger. De 6 koepelorganisaties, die nu gezamenlijk naar CVZ reageren, hebben in 2010 aan de wieg gestaan van de brede maatschappelijke coalitie Eigen Regie.

Mensen zijn meer dan hun zorgvraag. Zij willen gezien worden als volwaardig. Zij willen meedoen. Er kan een moment komen dat iemand ondersteuning en/of zorg nodig heeft. Dan moet die gericht zijn op (het terugkrijgen van) zelfredzaamheid en blijvende participatie. Meedoen betekent daadwerkelijk meedoen aan het maatschappelijk leven door te werken en onderwijs te volgen. Maar ook door gelijkwaardige relaties op te bouwen met andere mensen op basis van vrijheid en wederkerigheid.

Vanuit deze mensvisie hebben we pijlers geformuleerd voor toekomstbestendige zorg:

- *Eigen regie en zelfredzaamheid*

We willen mensen zoveel mogelijk de ruimte en middelen geven om zelfredzaam te zijn en zelf te bepalen op welke manier zij willen leven. En hoe zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de maatschappij. En hen daarbij ondersteunen waar dat nodig of gewenst is.

- *Relatie cliënt-hulpverlener*

De relatie tussen hulpverlener en cliënt moet centraal staan. We willen ruimte scheppen om die relatie en zo ook maatwerk tot stand te brengen. En daarbij innovatie bevorderen.

- *Zorg thuis en benutten van gemeenschapskracht*

Veel mensen willen zelfstandig wonen. Ook als zij hulp nodig hebben. We willen de voorwaarden scheppen om dat mogelijk te maken.

Instrumenten die in belangrijke mate bijdragen aan eigen regie zijn financieringsmogelijkheden, waarin de sturing bij de cliënt komt de liggen: Persoons Gebonden Budgetten en Persoon Volgende Budgetten. Daarnaast een integrale, onafhankelijke indicatiestelling, waarin de participatie en de ondersteuningsbehoefte over de domeinen heen in kaart gebracht wordt en vastgesteld. En de beschikbaarheid van onafhankelijke cliëntondersteuning voor alle doelgroepen, zodat ook de meest kwetsbare groepen ondersteuning krijgen in zodanig organiseren van de zorg, dat zij hun eigen leven kunnen leiden.

2. Reactie op hoofdlijnen

Het scheiden van wonen en zorg past binnen het gedachtegoed van Eigen regie. Indien zorgvuldig uitgewerkt, is het een maatregel die de keuzevrijheid voor burgers die intensieve zorg nodig hebben, vergroot. Het signalement van CVZ is een gedegen verkenning, maar de PGO-organisaties constateren dat het cliëntenperspectief in het signalement onvoldoende tot zijn recht komt.

Proces vanuit de cliënt

Het CVZ stelt dat de huidige aanspraak op verblijf ten onrechte uitgaat van een koppeling van verblijf en zorg. Om het zelfstandig wonen te faciliteren moet de aanspraak op samenhangende zorg als afzonderlijke aanspraak gelden: het integrale zorgpakket. De PGO-organisaties zijn van mening dat in het kader van eigen regie en behoud van zelfstandigheid niet de omschrijving van het zorgaanbod centraal moet staan, maar de resultaten en het maatwerk voor de cliënt. Dit vraagt een zorgvuldig proces met een onafhankelijke, integrale indicatiestelling en het op basis hiervan opstellen van een zorg en ondersteuningsplan. Dit proces, beschreven vanuit de cliënt, vinden we in het signalement niet terug.

Onafhankelijke, integrale indicatiestelling

De PGO-organisaties zijn van mening dat bij het bepalen van de doelgroep een onafhankelijke indicatiestelling essentieel is. Niet de aandoening is het uitgangspunt, maar de effecten daarvan op het totale functioneren van de persoon in relatie tot de omgeving. Door op deze manier te kijken naar het functioneren van iemand – zijn zorgvraag, zijn zelfredzaamheid in huis, zijn mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving – kan beter invulling worden gegeven aan passende zorg of begeleiding die iemand nodig heeft.

Een goede integrale indicatiestelling beschouwt op al deze dimensies het functioneren en kijkt hoe de beperkingen voor deze persoon passend opgeheven kunnen worden.

Deze beoordeling moet door een onafhankelijke professionele organisatie en op basis van gevalideerde methodieken plaatsvinden. Ook moet voor burgers de mogelijkheid van een second opinion openstaan. Het recht op een PGB wordt als aanspraak in de wet opgenomen en wordt gekoppeld aan de indicatiestelling over de zorgvraag.

Keuzevrijheid in wonen

Volgens CVZ ligt de meerwaarde van het scheiden van zorg en wonen vooral in vergroten van keuzevrijheid in de woonfunctie. Wij constateren dat in het rapport de meeste aandacht uitgaat naar de financiële verantwoordelijkheden, de kosteneffectiviteit en de uitvoerbaarheid. Het signalement besteedt vooral veel aandacht aan de effecten voor aanbieders en verzekeraars en aan mogelijke financiële gevolgen. De consequenties voor de kwaliteit van de langdurige zorg en de keuzevrijheid voor de cliënt blijven naar onze mening onderbelicht.

De keuzevrijheid van verzekerden is afhankelijk van de mate waarin door her- en nieuwbouw daadwerkelijk nieuw aanbod wordt gecreëerd, en de mate waarin dat innoverend gebeurt. Op dit moment hebben we daar grote zorgen over, de tekorten aan geschikte woningen voor het verlenen van zorg lopen op, als er niet 40.000 extra per jaar beschikbaar komen¹.

Wij zouden graag de vier varianten die nu in het signalement beschreven ten aanzien van het woningaanbod nader willen laten uitwerken op de volgende effecten:

- Aantal passende toegankelijke woningen;
- Betaalbare aangepaste woningen voor alle inkomensgroepen;
- Mogelijkheden voor het leveren van doelmatige zorg en ondersteuning;
- Mogelijkheden voor het verlenen van mantelzorg;
- Keuzevrijheid voor huidige en nieuwe bewoners;
- Inkomenssituatie van bewoners.

Zeggenschap

Een ander element is de mate waarin cliënten zelf zeggenschap hebben bij de totstandkoming van innovaties. Niet projectontwikkelaars, gemeenten en zorgaanbieders moeten bepalend zijn bij de totstandkoming van geschikte woon- en zorgvoorzieningen, maar de doelgroepen die op deze voorzieningen zijn aangewezen. Zeggenschap kan overigens ook inhouden dat aangegeven wordt dat men de vertrouwde voorziening wil behouden en dat dit gerespecteerd wordt. We vinden dat deze aspecten in het signalement onvoldoende aan bod komen.

Informele zorg

Mantelzorgers vervullen vaak een cruciale rol bij het zelfstandig blijven wonen van mensen met een intensieve zorgbehoefte. In veel situaties zijn het mantelzorgers die veiligheid en toezicht bieden waardoor thuis wonen mogelijk blijft. In het signalement zien wij onvoldoende erkenning van een aandacht voor de cruciale rol van de informele zorg. Bij stelselwijzigingen moet het vanzelfsprekend zijn dat niet alleen verschuivingen naar andere wetten (waar een prijskaartje aan hangt voor de overheid) in kaart gebracht worden, maar ook de verschuivingen en effecten voor de informele zorg. De PGO organisaties pleiten er daarom voor dat, voordat er stappen gezet worden in het traject naar het scheiden van wonen en zorg, de gevolgen voor de informele zorg in kaart gebracht worden. Daarbij moet er aandacht zijn voor de grenzen aan de informele zorg en voor een extra ondersteuningsbehoefte, die kan ontstaan.

Keuze voor het verdringingsmodel

Niet het bestaande zorgaanbod maar de toekomstige zorg- en ondersteuningsvraag zal leidend moeten zijn bij het vormgeven van een stelselwijziging. De optie van het verdringingsmodel, waar CVZ voor kiest, biedt inderdaad (meer) ruimte voor vernieuwend aanbod, maar langs de weg van de geleidelijkheid. De PGO organisaties zijn voorstander van een geleidelijk proces, met name omdat de gevolgen voor de verschillende cliëntgroepen goed in de gaten gehouden

¹ Zie ABF research: monitor investeren voor de toekomst 2009

moeten worden.

In de keuze voor een geleidelijk model kunnen we ons dus vinden, maar er bestaan nog een groot aantal twijfels en vragen. In de volgende paragraaf komen deze specifieke punten aan de orde.

3. Specifieke inhoudelijke punten

Investeren in samenhang

In het advies wordt terecht aangegeven dat de lokale factoren (feitelijke beschikbaarheid van alternatieve woonvormen) en sociale factoren (mantelzorg) bepalend zijn voor de mogelijkheden om het integrale zorgpakket, permanent toezicht of bescherming in de eigen woonsituatie te bieden. Wij zijn dan ook van mening dat investeren in de samenhang van AWBZ, Wmo en Zvw de hoogste prioriteit moet hebben. Wij vinden het dan ook verontrustend dat in het signalement grote belemmeringen worden gecreëerd door verpleging en verzorging naar de Zvw over te hevelen. Wij zouden dit dan ook zeker niet als "no-regret-maatregel" willen kwalificeren. De ervaring leert namelijk dat bij stelselwijzigingen lange tijd het uitvoeringproces centraal staat en niet de samenhang en kwaliteit van zorg. Wij zijn van mening dat een nieuwe stelselwijziging waarbij verpleging en verzorging wordt ondergebracht in de Zvw ten koste gaat van de investering van zorgverzekeraars in de samenhang van zorg. Bovendien is het een onnodige maatregel, immers één van de doelstellingen van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden is het creëren van samenhang tussen AWBZ en Zvw.

Rol zorgverzekeraar bij de beoordeling

CVZ geeft aan dat geïntegreerde zorg ook vanuit de eerste lijn geboden kan worden. De zorgverzekeraar bepaalt of dat verantwoord en veilig kan. Wij zien risico's. De indicatiestelling zal heel anders verlopen. Dat lijkt ons geen goede zaak. In de eerste plaats niet, omdat de noodzaak daarvoor gelegen zal zijn in de ernst, aard en omvang van de problematiek. In de tweede plaats niet omdat de zorgverzekeraars, die veelal landelijk werken, niet kunnen beoordelen of het mogelijk is dat de zorg vanuit een lokaal Wmo-aanbod (gemeenten) en vanuit de eerste en tweedelijns gezondheidszorg doelmatig en verantwoord is, laat staan of dit de meest passende zorg is. Tevens verwachten wij dat het aantal definitieve intramurale plaatsingen zal stijgen: omdat de vereiste samenhang niet overal op tijd komt en omdat zorgverzekeraars meer risico lopen binnen de Zvw. Wij zijn dan ook van mening dat het onwenselijk is dat de verzekeraar beoordeelt of het doelmatig, en/of verantwoord is dat een indicatie voor een integraal zorgpakket, permanent toezicht of bescherming in de eigen woonsituatie wordt ontvangen.

Schrappen van ZZP's en versterken van Wmo

In het voorstel van CVZ worden de 'lichte' ZZP's geschrapt. Het CVZ beargumenteert dat daarmee onduidelijke situaties m.b.t. de afbakening Wmo en AWBZ opgelost zijn. Wij constateren echter dat mensen daarmee worden overgelaten aan de willekeur van de gemeenten en vinden dit i.t.t. het CVZ een kwalijke zaak. Wij zijn dan ook van mening dat het versterken van de Wmo en beter toegankelijk maken voor doelgroepen zoals mensen met lichte psychische problemen een must is, nog los van de discussie scheiden zorg en wonen.

Casemanagement

In het signalement wordt gesteld dat het CVZ casemanagement heeft geduid als zorg die huisartsen plegen te bieden. Dit is echter onvolledig en komt niet overeen met het CVZ standpunt Casemanagement. Hierbij willen wij benadrukken voorstander te zijn de definitie zoals genoemd in het CVZ standpunt Casemanagement: *'Casemanagement is zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.'* Waarbij casemanagement niet een functionaris is maar een functie, en cliëntondersteuning beschikbaar is. Verder is CVZ van mening dat casemanagement voorziet in de nodige coördinatie en afstemming van de zorg in complexe situaties. Naarmate dit beter vorm krijgt, zou langer kunnen worden volstaan met een combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ, en zou een integraal zorgpakket dus minder snel nodig zijn. Wij vinden de volgorde in deze redenering van belang: eerst goed regelen, dan langer thuis blijven.

Beschikbaarheid van woningen

Om meer mensen thuis te laten wonen, ook als zij zorg nodig hebben, is de beschikbaarheid van geschikte woningen van groot belang. Recente cijfers² geven aan dat er jaarlijks 40.000 geschikte woningen extra nodig zijn om de bestaande tekorten op te vangen en de gevolgen van de vergrijzing en extramuralisering. De PGO organisaties benadrukken hier de noodzaak van integraal beleid op landelijk en op decentraal niveau. Gezamenlijke inspanningen van verschillende departementen (VWS en Biza) en gemeentelijke afdelingen (Wmo en huisvesting/wonen) zijn nodig om deze opgave te realiseren.

Omschrijving van rechten

Het CVZ opteert ervoor om bewoners van AWBZ-instellingen huur te laten betalen. In voorkomende gevallen moeten ze een beroep doen op de huurtoeslag of op de bijstand. Het CVZ geeft aan dat aanbieders geconfronteerd worden met twee regimes, huurwetgeving en AWBZ. Dat is echter ook zo voor de cliënten-bewoners. Het blijft onduidelijk welke rechten bewoners als huurder van de zorginstellingen zullen hebben. Is het bijvoorbeeld geborgd dat zij huurbescherming hebben wanneer de instelling gaat verhuizen, verbouwen of gaat decentraliseren? Ook blijft onduidelijk welke rechten bewoners als burger hebben inde situatie dat zij een woning van een zorginstellingen huren. Hebben of krijgen bewoners mogelijkheden om een beroep te doen op woningaanpassing krachtens de Wmo, wanneer zij (fysieke) beperkingen krijgen? Hoe wordt het geregeld (in huurwet en AWBZ) in situaties waarbij burgers een gezamenlijk huishouden voeren en één van hen een integraalzorgpakket nodig heeft? Vereist is dan ook omschrijving van de rechten van de rechten waarop deze burgers aanspraak kunnen blijven maken krachtens Huurwet, AWBZ en Wmo.

Inkomenspositie

Zonder compenserende maatregelen zal het scheiden van wonen en zorg voor de verschillende groepen een nadelig dan wel voordelig inkomensafect hebben. In paragraaf 6e van het signalement staat beschreven welke effecten het zelfstandig gaan wonen heeft op de vrij besteedbare ruimte van de verschillende doelgroepen. Wij zijn van mening dat de keuze voor verblijf of het zolang mogelijk zelfstandig wonen niet beïnvloed zou moeten worden door de inkomenspositie van mensen. Dit betekent dat ook voor mensen met lage inkomens er goede aangepaste woningen met flexibele zorgconcepten beschikbaar moeten zijn. Gesproken wordt over een maximering van de eigen bijdrage, waarbij het bestaande wettelijke maximum gelijk

² ABF research; monitor investeren voor de toekomst 2009,

blijft. Ook wordt gesproken over het vragen van een hogere eigen bijdrage te vragen op grond van levensloopverantwoordelijkheid voor mensen met verdiencapaciteit. Wij zijn van mening dat eerst duidelijk moet worden op welke wijze de stelselwijziging van invloed zal zijn op het inkomen van mensen, voordat wettelijke eigen bijdragen opnieuw verhoogd worden.

4. Specifieke punten t.a.v. doelgroepen

Jongeren VG/LG en GGZ

Allereerst moet worden opgemerkt dat voor jongeren met een beperking geldt dat zij net als ieder ander op een bepaald moment het ouderlijk huis willen verlaten. Er zal dus sowieso sprake zijn van een verhuizing. Op het moment dat er permanent toezicht nodig is, moet de mogelijkheid blijven bestaan om in een beschermde woonomgeving te wonen. Dat is een keuze van de cliënt en heeft alles te maken met eigen regie. Het voorliggende signalement gaat te veel uit van de oudere die zorgbehoefstig wordt en een aantal jaar doorbrengt in een verzorgingshuis/ verpleeghuis. Platform VG vindt dat er echt verschil is tussen die doelgroep en de VG/LG en GGZ. Duidelijker afbakening wat thuis willen blijven wonen betekent.

Beschermd wonen

Wonen en zorg gescheiden zou betekenen dat de cliënt meer keuzemogelijkheden heeft op het gebied van het wonen. Echter wanneer iemand is aangewezen op een beschermde woonvorm en dus zijn kamer/ appartement huurt van de zorginstelling/ woningcorporatie en afhankelijk is van een zorgaanbieder, is verhuizen naar een andere woning helemaal geen optie. Het is een utopie om te bedenken dat in één woonvorm vijf verschillende zorgaanbieders, de verschillende cliënten zorg verlenen. Qua financiering en efficiency volkomen misplaatst idee. De meerwaarde voor het scheiden van wonen en zorg zien wij niet voor deze cliënten.

Geen voorspelbare kosten VG en GGZ

In tegenstelling tot voorspelbare kosten t.a.v. ouderen, geldt dit geenszins voor mensen met een beperking. Zij hebben geen mogelijkheden om te sparen en in een woning met meer leefruimte te wonen bijvoorbeeld. Daarom stellen wij voor om onderscheid te maken tussen ouderen en jong gehandicapten (GGZ, LG en VG) als er al sprake is van het zelf investeren in de toekomst (het ouder worden en dus meer zorgkosten/ woonomgevingskosten).

Gemeenten bereiken GGZ cliënten onvoldoende

Het CVZ stelt voor dat naarmate de eerstelijnszorg en Wmo sterker zijn, de doelgroep voor een integraal zorgpakket kleiner wordt. De definitie van de groep waarvoor reguliere zorg niet (meer) volstaat, wordt daarmee dynamisch. Gemeenten zijn de zwakste schakel in de redenering. Uit de eerste evaluatie van de Wmo door het SCP blijkt dat veel gemeenten al niet in staat zijn om de doelgroep cliënten met psychische problemen te bereiken, adequaat te ondersteunen, noch te betrekken bij de lokale beleidsvisie. Het operationaliseren van het criterium 'verantwoord' is daarom niet alleen nodig, het is ook noodzakelijk dat dit door inhoudelijk deskundigen wordt beoordeeld. Veel gemeenten achten wij momenteel niet in staat om verantwoorde en doelmatige zorg te bieden. Wij vragen dan ook om het uniform en eenduidig vastleggen wat de kritische grenzen van de criteria zijn. Wellicht ten overvloede: de vraag of er specifieke bouwkundige voorzieningen nodig zijn, is slechts een beperkt onderdeel van de beoordeling.

kenmerk: 2012-6/DSB/01.01.01/WW/bh

datum: 10 01 12

blad: 9 van 9



W. Drooger
Directeur Platform VG



Mr. A.W.D. Saers-Molenaar
Directeur Per Saldo



Aan College voor zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw mr. M. van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk: FO12-029-5.7.h

Amersfoort, 1 maart 2012

Betreft: Bestuurlijke consultatie signalement zorg en wonen

Geachte mevrouw Van der Veen,

Per brief d.d. 20 februari 2012, kenmerk ZA/2012019673, stelt u het bestuur van de vereniging Federatie Opvang in de gelegenheid om een reactie te geven op uw concept signalement zorg en wonen. Van deze gelegenheid maken wij graag gebruik. In onze reactie benoemen we de aantrekkelijke aspecten en randvoorwaarden van uw signalement, een aantal risico's en aandachtspunten. We beginnen met enkele algemene opmerkingen.

1. Algemeen

De koers die het CVZ uitzet naar het scheiden van de aanspraken op wonen en zorg kan de Federatie Opvang goed volgen. In het Koersdocument 'Maatschappelijke Opvang 2020' (bijlage) heeft de Federatie Opvang gekozen voor het motto 'Gewoon wonen' als leidmotief voor de beleidsontwikkeling in de preventie en bestrijding van dakloosheid en huiselijk geweld.

Dat betekent dat wonen door de Federatie Opvang gezien wordt als de basis van waaruit ieder mens zijn leven vorm geeft. Dat wonen mag allerlei vormen hebben en zal voor wat betreft de doelgroepen van de maatschappelijke opvang (MO) en de vrouwenopvang (VO) vaak gepaard gaan met langdurige vormen van ondersteuning en begeleiding. Uitgangspunt is zo gewoon mogelijk leven en wonen.

We onderschrijven het algemene principe van de eigen verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid voor cliënten, maar er zijn groepen die bij deze verantwoordelijkheid ondersteuning nodig hebben. Voor deze groepen moet de maatschappij de zaken goed regelen.

2. Aantrekkelijke aspecten en randvoorwaarden

We zien de volgende aantrekkelijke aspecten.

- a) De mensen houden hun aanspraak (recht) op zorg. De financiering op grond van de AWBZ blijft (grotendeels) in stand.
- b) Het verheugt ons, dat het CVZ kiest voor de geleidelijke ontwikkeling en het op de lange termijn halen van de beleidsdoelstellingen op het terrein van zorg en wonen.

Als de aanspraak op zorg wordt losgekoppeld van de aanspraak op verblijf, moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

- a) Het scheiden van wonen en zorg moet meerwaarde hebben voor de betrokken cliënten. Daar waar deze meerwaarde niet duidelijk is, leidt het scheiden van wonen en zorg alleen maar tot meer administratieve lasten en een verhoging van de totale maatschappelijke kosten van het wonen met zorg.

- b) Wij zijn het eens met het principe, dat de zorg wordt gegeven in een eigen woonsituatie. Voorwaarde is wel, dat er voldoende geschikte en betaalbare woningen zijn voor de betrokkenen. Als deze woningen er niet zijn ligt de keuze (noodgedwongen vooralsnog) soms bij (voortgezette) opname in een instelling.
- c) Zorg in een instelling blijft aangewezen voor (zeer) zware doelgroepen.

3. Risico's

Uw voorstel brengt een aantal risico's met zich mee voor de doelgroep van de opvang:

- a) Vrijwel alle cliënten van de opvang hebben een (zeer) laag inkomen, namelijk alleen zak- en kleedgeld. Er zijn dan ook aanvullende maatregelen (zorgtoeslag, huurtoeslag, aanvullende bijstand) nodig om voor deze groepen het (zelfstandig) wonen voor eigen rekening mogelijk te maken en te houden.
- b) Scheiden van wonen en zorg leidt tot een groter beroep op de WMO en de Zorgverzekeringswet. Gemeenten en verzekeraars moeten daarvoor wel voldoende middelen krijgen.
- c) De mogelijkheid om alternatieve woonvormen voor intramurale zorg te ontwikkelen hangt mede af van de sterkte en de ontwikkeling van eerstelijnszorg en maatschappelijke ondersteuning. Dat is cruciaal voor de mogelijkheid voor mensen om stabiel en duurzaam zelfstandig te wonen.

Aandachtspunten

a. *Koppeling woninghuur en zorgverlening*

U refereert in uw concept signalement aan mogelijke beperkingen van de koppeling van woninghuur en zorgverlening. Deze koppeling is voor de doelgroepen van de opvang een noodzakelijke voorwaarde om de samenwerking met woningbouwcorporaties vorm te kunnen geven en voldoende woningen beschikbaar te krijgen.

De maatschappelijke opvang werkt al ruim 20 jaar met gekoppelde huur- en begeleidingscontracten. Dat is enerzijds in de vorm van dwang- en drangcontracten (ook wel omklapcontracten genoemd): een cliënt mag in een woning (blijven) wonen indien en zolang hij of zij begeleiding accepteert. Het huurcontract staat meestal het eerste jaar op naam van de zorgverlenende instelling. Bij goede resultaten van de begeleiding (goed gedrag van de cliënt) wordt het contract 'omgeklapt' en komt het op naam van de cliënt te staan.

Anderzijds is in veel gevallen bij begeleid wonen sprake van een huurcontract (met de woningcorporatie) op naam van de cliënt, dat gekoppeld is aan een begeleidingscontract met de zorgaanbieder. De corporaties stellen jaarlijks een contingent woningen beschikbaar aan opvanginstellingen voor kwetsbare doelgroepen op (contractueel vastgelegde) voorwaarde dat deze mensen langdurig - zo lang als nodig is - begeleiding aan huis krijgen.

b. *Casemanagement*

Punt van aandacht is ook het casemanagement. Niet voor alle groepen is het vanzelfsprekend dat het casemanagement bij de (huisartsen)praktijk ligt. Voor de zorg op het snijvlak van de ZVW en de AWBZ ligt dit wel voor de hand. Voor zorg op het snijvlak van de AWBZ en de WMO ligt dit minder voor de hand. Daar hebben we ook te maken met het gemeentelijk domein. Dan hebben we het niet alleen over zorg, maar ook over inkomen, activering, opleiding en werk.

De besluitvorming of iemand in aanmerking komt voor de combinatie van zorg en wonen in een daarvoor ingerichte instelling wilt u neerleggen bij de zorgverzekeraar. Dat brengt het risico met zich mee, dat andere dan zorginhoudelijke aspecten een rol gaan spelen bij deze besluitvorming.

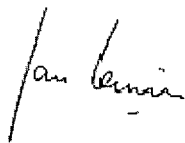
Samenvattend: gewoon wonen is voor grote groepen opvangcliënten wenselijk en mogelijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- er zijn voldoende geschikte en betaalbare woningen;
- er wordt in voorzien dat de cliënten voldoende inkomen hebben om dat wonen mogelijk te maken;

- er sprake is van goede samenwerking tussen zorgaanbieders en woningcorporaties;
- zorgverzekeraars en gemeenten beschikken over voldoende middelen ter financiering van de benodigde zorg, begeleiding en dienstverlening voor de cliënt;
- er een achtervang blijft voor cliënten (met zeer zware problematiek) waarvoor zelfstandig wonen niet mogelijk is.

We zijn desgewenst graag bereid om een nadere toelichting te geven op ons advies. In dat geval kunt u contact opnemen met mevrouw T. van Hensbergen, e-mail t.vanhensbergen@opvang.nl van ons bureau.

Met vriendelijke groeten,



J. Laurier
Voorzitter Vereniging Federatie Opvang

Bijlage: Koersdocument 'Maatschappelijke Opvang 2020'

CC: F. Hopman/College voor Zorgverzekeringen

Koersdocument

Maatschappelijke opvang 2020 tegen dakloosheid en sociale uitsluiting

De instellingen voor maatschappelijke opvang, beschermd en begeleid wonen willen dat in 2020 zoveel mogelijk mensen hulp krijgen terwijl ze nog in hun eigen huis wonen. Dat betekent dat hulp vroegtijdig en preventief wordt ingezet. Met lichtere hulp voorkomen we dat problemen tot ontsporing en huisuitzetting leiden. Het betekent ook voor mensen die tijdelijk in een instituut wonen (Jeugdzorg, GGZ, gevangenis) dat tijdens hun verblijf aansluitende huisvesting en inkomen wordt geregeld. We zetten in op het voorkomen van uitval naar dakloosheid en crisisopvang.

Maatschappelijke participatie zal een veel nadrukkelijker plaats moeten krijgen in het beleid. Werk, dagbesteding, sport en cultuur dragen bij aan sterkere sociale verbanden en voorkomen terugval. Voor instellingen betekent het een cultuuromslag. Naast residentiële opvang meer outreachend en ambulante werken. Daarvoor zijn medewerkers nodig die erop af durven gaan en vanuit vakmanschap met de cliënt optrekken om diens doelen te bereiken. Cliënten zijn in 2020 burgers die aangesproken worden op hun eigen kracht en talent, en op de verantwoordelijkheid die zij als burger hebben. De overheid maakt dit mogelijk door in de regelgeving de toegang tot hulp gemakkelijker te maken en in het aanbod prioriteit te geven aan preventie en participatie.

Om dit in 2020 te bereiken moeten veel partijen veel werk verzetten. De Federatie Opvang heeft daarvoor een Koersdocument Maatschappelijke opvang 2020 gemaakt.

Actiepunten voor het Koersdocument tegen dakloosheid en sociale uitsluiting

Voor cliënten:

- dat de cliënt zoveel als mogelijk regie voert over zijn leven: eigen regie en eigen verantwoordelijkheid staan voorop;
- dat cliënten van opvanginstellingen worden benaderd als burgers met mogelijkheden en kracht, en met rechten en verplichtingen: gelijkwaardig burgerschap;
- dat zij direct hulp krijgen voordat ze op straat staan of wegluchten van huis: directe en eenvoudige toegang tot zorg en ondersteuning;
- dat de cliënt die vanwege fysieke en psychische beperkingen niet zelfredzaam is en dat ook niet kan leren, bescherming krijgt: de aanspraak op beschermd wonen is verzekerd;
- dat er altijd een vorm van laagdrempelige (crisis)opvang beschikbaar is voor die mensen die daaraan om uiteenlopende redenen behoefte kunnen hebben.

Voor de opvanginstellingen:

- dat het dienstenaanbod gericht is op het gewoon kunnen deelnemen aan de samenleving. Dat betekent dat de cliënt kan wonen, een zelfstandige huishouding kan voeren, lezen, schrijven, werken, omgaan met geld, kan sporten, vrienden heeft, zijn veiligheid kan bewaken en weet wat goed is voor zijn gezondheid: gewoon leven staat voorop;
- dat de noodzaak tot crisisopvang in evenwicht is gebracht met de behoefte: preventie van acute dakloosheid staat voorop;
- dat opvang van gezinnen in instellingen is omgebouwd tot herhuisvesting en begeleiding aan huis: meer betaalbare en gewone woningen beschikbaar;
- dat de residentiële opvang is omgebouwd tot een concept van zelfstandig (groeps)wonen met actieve ondersteuning op die terreinen waar het de burger zelf niet lukt: invoeren scheiden van wonen en zorg;
- dat medewerkers outreachend en ambulante werken en daartoe zijn opgeleid: opleidingen aan ROC en Hogescholen vernieuwen.

Voor het systeem:

- dat de noodzakelijke zorg en ondersteuning beschikbaar is op het moment dat het nodig is, zonder oponthoud door ingewikkelde indicatieprocedures: sterk vereenvoudigen en harmoniseren indicatie systemen;
- dat sectoren die nu gescheiden zijn, onder de regie van gemeente, gaan samenwerken ten behoeve van en met de cliënt: gemeenten stellen met cliënten en zorgaanbieders de beleidsprioriteiten en dienstenaanbod, passend bij de lokale en regionale omstandigheden;
- dat gemeenten beleid maken op de beschikbaarheid voor passende huisvesting, participatie, inkomen, onderwijs en werken en de regie voeren over de inkoop van de noodzakelijke zorg en ondersteuning: gemeenten maken samenhangend, flexibel en effectief beleid gericht op sociale insluiting en participatie van kwetsbare burgers;
- het zwaartepunt van investeringen door overheid en zorgfinanciers ligt bij preventie: implementeren preventief aanbod krijgt prioriteit;
- dat de rijksoverheid het recht op beschermd wonen garandeert voor burgers die zich niet zelfstandig kunnen handhaven: beschermd wonen is een verzekerd recht;
- dat de rijksoverheid de gemeenten faciliteert met middelen en wetgeving om de taken op het gebied van huisvesting, participatie, inkomen, onderwijs, werken, zorg en ondersteuning goed uit te kunnen voeren: de rijksoverheid faciliteert de randvoorwaarden.

Geleerde lessen: Maatschappelijke Opvang anno 2010

In de afgelopen vijftien jaren hebben de instellingen voor maatschappelijke opvang, beschermd en begeleid wonen veel geleerd over de mogelijkheid om dakloosheid te voorkomen en te bestrijden. Dakloosheid is iets van alle eeuwen. Het is een fenomeen dat in hoge mate wordt beïnvloed door de inrichting van de maatschappij en de keuzes die de politiek maakt.

Factoren die bijdragen aan grote dakloosheid zijn onder meer de afname van sociale cohesie en maatschappelijke steunsystemen, het groeiende aantal mensen dat noodgedwongen tijdelijk in een instituut verblijft zonder dat hun terugkeer in de samenleving is geregeld en het ontbreken van preventieve maatregelen bijvoorbeeld bij huisuitzetting. Individuele factoren die kunnen bijdragen aan groei van dakloosheid zijn: opgroeien in een disfunctioneel gezin, mishandeling, niet kunnen lezen, schrijven of rekenen, psychische stoornissen, geen werkervaring hebben en geen sociaal netwerk.

Nederland wordt gekenmerkt door een hoge mate van institutionalisering. Het 'instituuitsdenken' heeft hier een hoge vlucht genomen. Voor elke doelgroep met een normafwijkend gedragspatroon of een bepaalde zorgbehoefte, voorziet het systeem in een eigen instituut. Die instituten functioneren in hoge mate op zichzelf en bevorderen niet de zelfstandige deelname aan de samenleving. Indien de aansluiting naar de samenleving niet goed is geregeld ontstaat het risico op dakloosheid.

De overheidsinvesteringen van de laatste jaren zijn erop gericht geweest om de zichtbare dakloosheid op straat terug te dringen. Het motief van humanitaire hulp ging daarbij hand in hand met het motief van openbare orde en veiligheid.

De sector zelf heeft geïnvesteerd in verbetering van de kwaliteit van zorg en van de gebouwen waar mensen wonen. De complexiteit van de problemen waar veel cliënten mee worstelen heeft het noodzakelijk gemaakt om verbinding te leggen met gespecialiseerde sectoren: de woningmarkt, de gezondheidszorg, GGZ, Jeugdzorg, schuldhulpverlening en de reïntegratiesector. Zonder de bereidheid om samen te werken over de grenzen van domeinen kunnen de problemen van cliënten niet worden opgelost. Dat vraagt om een flexibele en coöperatieve houding van zorgaanbieders.

Vanuit cliënten zelf is een zichtbare inspanning gepleegd om de stem van cliënten hoorbaar te maken. We zien een toenemende emancipatie van dak- en thuislozen en cliënten van woon- en opvangvoorzieningen. Zij vragen niet alleen om zeggenschap over de inrichting van hun directe

leefomgeving en hun bewegingsvrijheid, maar willen ook invloed hebben op het beleid en de investeringen om dakloosheid terug te dringen. De opvangsector profiteert hiervan omdat innovatie en experimenten gericht op empowerment daarmee ook een kans krijgen.

De resultaten van al die inspanningen stemmen ons positief. Dakloosheid onder feitelijk daklozen is teruggedrongen en het aantal huissuitzettingen neemt af waar gemeenten gericht beleid hebben ingezet. Dat is echter geen reden om de inspanningen te staken. De omvang van de bestaande dakloosheid en de instroom van nieuwe dakloze burgers is nog steeds aanzienlijk. Onder jongeren is een groei van het aantal daklozen waar te nemen. Het bieden van directe en laagdrempelige hulp bij dreigende of acute dakloosheid is moeizaam vanwege ingewikkelde indicatieprocedures en gebrek aan betaalbare huisvesting.

Voor mensen die van de straat onder dak gebracht zijn, is het nodig om een zinvol bestaan op te bouwen zodat hun leefsituatie stabiel wordt en blijft.

De sector is zich bewust van het feit dat met de huidige inspanningen een substantieel budget is gemoeid. De verwachting is, gezien de gevolgen van de economische crisis, dat er geen groei van dat budget zal zijn. De vraag is dan welke besteding van het budget tot de beste en duurzame resultaten zal leiden. Onderzoek toont aan dat investeringen in nood- en crisisopvang op de langere termijn relatief duur en ineffectief zijn. Mensen die aan het begin van hun carrière als dakloze adequaat worden geholpen glijden minder ver af. Hun gezondheid en hun kans om te reintegreren is beter indien zij zich niet de overlevingstactieken van de straat eigen maken.

De uitdaging is hoe we de beschikbare middelen in steeds mindere mate kunnen besteden aan zogenaamde 'draaideurhulp' en steeds meer aan duurzame en op de lange termijn effectievere oplossingen.

Van lessen naar praktijk: Maatschappelijke Opvang anno 2020

De sector is onverminderd ambitieus. Er werken gemotiveerde en bevoegen medewerkers die graag resultaten willen boeken. Maar nog niet iedereen is van de straat en de instroom van nieuwe dakloze mensen is nog niet tot stilstand gebracht. Vanuit het uitgangspunt om gezondheidsschade en maatschappelijke overlast zoveel mogelijk te beperken, kiest de sector voor een aanpak van preventief handelen, tenzij individuele beperkingen een verblijf in de opvang noodzakelijk maken.

Voor de mensen die nog op straat wonen, zullen we moeten zoeken naar meer gedifferentieerde vormen van huisvesting. In elke regio zal duidelijk moeten zijn hoeveel mensen wel en niet in reguliere huisvesting kunnen functioneren. Als groepswonen of wonen in een reguliere woning niet haalbaar is vanwege de veiligheid van de buurt of de cliënt zelf, dan vraagt dat om creatieve oplossingen die met woningcorporaties en cliënten zelf bedacht en uitgevoerd kunnen worden. Er zullen door gemeenten prestatieafspraken met woningcorporaties gemaakt moeten worden om meer betaalbare huisvesting beschikbaar te krijgen. Voor mensen die niet zelfredzaam zijn en dat vanwege psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen ook niet kunnen leren, dient er een verzekerd recht op beschermd wonen te blijven.

Om de instroom naar de straat en in de nood- en crisisopvang tot een minimale behoefte terug te brengen dient de sector zich meer en meer te richten op risicogroepen voor uitval en op "Eerste Hulp Bij Uitval". Hulp aan huis, sociale interventieteams, langdurige begeleiding van individuele burgers en kwetsbare gezinnen, moeten het mogelijk maken dat mensen gewoon blijven wonen en leven. Vroegtijdige signalering van huurachterstand en schulden is daarbij een essentiële factor. Uitkeringsinstanties, gemeenten en verzekeraars dienen hun verantwoordelijkheid hierin te nemen.

Voor jongeren die weglopen van huis, willen we de mogelijkheid van terugkeer bevorderen door de inzet van Eigen Kracht Conferenties. Een integrale en samenhangende aanpak van de problemen in het gezin is daarbij noodzakelijk. Indien jongeren weglopen of losgelaten worden door een instituut en

niet terug kunnen naar huis, dienen meerdere vormen van gezinsvervangend wonen te worden gerealiseerd. Vooral bij jongeren willen we investeren in hulp die vasthoudend en veilig is en waar ook na terugval een plek voor hen is.

Voor alle doelgroepen willen we inzetten op 'Meedoen'. Dat betekent dat maatschappelijke participatie een belangrijk uitgangspunt is bij ontwikkeling van nieuw beleid. We willen toe naar een situatie waar cliënten zinvol werk hebben overdag, sporten en bewegen, een sociaal netwerk opbouwen en deelnemen aan culturele activiteiten.

Cliëntenorganisaties dienen zich verder te ontwikkelen tot stabiele en stevige gesprekspartners die opkomen voor de belangen van kwetsbare burgers. Versterking en verder uitbouw van deze organisaties is daarvoor nodig. Daar zullen overheid en zorgaanbieders ook ondersteuning bij dienen te geven.

Van de overheid en de zorgfinanciers vraagt de sector om ambulante interventies en maatschappelijke steunsystemen te prioriteren boven het residentiële of intramurale zorgaanbod. Dat betekent dat de overheid beleid moet ontwikkelen, dat prikkels legt bij geleidelijke afbouw van intramurale capaciteit en uitbouw van ambulante interventies. De sector vraagt ook van de overheid om instellingen op de resultaten van die interventies af te rekenen. Het is daarbij noodzakelijk dat een verantwoordingssysteem wordt gehanteerd dat gebaseerd is op vertrouwen en op helder inzicht in resultaten van inzet van zorg en ondersteuning.

De rijksoverheid zal daarbij de lokale overheid mogelijkheden moeten bieden om binnen de wettelijke kaders voldoende doorzettingsmacht te hebben, om de uiteenlopende domeinen en sectoren aan elkaar vast te knopen.

De regierol voor centrumgemeenten is evident. Het is een veeleisende rol. Gemeenten dienen stevig te investeren in het opbouwen van de noodzakelijke deskundigheid, om samenhangend beleid op het gebied van preventie en sociale insluiting te ontwikkelen. Die deskundigheid is nu nog onvoldoende aanwezig. Daarbij kunnen zij gebruikmaken van de opgebouwde expertise in de sector voor wat betreft maatschappelijke opvang en begeleid/beschermd wonen. Juist nu gemeenten in de startblokken staan om meer verantwoordelijkheid voor zorg en voor jeugdigen van het Rijk of de provincie over te nemen, is het nodig dat goed gekeken wordt naar de aansluiting tussen domeinen en het voorkomen van verdere schotten in het beleid.

De rijksoverheid dient een duidelijke visie te ontwikkelen op preventie en sociale insluiting van burgers. Zij dient de bescherming van de zwakste burgers te garanderen op het gebied van inkomen, zorg, huisvesting en maatschappelijke participatie. Zij is verantwoordelijk voor de juiste prikkels voor samenhang in de systemen van zorg, ondersteuning, huisvesting, inkomen en participatie.

De sector stelt zichzelf een ambitieus doel in 2020: zo gewoon mogelijk wonen en meedoen staat voorop voor iedereen. Elke instelling neemt dat doel als toetssteen voor de ontwikkeling van beleid en het werk in de praktijk.



Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

CVZ
t.a.v. mw. Mr. M. van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH Diemen

CIZ
Princenhof Park 3
3972 NG Driebergen
Postbus 232
3970 AE Driebergen
KvK Utrecht 30159219

T 088 - 789 67 00
F 088 - 789 67 01
E info@ciz.nl
www.ciz.nl

Datum	1 maart 2012
Ons kenmerk	RvB-U-012.017
Uw kenmerk	ZA/2012019673 d.d. 20 februari 2012
Behandeld door	Drs. A.C.B. Willems
Betreft	Bestuurlijke reactie signalement zorg en wonen

Geachte mevrouw Van der Veen,

Het CIZ heeft met belangstelling kennisgenomen van het signalement zorg en wonen. In onze reactie op het signalement beperken we ons tot enkele hoofdlijnen.

Samenvattend: het signalement geeft een uitwerking die gebaseerd is op aannames en is op essentiële punten nog niet uitgewerkt. Dit geldt zowel voor de voorwaarden waaraan het beleid van de gemeenten moet voldoen om een effectief lokaal beleid te voeren als voor de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn taak uitvoert. Dit leidt tot de conclusie dat wij de stappen die u voorstelt, zoals een aanpassing van het Besluit zorgaanspraken, op dit moment niet kunnen onderschrijven. Het rapport bevat daarvoor nog te veel losse einden.

Het CIZ onderschrijft het fundamentele uitgangspunt van een scheiding van zorg en wonen. Het signalement is echter moeilijk te beoordelen in termen van effecten, haalbaarheid en uitvoerbaarheid. Over de criteria op grond waarvan zorg thuis niet meer doelmatig en verantwoord te leveren is, wordt gesteld dat deze dynamisch zijn en afhangen van de lokale infrastructuur en de omstandigheden.

Hoe beter geregeld in het reguliere domein, hoe minder noodzaak tot integrale zorg in het kader van de AWBZ. Dat lijkt logisch, maar hierbij wordt uitgegaan van (rand)voorwaarden die nog niet zijn vervuld en waarover nog geen besluitvorming heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld de overheveling van verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zorgverzekeringswet en de decentralisatie van Begeleiding en Kortdurend verblijf in 2013.

De effecten op de besteedbare ruimte en de totale besparingen roepen vragen op. Het is de vraag of het schrappen van enkele ZZP's en het opvangen van de zorgkosten binnen de extramurale zorg betekent dat de zorgkosten gelijk blijven. Er kan zowel een opschaling naar duurdere extramurale zorg als een opschaling naar hogere ZZP's plaatsvinden.

Wij vragen ons af hoe het signalement zich verhoudt tot de onafhankelijke indicatiestelling. Er lijkt sprake te zijn van meerdere wegingsmomenten in de beoordeling van de zorgbehoefte. Er is een weging van de zorg door het indicatieorgaan dat moet beoordelen of er een aanspraak is op integrale zorg. Hoe dat moet, is ongewis nu er geen omslagpunten zijn bepaald. Na de vaststelling van de aanspraak op een integraal zorgpakket is er een nieuw wegingsmoment. De zorgverzekeraar beoordeelt of de integrale zorg verantwoord of doelmatig is te leveren in de eigen woonsituatie en als dat niet het geval is, verblijf in een instelling wordt geboden. Of de zorg



in een eigen woonsituatie geleverd kan worden, is daarbij afhankelijk van het lokale woningaanbod en van sociale factoren, zoals de aanwezigheid van mantelzorg. Het is evenmin duidelijk wat de leidende factoren zijn voor de zorgverzekeraar bij de bepaling van doelmatigheid en verantwoorde zorg thuis. Het is daarbij opvallend dat ervan uit wordt gegaan dat de zorgverzekeraar sociale factoren als de aanwezige mantelzorg mee gaat wegen in de beoordeling of het verblijf in de eigen woonsituatie of in een instelling wordt verzilverd. In de huidige situatie weegt het CIZ de sociale context, de gebruikelijke zorg en mantelzorg en de voorliggende voorzieningen zoals bijvoorbeeld woningaanpassingen.

Het CIZ meent dat de door u geschetste maatregelen zullen leiden tot toenemende bureaucrativering en regeldruk. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars zullen toetsen op doelmatigheid en verantwoorde zorg thuis, waarbij het de vraag is of dit leidt tot meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden voor de cliënt, in het bijzonder van de cliënten die niet of in minder mate regie over het eigen leven kunnen voeren.

Een beleidsinhoudelijke reactie doen wij aan de heer F. Hopman toekomen.

Hoogachtend,

Daan Hoefsmit

Voorzitter Raad van Bestuur

CVZ
Afdeling Zorgadvies
t.a.v. mevr. mr. M. van der Veen
Postbus 320
1110 XH DIEMEN

Datum
2 maart 2012
Contactpersoon
Mevr. drs. Y. Moolenaar
Ons kenmerk
FA/yemr/cecs/135202/2012
Onderwerp
Reactie signalement zorg en wonen

Bijlage(n)

Doorkiesnummer
033 4608979
Uw kenmerk
ZA/2012019673

Geachte mevrouw Van der Veen,

Allereerst dank voor de mogelijkheid om te reageren op het door u opgestelde Signalement zorg en wonen. Graag maken wij via deze brief van de gelegenheid gebruik onze zienswijze met u te delen.

Meerwaarde voor cliënten

In zijn algemeenheid kan GGZ Nederland zich vinden in de door u geschetste ontwikkelingen en denkrichting. De ggz sector is druk doende om het aantal bedden af te bouwen en vergaand de zorg te ambulantisieren. Het invoeren van Scheiden van Wonen en Zorg is in lijn met deze ontwikkelingen. Wij onderstrepen het feit dat het invoeren van Scheiden van Wonen en Zorg daadwerkelijk moet leiden tot meer keuzevrijheid en concrete meerwaarde voor cliënten. Hierbij rijst de vraag of deze meerwaarde voor alle doelgroepen evenveel geldt. Op dit punt komen we later in onze reactie terug.

Overigens is GGZ Nederland van mening dat sowieso de ggz zorg die na afloop van de huidige ingezette transitie nog vanuit de AWBZ wordt gefinancierd, moet worden overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Dat sluit aan bij eerdere adviezen van het CVZ.

Wijziging aanspraak

De wijziging van de aanspraak die het CVZ in het signalement voorstaat kunnen wij ondersteunen. Ervan uitgaande dat voor de zwaardere groepen er wel een duidelijke koppeling van zorg en wonen kan plaatsvinden. Dit indien de zorg niet doelmatig en effectief in de eigen thussituatie geleverd kan worden, zowel wanneer in het kader van de behandeling een therapeutisch leefklimaat (en dus verblijf) noodzakelijk is (B ZZP's) of wanneer de zorgzwaarte van de cliënt dit niet toelaat (hogere B en C ZZP's). Wij hebben de indruk dat redeneringen nu vooral vanuit het perspectief van ouderenzorg en gehandicaptenzorg zijn geformuleerd en vragen aandacht voor de specifiek aspecten van de ggz.





Nadere operationalisering afbakenen doelgroep wenselijk

In het signalement hanteert het CVZ het standpunt dat niet alle cliëntgroepen aangewezen zijn op het integrale zorgpakket. Waar reguliere zorg volstaat (al dan niet met casemanagement) moet geen ZZP worden geïndiceerd. Deze lichtere cliëntprofielen kunnen volgens u worden geschrappt. GGZ Nederland kan zich vinden in dit overkoepelend principe. Het schrappen van deze lichtere pakketten past ook binnen landelijke beleidsontwikkelingen, zowel binnen (ambulantisering) als buiten (minder lagere indicaties) onze sector. De vraag is echter waar het omslagpunt ligt en wie het omslagpunt bepaalt. Hierover is binnen onze sector een uitvoerige discussie gaande en deze discussie zouden we graag ook met betrokken ketenpartners verder willen voeren mede op basis van de genoemde belemmeringen en invoerscenario's.

Flankerend beleid noodzakelijk

In het signalement geeft u aan dat er een dynamiek is in de operationalisering van de doelgroep. U stelt dat naarmate de eerstelijnszorg en de Wmo sterker zijn, er minder beroep op integrale zorg hoeft te worden gedaan. GGZ Nederland maakt zich hierover ernstige zorgen. Wij constateren dat de huidige werking van de Wmo voor de ggz cliëntgroep nog onvoldoende is en er nog steeds grote verschillen tussen gemeenten bestaan in hoe zij de Wmo uitvoeren. Indien het Scheiden van Wonen en Zorg wordt ingevoerd en, zoals het CVZ voorstelt, de lichtere pakketten verdwijnen is het van groot belang dat gemeenten deze taak oppakken. Het CVZ gaat in het signalement voorbij aan eventuele verschillen tussen de AWBZ sectoren. Wij vragen u om in het signalement dit duidelijker uiteen te zetten en te benadrukken dat de verschillen tussen sectoren kunnen leiden dat bepaalde maatregelen niet op eenzelfde wijze vormgegeven kunnen worden.

Geleidelijk invoertraject en scenario's

GGZ Nederland pleit voor een geleidelijk invoertraject. Het door het CVZ voorgestelde invoeringsmodel met een soort verdringingsmodel (scenario 4) lijkt daaraan tegemoet te komen. Wij vinden echter de door het CVZ geschetste scenario's niet voldoende onderscheidend zijn geformuleerd en adviseren deze aan te scherpen. Zo kunnen er naast scenario 4 en ook andere stimuleringsmaatregelen (scenario 3) worden genomen. De keuze voor scenario 4, waarbij het Scheiden van Wonen en Zorg niet in bestaande zorggebouwen en niet voor de zwaardere cliëntpopulatie gaat gelden, ondersteunen wij. Deze heldere keuze mag wat ons betreft in het signalement nadrukkelijker worden benoemd en verder worden uitgewerkt.

Onderzoek naar belemmeringen nodig

De belemmeringen die het CVZ schetst bij de ontwikkeling van scheiden van wonen en zorg zijn naar onze mening helder omschreven en geven een goed beeld van belangrijke belemmeringen op dit vlak. GGZ Nederland acht het van belang dat deze knelpunten verder worden onderzocht en worden opgelost alvorens kan worden besloten tot een invoerscenario of afbakening van de ggz doelgroep (B/C, licht-midden-zwaar). De door het CVZ geschetste belemmeringen zijn met name gericht op financiële inkomsten (huur) en regelgeving en ruimte. In de opsomming ontbreken de gevolgen voor de exploitatie en de zorg. Valt de zorg dadelijk nog wel kwalitatief en financieel rendabel te organiseren.



De opsomming van belemmeringen laat goed de weerbarstige praktijk zien waarmee zowel cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, woningcorporaties en gemeenten geconfronteerd worden. GGZ Nederland heeft op basis van signalen uit het veld een dynamische lijst met uitwerkingsvraagstukken opgesteld. Deze lijst hebben wij als bijlage bijgevoegd.

Wij zien de belangrijkste belemmeringen in de huurwet- en regelgeving (beëindiging huur, administratieve lasten etc.), boekwaardeproblematiek (immers is huur met mini NHC voldoende om volledige kosten van de verhuurder te dekken?) en de beschikbaarheid van voldoende betaalbare woningen voor cliënten (hoe komen voor de ggz doelgroep voldoende betaalbare en rendabele woonvormen tot stand?). Op dit laatste punt spelen ook de verschillen (zowel financieel als aard van de doelgroep) tussen de AWBZ sectoren een rol. Ook hier vragen wij aandacht voor de specifieke aspecten van de ggz.

Mochten er naar aanleiding van deze reactie nog vragen of opmerkingen zijn, kunt u terecht bij mevr. Yvonne Moolenaar, beleidsadviseur afdeling Financiering en Arbeidszaken.

Met vriendelijke groet,

Ir. P.M. van Rooij,
directeur.

Positie Client en zorg:

- Financiële situatie van cliënten: Welke invloed heeft de invoering van SWZ op het inkomensplaatje van de cliënt en de achterblijvende partner (lager netto besteedbaar inkomen)? Hoe wordt dit gemonitord (macro en micro inventarisatie)? Minderjarigen hoeven nu geen Eigen Bijdrage te betalen, maar gaan bij invoering SWZ wel huur betalen? Hoe wordt deze doelgroep hiervoor gecompenseerd?
- Eigen Bijdrage systematiek: Hoe worden de verschillende eigen bijdrage systemen op elkaar afgestemd en wordt er een anti cumulatie regeling ingevoerd?
- Huurtoeslag: Hebben cliënten recht op huurtoeslag en gelden daarbij bijzondere voorwaarden? Moet de registratie in het BAG/GBA worden aangepast voor onzelfstandige woonruimten? Is het denkbaar dat gemeentelijke instanties als de sociale dienst een rol in gaan vervullen zoals het rechtstreeks aan de verhuurder betalen van (een gedeelte van) de huurtoeslag?
- Ondersteuning van de cliënten: Hoe wordt de cliënt ondersteund bij het huren, de inrichting van de woonruimte, klein onderhoud en het aangaan van verplichtingen met betrekking tot GWE, belastingen en TV/internetverbindingen? Hoe komt dit tot uitdrukking in het geleverde ZZP?
- Vangnet: Is het noodzakelijk te denken aan een vangnet voor cliënten die niet in staat blijken alle handelingen te verrichten die met het wonen te maken hebben?
- Crisis: Wat betekent invoering SWZ voor de cliënt indien cliënt (al dan niet gedwongen) wordt opgenomen voor crisis of BOPZ maatregel?
- Doorstroom: Welke effecten heeft de invoering van SWZ op de doorstroom van cliënten?
- Veiligheid: Welke invloed heeft het scheiden van wonen en zorg als cliënten meer in de wijk gaan wonen in termen van overlast en criminaliteit?
- Brandveiligheid: Welke eisen worden er gesteld aan de BHV? Welke eisen worden er gesteld aan gebruiksvergunningen en fysieke eisen zoals rookmelders en ontruimingsplannen? Wie is daar voor verantwoordelijk?
- Onderhoud: Wie wordt verantwoordelijk voor klein onderhoud?
- Legionella: Nu gelden aanvullende eisen ten aanzien van legionella? Indien huurder verantwoordelijk is verdwijnen deze eisen?
- Warmtewet: Vormen de huidige eisen zoals geformuleerd in de warmtewet een belemmering voor het invoeren van SWZ?
- Tabakswet: Vormen de huidige eisen zoals geformuleerd in de tabakswet een belemmering voor het invoeren van SWZ?
- Beginselenwet: Vormen de eisen zoals geformuleerd in de Beginselenwet AWBZ zorg, bijvoorbeeld over recht op een- of meerpersoonskamers, een belemmering voor het invoeren van SWZ?
- Bijstand: Groter beroep op bijstand. Worden gemeente hiervoor voldoende gecompenseerd?
- Sociale wetgeving: Cliënten die nu in een groep wonen, worden na het scheiden van wonen en zorg zgn. voordeurdelers en zullen gezien worden als één huishouden. Indien huidige wetgeving wordt gevolgd zullen deze cliënten fors gekort worden op hun bijstandsuitkering. Hoe kan dit voorkomen worden?
- Huurbeschermingswet: Hebben cliënten die hun woonruimte gaan huren van een zorgaanbieder recht op huurbescherming indien de begeleidingsovereenkomst met hen eindigt of is er een ontbindende voorwaarde mogelijk? Is er dan verschil tussen een beëindiging door de cliënt of door de zorgaanbieder? Is het mogelijk reguliere regelgeving in deze toepasbaar te maken voor de nieuwe situatie? Is huidige huurbeschermingswet ook bruikbaar indien cliënt overlast (zoals bijv. verwaarlozing, geluidsoverlast, vernielingen) veroorzaakt of moet wetgeving aangepast worden? Wat als zorgorganisatie tussentijds van contract af wil i.v.m. gebrek aan inkomsten?
- Woningtoewijzing: Hoe wordt oneerlijkheid in een gemeente voorkomen wanneer woningtoewijzing gekoppeld wordt aan een indicatie (indicatie = woning)

Positie verhuurder:

- Financieel risico: Kan er een huurprijs doorberekend worden aan de huurder die kostendekkend is voor de zorgaanbieder? Is (maximale) huur van cliënt plus eventuele mini NHC voldoende? Hoe worden kosten voor gemeenschappelijke ruimten, behandelruimtes, liftsystemen, zusterpost, kantoorruimte in de wijk e.d. bekostigd? Wordt verhuurder hiervoor voldoende gecompenseerd?
- Debiteurenrisico: Bij cliënten die de huur niet kunnen betalen krijgen zorgaanbieders te maken met oninbare debiteuren. Wat gebeurt er als cliënt huur niet meer kan betalen, regeling oninbare debiteuren?
- Leegstand: Als keuzemogelijkheden toenemen, neemt risico op leegstand toe. Hoe worden zorgaanbieders hiervoor gecompenseerd?
- Woningwaarderingssysteem: Is het huidige woningwaarderingssysteem toepasbaar voor woningaanbod ggz? Wordt woningwaarderingssysteem aangepast voor o.a. gemeenschappelijke ruimten, behandelruimtes, beveiliging etc?
- Strategisch vastgoedbeleid: Sociale huurwoningen aanbieden aan (ex-)cliënten, of verkopen van vastgoed aan woningcorporaties?
- Omgaan met verouderd/leegstaand vastgoed: Hoe wordt er omgegaan met het verouderd vastgoed? Hoe om te gaan met 'uitgewoonde' gebouwen? Ombouw naar andere gebruiksmogelijkheden, oplossen boekwaardeproblematiek via sloopregeling/versnelde afschrijving?
- Onderhuur: Hoe om te gaan met onderhuur waarbij schriftelijke toestemming van verhuurder noodzakelijk is? Wat bij weerstand tegen doelgroep?
- Mini-NHC: Valt er uit de huidige ZZP en NHC tarieven het echte wonen uit te halen? Blijft er dan voor zorgaanbieders voldoende over om de intramurale zorg te kunnen blijven leveren?
- Hogere administratieve lasten: Indien zorgaanbieder ervoor kiest verhuurder te worden brengt dit allerlei extra rechten, plichten en taken (huur- en servicecontracten, huurprijsbeleid, contracten GWE, aanvraag huurtoeslag, huuradministratie, toewijzingsbeleid, servicedesk, huurdersparticipatie, geschillencommissie, debiteurenbeleid etc) met zich mee. Hoe borgt zorgaanbieder zijn positie als verhuurder? Wat wordt hiervoor landelijk geregeld (modelcontracten en –ontwerpen)? Wordt de Arcaris-Aedes (2004) voorbeeldovereenkomst geactualiseerd?
- Communicatie: Wie is verantwoordelijk voor uitleg aan cliënt, zorgaanbieder en/of woningcorporatie?
- Mededinging: Mag de koppeling huurcontracten-zorgovereenkomst volgens NMA regelgeving/jurisprudentie?
- Verhuur ex-clieënten: Kan een zorgaanbieder een woning verhuren aan ex-clieënten die geen zorg meer ontvangen?
- Samenhang maatregelen: Relatie met decentralisatie van begeleiding (individueel en groep), vervoer, kortdurend verblijf en inloop ggz. Moeten er meer extramurale dagbestedingsmogelijkheden komen?

Woonkwaliteit:

- Kwaliteit huidig aanbod: Is kwaliteit van huidig woningaanbod (in relatie tot o.a. bereikbaarheid, toegankelijkheid, privacy, aantal m², sanitaire voorzieningen) voldoende om te gaan verhuren? Of kost verbouw bestaande gebouwen te veel? Hoe wordt omgegaan met extra m²?
- Kwantiteit woningaanbod: Zijn er in de toekomst voldoende woningen voor deze doelgroepen te vinden? Hoger beroep op sociale huurwoningen vraagt om meer bouw of meer beschikbaar maken van huidig woningaanbod?
- Meer gedifferentieerd woningaanbod: Zijn zorgaanbieders en woningcorporaties in staat om nieuwe innovatieve woonzorgconcepten voor onze doelgroep te ontwikkelen en rendabel te exploiteren? Willen corporaties direct aan kwetsbare doelgroep leveren? Woningcorporaties dienen 90% van woningvoorraad binnen

huursubsidiegrens aan te bieden en zullen dan wellicht niet bereid zijn duurdere zorgwoningen te realiseren.



College voor Zorgverzekeringen
Mw. mr. M. van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Mw. drs. H.R. Wever
Doorkiesnummer 030 - 698 83 44
Ons kenmerk B-12-1442-iwev1
Uw kenmerk ZA/2012019673
Datum 2 maart 2012
Onderwerp Bestuurlijke consultatie signalement zorg en wonen

Geachte mevrouw Van der Veen,

Hartelijk dank voor het Signalement zorg en wonen. Wij sturen u deze reactie op het signalement namens alle zorgverzekeraars. De verzekeraars zijn blij met de stappen die gezet worden richting scheiden wonen en zorg. Dit signalement is een impuls om de discussie verder te brengen.

Formulering van de aanspraak op zorg

Wij delen uw uitgangspunt dat de klant aanspraak heeft op een 'integraal zorgpakket' (inclusief de aanvullende zorg van artikel 15 Bza), die waar mogelijk in een eigen woonsituatie worden geboden. Verblijf is optioneel, wordt niet meer door CIZ geïndiceerd. Mensen zijn dus straks zelf verantwoordelijk voor de woonfunctie. De AWBZ wordt daarmee weer een echte zorgverzekering.

CVZ vindt het een rol van de zorgverzekeraar om op gronden van doelmatigheid en lokale en sociale factoren te beslissen wanneer de zorg niet op een verantwoorde en/of doelmatige manier in een eigen woonsituatie kan worden geleverd. Alleen dan is sprake van een integraal zorgpakket in een instelling. Verzekeraars zijn op zich bereid die rol te pakken, maar in dit stadium is het moeilijk daar een concreet beeld bij te vormen omdat veel zaken nog nader moeten worden uitgewerkt. Vragen die bijvoorbeeld spelen:

- Vanwege het publieke karakter van de AWBZ ligt het voor de hand te werken met een uniform omslagpunt;

- Verzekeraars zouden alleen de wooncomponent willen financieren als om zorginhoudelijke redenen het 'zelfstandig' wonen niet zinvol is. De huidige ZZP's vormen geen goede basis voor het beoordelen of wonen vanuit de AWBZ gefinancierd zou moeten worden. Er zijn hogere ZZP's waarbij scheiding van zorg en wonen mogelijk is en lagere ZZP's waar dat niet kan.
- Sturingsmogelijkheden voor verzekeraars vs. eigen keuze van klanten (of naasten) voor verblijf;
- Als verzekeraars de noodzaak tot verblijf (c.q. onzelfstandig wonen) moeten bepalen, dan zit er tussen de bepaling en betaling van zorg geen scheiding meer, dit lijkt ongewenst.

Belemmeringen in de praktijk

Het loskoppelen van zorg en wonen is een forse omslag; alle zorg krijgt daarmee een extramuraal karakter. In de praktijk zal dit niet uitsluitend door de huidige extramurale zorgaanbieders kunnen worden geleverd. Ook omdat er soms een inhoudelijke relatie ligt tussen de woonomgeving en het efficiënt leveren van de zorg. Dit is niet concreet gemaakt, wat bijvoorbeeld te doen met het BOPZ-aspect.

Het signalement laat een beetje in het midden wanneer nog geïndiceerd gaat worden in integrale pakketten (ZZP's) en wanneer in extramurale functies (analogie met adl-woonclusters). Daarnaast is van belang een oplossing te vinden voor extra bouwkundige voorzieningen. Het signalement bouwt voort op de huidige zorginfrastructuur gedachte. In het veld lijkt een mini-NHC voor dit stuk een oplossing.

Andere knelpunten/belemmeringen:

- Bij aangewezen verblijf is volgens het rapport geen ruimte voor luxe via bijbetalingen. Enkele verzekeraars geven aan dat er toch een minimum kwaliteitsniveau voor AWBZ-woonvoorzieningen moet komen. Differentiatie tegen hogere huurkosten boven dit minimale niveau moet mogelijk zijn.
- Door het betalen van huur ontstaan nieuwe problemen, wat als mensen hun huur niet meer kunnen betalen? Uitzetten van AWBZ-cliënten zal politiek gevoelig liggen.

Afbakening doelgroep

In uw rapport signaleert u terecht dat de afbakening/operationalisering van de doelgroep nog verder moet worden uitgewerkt. Dit zal leiden tot nieuwe discussies over scheidslijnen tussen doelgroepen en nieuwe grensgebieden geven. Wij delen uw mening dat een sterke eerste lijn en Wmo langer thuiswonen faciliteert. In uw rapport geeft u aan het daarom belangrijk te vinden dat overheveling van wijkverpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw plaatsvindt en dat het ontwikkelen van casemanagement door moet gaan. Vanuit de optiek langer thuiswonen kan ZN zich vinden in deze analyse, maar een dergelijke overheveling heeft ook consequenties voor werkgeverslasten en de concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven en is daarmee ook een belangrijke politieke keuze.

ZN deelt de conclusie dat het in de rede ligt om de aanspraak verblijf te herzien, en dat de afschaffing van artikel 15 Bza daarbij hoort. Dit moet worden gezien in het grotere geheel aan voorgestelde wijzigingen om te komen tot een stelsel van indicatiestelling en financiering van zorg (en niet meer van wonen).

Samengevat onderschrijven de zorgverzekeraars de grote lijnen van het signalement, maar zijn wel van mening dat er meer nagedacht moet worden over een routekaart van a naar b. Het document vraagt immers om een wetswijziging, wijziging van indicatiestelling, andere zorgprestaties en daarbij passende financiering, maar vooral ook een goed overgangsregime ten aanzien van vergoeding van kapitaallasten van bestaand vastgoed van instellingen. Er moet nog heel veel gebeuren voordat het scheiden van wonen en zorg is gerealiseerd.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland



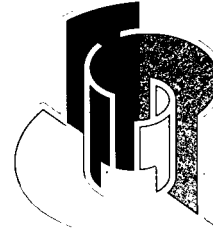
drs. A.J. Lamping,
Directeur Zorg

Datum
5 maart 2012

Kenmerk
D&B/JBoe/PvHu/12-041

Onderwerp
Consultatie signalelementen zorg en wonen

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw mr. M. van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH DIEMEN



Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

Naar aanleiding van uw verzoek van 20 februari om een reactie te geven op het rapport "Signalement zorg en wonen", reageren wij kort op uw rapportage.

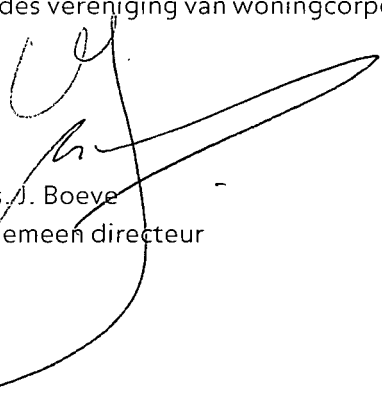
Aedes staat in beginsel positief tegenover het scheiden van wonen en zorg. Het sluit ook aan bij ontwikkelingen die reeds gaande zijn. Daarbij herken ik wel dat het scheiden van wonen en zorg vaak moeilijk van de grond komt. Met name onduidelijkheid over regelgeving maakt dat partijen terughoudend zijn in de realisatie van zorgvastgoed.

Met betrekking tot het wonen deel ik uw mening dat de werkelijkheid rond wonen en zorg complex is en dat er nog vele vragen en onduidelijkheden zijn. In uw rapportage geeft u terecht aan dat er vele belemmeringen in de regelgeving zijn. Belangrijk is dat er voldoende bekostiging is om extra bouwkundige voorzieningen, zoals brede gangen, een grotere badkamer en gemeenschappelijke ruimten te realiseren.

De bekostiging van de extra voorzieningen uit een (mini) NHC is een goede denkrichting, zolang de aannames die hierbij gehanteerd worden niet leiden tot een kostenverschuiving richting de eigenaar van het vastgoed. De uitwerking hiervan in relatie tot het woningwaarderingstelsel verdient wat ons betreft eveneens extra aandacht. Voorkomen moet worden dat er een verschuiving van de kosten richting onze sector plaatsvindt.

Mocht u naar aanleiding van deze reactie nog vragen hebben, dan kunt u terecht bij Pieter van Hulten afdeling belangenbehartiging publieke zaak.

Met vriendelijke groet,
Aedes vereniging van woningcorporaties


drs. J. Boeve
algemeen directeur



organisatie van zorgondernemers

CVZ
t.a.v. drs. A.M. Hopman
Postbus 320
1110 XH Diemen

Onderwerp reactie Signalement Zorg en Wonen

Geachte heer Hopman,

Allereerst dank voor de mogelijkheid om te reageren op het door CVZ opgestelde Signalement Zorg en Wonen. Graag maken wij via deze brief van de gelegenheid gebruik onze zienswijze met u te delen.

Meerwaarde voor cliënten

In grote lijnen kan ActiZ zich vinden in de door u geschetste ontwikkelingen en denkrichting. Nu al blijven steeds meer ouderen langer thuis wonen. Terwijl het aantal tachtig plussers de afgelopen decennia verdubbeld is, is het aantal plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen al die tijd nagenoeg gelijk gebleven. Deze ontwikkeling zal zich de komende jaren voortzetten. Grote groepen kwetsbare ouderen zullen daarom in toenemende mate aangewezen zijn op alternatieve concepten van wonen met zorg en welzijn.

Wij onderschrijven het uitgangspunt dat het invoeren van scheiden van wonen en zorg moet leiden tot meerwaarde voor cliënten. Meer keuzevrijheid is daarbij een belangrijk aspect. Daarbij constateren wij in aansluiting op het rapport dat:

- Er geen sprake is van meer keuzevrijheid of andere meerwaarde voor de cliënt, wanneer het scheiden van wonen en zorg in bestaande zorggebouwen wordt doorgevoerd.
- Er niet voor alle doelgroepen sprake is van meerwaarde bij het financieel scheiden van wonen en zorg.
- Er flankerend beleid in de vorm van een ontwikkelingsperspectief nodig is, om een breder alternatief aanbod van wonen met zorg en welzijn buiten de instelling te realiseren.

Op deze punten gaan wij in onze reactie nader in.

Wijziging aanspraak

ActiZ staat positief ten aanzien van de wijziging van de aanspraak die het CVZ in het Signalement voorstaat. Het voorstel om het recht op integrale zorg niet meer te

datum

6 maart 2012

ons kenmerk

DHO/12u.0207

in behandeling bij

D. Holtkamp

doorkiesnummer

(030) 27 39 670

pagina

1/4

koppelen aan de aanspraak op verblijf, impliceert dat de aanspraak op integrale zorg een eigenstandige aanspraak wordt, los van de plaats waar deze wordt geleverd. Vanuit cliëntperspectief is dit een verbetering omdat momenteel het recht op integrale zorg alleen bestaat wanneer een indicatie voor verblijf is afgegeven. Weliswaar bestaat het Volledig Pakket Thuis als mogelijkheid om in de thuissituatie deze indicatie te verzilveren, het blijft niettemin een 'product' dat alleen geleverd kan worden door een zorgaanbieder met toelating voor verblijf. Door de aanspraak eigenstandig te formuleren wordt het principe van scheiden wonen en zorg aan de voorkant (aanspraak/ indicatiestelling) doorgevoerd en is de toelating van de aanbieder niet meer bepalend.

De aanspraak op verblijf (aanvullend op integrale zorg) geldt als het integrale zorgpakket en/of de aanspraak op permanent toezicht of bescherming niet verantwoord of doelmatig in een eigen woonsituatie is te leveren. Deze nieuwe benadering is logischer. Het huidige recht op (integrale zorg) thuis is immers gebaseerd op de vaststelling (verblijfsindicatie) dat iemand niet langer thuis kan blijven. Hiermee komt een einde aan een kronkelredenering. Het aanbrengen van een knip tussen de beoordeling of iemand is aangewezen op integrale zorg enerzijds en op verblijf anderzijds is dan ook de meest zuivere benadering inzake de beoogde scheiding van wonen en zorg.

Een verbetering is ook dat "permanent toezicht en bescherming" een zelfstandige aanspraak is die thuis geleverd kan worden dan wel al dan niet mogelijk te verzilveren via "verblijf".

Beoordeling of intramurale opname noodzakelijk is, is niet aan de verzekeraar

Voor wat betreft de beoordeling of iemand is aangewezen op integrale zorg dan wel op zorg uit de afzonderlijke reguliere domeinen (Zvw, AWBZ, WMO) wordt uitgegaan van een "indicatiestelling". Niet duidelijk is wie deze indicatiestelling verricht. Bij de beoordeling of iemand zijn integrale zorg thuis, dan wel met een verblijfsindicatie intramuraal kan verzilveren, heeft volgens u de zorgverzekeraar een beslissende stem. Hierin kunnen wij ons niet vinden. Ons inziens vergt ook deze afweging een objectieve beoordeling/indicatiestelling. Anders kunnen oneigenlijke motieven een rol gaan spelen, zoals wachtlijsten als gevolg van het feit dat te weinig geschikte capaciteit is ingekocht. U constateert hierin terecht dat 'De keuze voor een bepaalde verblijfsituatie afhangt van veel factoren, waarvan de zorgverlening er slechts één is. De sociale omstandigheden, financiële situatie en de beschikbaarheid van alternatieve woningen spelen minstens zo'n belangrijke rol.'

Nadere operationalisering afbakenen doelgroep wenselijk

In het Signalement hanteert het CVZ het standpunt dat niet alle cliëntgroepen aangewezen zijn op het integrale zorgpakket. Waar reguliere zorg volstaat moet geen ZZP worden geïndiceerd. Het signalement wonen en zorg spreekt van het schrappen van lichtere cliëntprofielen. ActiZ constateert dat deze ontwikkeling reeds de dagelijkse praktijk is. VV1 en VV2 worden steeds minder geïndiceerd. Ambtelijk hebben wij van VWS vernomen dat dit samenhangt met het gebrek aan beschikbare intramurale plaatsen voor deze doelgroep.

De vraag is echter waar de grens ligt. Het criterium dat er sprake moet zijn van meerwaarde voor de cliënt is hierbij een belangrijk uitgangspunt voor ActiZ. Daar waar eigen regie en zelfredzaamheid dusdanig beperkt zijn dat niet het wonen maar de zorg primair is, kan volgens ActiZ niet van een meerwaarde gesproken worden. ActiZ komt, in aansluiting op uw constatering dat de grenzen van de meerwaarde van een eigen woonsituatie voor de zwaarste groepen beter moeten worden verkend, graag nader in gesprek over deze afbakening.

Ditzelfde geldt voor de afbakening van de functie behandeling. Daar voegen we aan toe dat als behandeling uit de ZZP wordt gehaald, eerst de opbouw van de ZZP opnieuw onderzocht moet worden aangezien behandeling een gemiddelde toeslag is en

de substitutie wegvalt op het moment dat dit uit de ZZP wordt gehaald. Ook als de zorgverzekeraar deze rol op zich neemt, moeten hier duidelijke inkoopcriteria opgesteld worden in het kader van tariefskortingen. Bovendien ligt hier ook een relatie tot de huisvestingskosten voor de behandel functie, waar niet zondermeer op gekort kan worden.

Scenario's beoordelen op ontwikkelperspectief

ActiZ sluit zich in grote lijnen aan bij de analyse van de vier scenario's die het CVZ schetst in het Signalement Wonen en Zorg. De bekostiging van extra voorzieningen is een belangrijke randvoorwaarde om daadwerkelijk een goed extramuraal alternatief tot stand te laten komen. Een dergelijk ontwikkelperspectief maakt het mogelijk om woningen te realiseren waarin autonomie en zelfredzaamheid van ouderen optimaal gestimuleerd wordt. Alleen op deze manier kan er sprake zijn van meerwaarde voor kwetsbare ouderen die aangewezen zijn op een alternatief buiten het verpleeg- of verzorgingshuis.

De analyse van micro economische gevolgen bij het vragen van huur in bestaande instellingen (scenario 1) acht ActiZ discutabel. Een analyse als deze is niet op het niveau van groepen te maken, daarvoor zijn de deviaties te groot. Bij een dergelijke herallocatie van middelen is bijvoorbeeld de beschikbaarheid van appartementen tegen een voor elke inkomensgroep passende prijs een item. Doorgaans zal niet in elke regio (zeker buiten de randstad) sprake zijn van een evenwichtig aanbod.

Wel sluit ActiZ zich aan bij de algehele analyse dat bij het scheiden van wonen en zorg in bestaande zorggebouwen de kosten niet tegen de baten opwegen. De aandacht die in het Signalement Wonen en Zorg bestaat voor de vele uitvoeringsvraagstukken doet recht aan de daadwerkelijke complexiteit. Hiermee onderscheidt het rapport zich van eerdere publicaties.

ActiZ pleit wel nog voor een scherpere afbakening van de scenario's. De scenario's zijn ons inziens nog niet voldoende onderscheidend geformuleerd. Zo kunnen er aanvullend op scenario 4 ook andere stimuleringsmaatregelen (scenario 3) worden genomen. De keuze voor scenario 4, waarbij het scheiden van wonen en zorg niet in bestaande zorggebouwen en niet voor de zwaardere cliëntpopulatie gaat gelden, ondersteunen wij. Deze heldere keuze mag wat ons betreft in het Signalement nadrukkelijker worden benoemd.

Overige, meer kleine technische punten, zullen wij u separaat in de mail doen toekomen.

Met vriendelijke groet,



drs. A. Koster
directeur *FB*

College voor Zorgverzekeringen
Afdeling Zorg Advies
mw. mr. M. van der Veen
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Datum	2 maart 2012	Contact	dhr. drs. F. (Frits) Mul
Ons kenmerk	B020212FMSb	Telefoon	030 2739 681
Onderwerp	Reactie op signalement zorg en wonen	E-mail	fmul@vgn.nl

Geachte mevrouw van der Veen,

Hierbij wil de VGN reageren op uw signalement zorg en wonen. Wij stellen de mogelijkheid om een reactie te geven op prijs. Wij gaan hieronder in op de volgende onderdelen: wij vatten de kern van uw visie op zorg en wonen samen; wij schetsen onze visie van dit moment op scheiden van wonen en zorg; wij leggen beide zienswijzen naast elkaar en komen tot een conclusie.

Visie CVZ

U ziet zorg en wonen als twee gescheiden domeinen. U wilt daarom de aanspraak op zorg loskoppelen van de aanspraak op verblijf. U kiest daarbij voor een aanspraak op een integraal zorgpakket, inclusief verstrekkingen vanuit artikel 15 BZa. Het gaat om situaties die langdurig en complex zijn, waarbij de zorg uit meerdere domeinen onder één regie komt als een integraal pakket bekostigd vanuit de AWBZ. Voor dit integrale zorgpakket is een onafhankelijke indicatie nodig, waarna de verzekeraar en de verzekerde samen kijken in welke setting de zorg het beste geleverd kan worden. Maar de setting zelf maakt geen onderdeel meer uit van het pakket. Waar mogelijk wordt dit pakket in de eigen woning geboden (al dan niet met door de overheid gefinancierde aanpassingen van de woning). Als het integrale zorgpakket om welke reden dan ook niet in de thuissituatie kan worden geleverd, dan pas heeft de overheid de plicht te voorzien in een collectief gefinancierde verblijfsfunctie. De doelgroep die dit betreft, moet nog nader gedefinieerd worden, maar u ziet nu reeds dat het geen statische groep betreft en dat die doelgroep dicht in de buurt komt van de vroegere 'onverzekerbare risico's'. Bij de uitwerking schetst u enkele opties. De mogelijkheid van huur bij verblijf in de instelling wijst u als weinig kosteneffectief en als weinig uitvoerbaar af. U koerst op de optie van door de overheid gefinancierde aanpassingen in de eigen woonomgeving en in het bouwen van toepasselijke woonvormen.

pagina 2

ons kenmerk B020212FMsb

Een deel van de huidige NHC zou daarvoor (in de visie van het CVZ) gebruikt kunnen worden. Private 'extra's' die cliënten eventueel zelf willen bijbetalen, wilt u niet aan de AWBZ toevoegen: als de cliënt méér wil dan de AWBZ levert, dan is de cliënt bij die keuze volledig op eigen private middelen aangewezen. Aldus vatten wij uw visie samen.

Visie VGN

De kern van onze inhoudelijke visie op scheiden van wonen en zorg hebben we tot nu toe als volgt geformuleerd: in onze sector laten wij de cliënt al zoveel mogelijk individueel wonen; vaak is scheiden van wonen en zorg prima mogelijk; dat willen we juist bevorderen. Echter, adequate huisvesting is in onze sector vaak randvoorwaardelijk voor goede zorgverlening; dat bepaalt mede de (on)mogelijkheden en (on)wenselijkheid van scheiden wonen zorg. Bovendien heeft scheiden van wonen en zorg bij ernstige, meervoudige handicaps vaak nauwelijks meerwaarde. Financieel scheiden van wonen en zorg bij groepswonen binnen bestaande zorggebouwen leidt tot een nauwelijks uitvoerbare administratieve last. Bij het serieus doorvoeren van scheiden wonen zorg zien we twee niet te onderschatten aspecten met betrekking tot het vastgoed: de huidige kleinschalige woonvoorzieningen en appartementen (onze leden bieden nu al duizenden locaties aan) moeten wel betaalbaar blijven voor de cliënten en er kan voor instellingen een boekwaardeprobleem ontstaan bij incurant vastgoed.

Vergelijking van de visies

Wij zien uw insteek als een andere kijk op scheiden van wonen en zorg dan tot nu toe gangbaar is. Dat is een interessante ontwikkeling. Uw denkwijze sluit aan bij het perspectief dat de VGN voor ogen staat, dat de cliënt zo individueel en zelfstandig mogelijk (voor zover zijn of haar beperking dat toelaat) kan wonen. Dat is echte keuzevrijheid. U sluit ook aan bij onze visie dat de cliënt een integraal pakket krijgt voor alle zorgfuncties (PV, VP, Begeleiding en Behandeling) uit één wettelijk en financieel regime (= AWBZ). We zijn content met uw mening dat huren binnen een instelling (met name groepswonen) ongewenst is. Wel zien we een aantal risico's (of tenminste aandachtspunten) die verdere uitwerking behoeven alvorens we in uw gedachtegang meegaan: wie bepaalt het omslagpunt (of: wanneer kan het integrale zorgpakket niet meer thuis geleverd worden?) en hoe komt de transitie van oud naar nieuw er uit te zien? Maar ook: hoe komen de door u gewenste woonarrangementen tot stand (zijn er voldoende prikkels voor de gemeenten en de corporaties) en wat betekent uw visie voor bestaand vastgoed van instellingen (zie de hierboven genoemde aspecten: de betaalbaarheid van de woningen en de mogelijke boekwaardeproblemen bij incurant vastgoed)?


pagina 3

ons kenmerk B020212FMsb

Conclusie

Wij vinden het zeker de moeite waard om uw signalement nader met u te analyseren. We schakelen graag onze leden daarbij in: binnen de instellingen is een aantal ontwikkelingen al langer gaande en diverse instellingen hebben reeds veel praktijkervaring met scheiden van wonen en zorg. Wat ons betreft plannen we nader overleg, eerst op bureauniveau, om onze beide visies nader aan elkaar toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



J. (Hans) Schirmbeck
Directeur

Aan CVZ

Per email FHopman@cvz.nl

Ons kenmerk: V12.0257
Afdeling: directie
Datum: 29 februari 2012
Onderwerp: Bestuurlijke consultatie signalement
zorg en wonen
Bijlage(n): -

Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

De Nederlandse Woonbond ontving uw concept signalement zorg en wonen dat u ter consultatie voorlegt. Wij maken graag gebruik van de gelegenheid een korte reactie te geven op dit signalement.

Wonen en zorg is voor de Woonbond een thema dat steeds belangrijker wordt. We staan in principe positief tegenover het scheiden van wonen en zorg mits dit meer keuzevrijheid oplevert voor mensen die afhankelijk zijn van zorg. Door de aan de invoering gekoppelde bezuinigingsdoelstelling zien we echter risico's als het gaat om de betaalbaarheid en huurbescherming.

Bij het scheiden van wonen en zorg hanteren wij de volgende uitgangspunten:

- wonen moet betaalbaar zijn;
- zorggebruikers maken zelf de keuze voor hun woonsituatie;
- medezeggenschap is gewaarborgd.

Verder zijn we van mening dat het scheiden van wonen en zorg alleen doorgevoerd zou moeten worden voor groepen waar het een meerwaarde oplevert. Voor bijvoorbeeld cliënten met een complexe en zware zorgvraag en voor huidige bewoners van instellingen levert het meer administratieve rompslomp op en in principe geen keuzemogelijkheden voor andere woonvormen. Ook vinden we een groter en gedifferentieerder aanbod van woningen nodig.

De Woonbond deelt de zorg van het CVZ dat nieuwe woonvormen voor mensen die zorg behoeven nog onvoldoende van de grond komen. De zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen kunnen niet vanuit de huur gefinancierd worden. De Woonbond vindt dat vanuit de optiek van de betaalbaarheid ook onwenselijk. Daarom ondersteunen we het idee om de bekostiging daarvan elders te vinden, bijvoorbeeld door daar een deel van de Normatieve Huisvestings Component (NHC) voor te gebruiken. Dit biedt volgens ons twee belangrijke voordelen: het geeft een stimulans aan nieuwe woonvormen op basis van de behoefte van bewoners en de huren blijven, ook voor mensen met een laag inkomen, betaalbaar. Wij hechten erg aan het toepassen van het woningwaarderingssysteem (puntensysteem) voor alle huurwoningen, dus ook voor woningen die geschikt zijn voor het verlenen van zorg.

Tot slot wijzen we u op onjuiste informatie over het Europees staatssteundossier (4.c.4). Het systeem van zekerheidstelling in de corporatiesector dat wordt vormgegeven door het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) en het Centraal Fonds Volkshuisvesting (CFV) geldt niet pas per 1 januari 2011 (zoals onjuist vermeld staat op pagina 20) maar alle vele jaren.

Een klacht van institutionele beleggers heeft geleid tot een beschikking van de Europese Commissie (EC) over staatssteun aan woningcorporaties. Op basis van deze beschikking uit december 2009 is staatssteun alleen toegestaan onder de voorwaarde dat 90 procent van alle vrijkomende sociale huurwoningen wordt toegewezen aan huishoudens met een belastbaar inkomen tot een bepaalde grens. Per 1 januari 2012 ligt die grens op € 34.085. Huurders met een inkomen boven die komen bijna nergens in Nederland meer in aanmerking voor een sociale huurwoning, een woning met een huur tot € 664,66. De minister van BZK heeft overigens per 1 januari 2012 de regeling gewijzigd, zodat de inkomensgrens niet meer van toepassing is op huishoudens waarvan een van de leden is aangewezen op intensieve zorg. De beschrijving van deze uitzonderingsgroep is te vinden in de Staatscourant 2011 nr. 23674.

Met vriendelijke groet,
namens de Nederlandse Woonbond,



Ronald Paping,
algemeen directeur

Bijlage 7: Reactie op specifieke punten PGO-organisaties

In deze bijlage gaat het CVZ nader in op een aantal specifieke punten die zijn genoemd in de gezamenlijke reactie van de NPCF, Landelijk Platform GGz, Platform VG, Per Saldo, de CSO en de CG-Raad (samen PGO-organisaties).

Casemanagement

In het signalement stelt het CVZ dat casemanagement zorg is zoals huisartsen die plegen te bieden. De PGO-organisaties stellen dat dit niet strookt met de duiding die het CVZ eerder heeft gegeven, namelijk dat het ook kan gaan om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Dat casemanagement in de eerstelijnszorg, waarover het hier gaat, geduid moet worden als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en niet zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, heeft een strikt juridische achtergrond. Inhoudelijk is de zorg beide. Alleen is het zo, dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) wel zorg zoals huisartsen die plegen te bieden verzekert, maar zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in de eerstelijnszorg niet. Alleen de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg is in de Zvw verzekerd. De verpleging in de eerstelijnszorg komt ten laste van de AWBZ.

Op grond van artikel 2 lid1 Besluit zorgaanspraken is er geen aanspraak op de AWBZ als de zorg ten laste van de Zvw kan komen. Casemanagement is in de Zvw verzekerd als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, zodat er geen aanspraak is op casemanagement als verpleegkundige zorg in de AWBZ.

Voor de uitvoeringspraktijk betekent dat echter niet dat alleen huisartsen casemanagement kunnen bieden. Integendeel. Het gaat in de Zvw om een functiegerichte omschrijving van de zorg. Binnen de eerstelijnszorg zal het casemanagement via taakdifferentiatie worden uitgevoerd door verpleegkundigen.

Beschikbaarheid van woningen

De PGO-organisaties geven aan dat er jaarlijks 40.000 geschikte woningen extra nodig zijn om de gevolgen van de vergrijzing en extramuralisering op te vangen, en dat daarvoor een gezamenlijke inspanning nodig is. Dat onderschrijft het CVZ. Het gaat de reikwijdte van dit signalement echter te buiten. Dit signalement is gericht op een aanpassing in het AWBZ-domein waardoor de bekostiging van passende woningen beter mogelijk wordt.

Omschrijving van rechten

De cliëntorganisaties stellen dat het CVZ ervoor opteert om bewoners van AWBZ-instellingen huur te laten betalen. Dat is onjuist. Dat is het eerste scenario dat het CVZ heeft beschreven. Het CVZ concludeert juist dat dit scenario *niet* moet worden gevolgd. Naast een aantal andere overwegingen spelen daarbij ook de bezwaren en knelpunten die de PGO-organisaties aandragen. Het CVZ onderschrijft die bezwaren.

Inkomenspositie

De PGO-organisaties geven aan dat zonder compenserende maatregelen het scheiden van wonen en zorg voor

verschillende groepen een voordelig danwel nadelig effect hebben. De keuze van mensen voor een zelfstandige woonruimte zou niet door de inkomenspositie moeten worden beïnvloed. Het CVZ beschrijft in het signalement wel dat die effecten optreden, maar is niet in de positie zich uit te spreken over de wenselijkheid van maatregelen in de sfeer van besteedbare ruimte voor verschillende doelgroepen. Dat is een politieke afweging.

Jongeren VG/LG en GGZ

Platform VG geeft aan dat ook jongeren met een beperking op een bepaald moment het ouderlijk huis willen verlaten, en dat zij de mogelijkheid moeten hebben om in een beschermende woonomgeving te wonen als zij zijn aangewezen op permanent toezicht. Het advies van het CVZ staat dat niet in de weg. Permanent toezicht is een aparte aanspraak. Als die niet verantwoord of doelmatig is te leveren in een eigen woonsituatie, is er aanspraak op verblijf. De lichtste cliëntprofielen zijn niet aangewezen op permanent toezicht.

Bescherm wonen

De PGO-organisaties suggereren dat als iemand is aangewezen op een beschermende woonvorm, hij zijn kamer/appartement moet huren van een zorgaanbieder. De kern van het signalement is juist die vanzelfsprekende koppeling te doorbreken. Met een gescheiden bekostiging van zorg en wonen is het bijvoorbeeld mogelijk dat een woningcorporatie het gebouw exploiteert, en dat de zorg door een zorgaanbieder wordt geleverd. Als die niet voldoet aan de wensen van de bewoners, kan (in samenspraak met de zorgverzekeraar) de zorg aan een andere aanbieder worden aanbesteed. Het is niet zo dat iedere verzekerde een eigen zorgaanbieder zal kunnen kiezen, maar die keuze is periodiek als groep wel mogelijk.

Geen voorspelbare kosten VG en GGZ

Jongeren met een beperking kunnen niet sparen voor een woning met extra leefruimte of comfort. De PGO-organisaties stellen daarom voor onderscheid te maken tussen ouderen en jong gehandicapten als er sprake is van zelf investeren in de toekomst. Het is onduidelijk welk onderscheid hier is bedoeld. Mensen met een laag inkomen kunnen zich nu eenmaal niet hetzelfde wooncomfort veroorloven als mensen die een hoger inkomen en/of eigen vermogen hebben. Voor zover het gaat om de vrij besteedbare ruimte of de hoogte van de eigen bijdrage, gaat het om een politieke afweging.

Gemeenten

Het CVZ stelt dat naarmate de eerstelijnszorg en de Wmo sterker zijn, de doelgroep voor een integraal zorgpakket kleiner wordt. De PGO-organisaties vinden de gemeenten de zwakste schakel in deze redenering, en vraagt een uniforme en eenduidige vastlegging van "de kritische grenzen van de criteria". Voor zover hiermee de operationalisering van de criteria voor toegang tot het integrale pakket is bedoeld, moet dat nog verder worden uitgewerkt.

Gedwongen opname psychiatrie

De PGO-organisaties vragen of permanent toezicht en

bescherming altijd kunnen leiden tot aanspraak op het integrale zorgpakket. Dat is niet het geval. Het integrale zorgpakket is gericht op de complexe zorg, waarbij alle zorg, inclusief eventuele toezicht en/of bescherming, vanuit één hand moet worden geleverd. Maar permanent toezicht en/of bescherming kunnen ook op zichzelf staan. Het gaat dan bijvoorbeeld om de middelzware ZZP's in de GGZ C-reeks of de VG-sector. Dat is in de tekst nog verduidelijkt.

Ook stellen de PGO-organisaties de vraag hoe het zit met gedwongen opnames in de psychiatrie. Bij een gedwongen opname in een psychiatrische instelling is er altijd sprake van behandeling met verblijf. Dat komt het eerste jaar ten laste van de Zvw, en komt daarna ten laste van de AWBZ op grond van artikel 13 Besluit zorgverzekering (voortgezet verblijf). Dit signalement gaat niet over artikel 13 Bza. Ook dan gaat het altijd om de combinatie behandeling en verblijf in een instelling. Dat kan niet worden geboden in een zelfstandige woonsituatie.

7 maal 24 uur per dag

Er zijn ook ziekten die episodisch verlopen, en soms volstaat zorg 's nachts of overdag. Volgens de PGO-organisaties moeten de criteria daarom worden aangepast. Het CVZ is het daar niet mee eens. Bij een episodisch verloop, verloopt ook de benodigde zorg episodisch. Als zorg in dagdelen volstaat, is er sprake van dagbehandeling of dagbesteding. Er is dan geen reden om integrale zorg aan te bieden.

Intensieve/complexe zorg

Bij episodisch verlopende ziekten kan periodiek intensieve en minder intensieve zorg nodig zijn. Het is afhankelijk van de frequentie en ernst of de verzekerde dan beter af is met permanent verblijf in een (behandel)instelling, of in een eigen woonsituatie kan verblijven met periodieke opname. De PGO-organisaties vragen daarbij de richtlijnen die in de GGZ worden ontwikkeld te betrekken. Dat is een terechte vraag.

Grenzen niet vanzelf duidelijk

De PGO-organisaties geven aan dat in de chronische psychiatrie en de gehandicaptenzorg nog niet goed is uitgekristalliseerd welke woonvormen voor welke groepen echt meerwaarde hebben. Voor de hogere ZZP's stellen de PGO-organisaties een impactanalyse voor. Voor zover daarmee een inhoudelijk impactanalyse is bedoeld, is dat niet uitvoerbaar, omdat dat juist veronderstelt dat de relatie tussen woonsituatie en effecten (impact) bekend is. Het CVZ begrijpt de opmerking dan ook als een ondersteuning van de geleidelijke implementatie en de ontwikkeling van best practices die het CVZ voorstaat.

Eerst investeren, dan snijden

De PGO-organisaties stellen dat eerst alternatieven tot stand moeten komen voordat in de aanspraken wordt gesneden. Schrappen van de lichtste ZZP's zonder alternatieven te hebben, levert het risico op dat mensen tussen de wal en het schip vallen. In zijn algemeenheid is dat waar. Daarom beperkt het CVZ de suggestie om ZZP's te schrappen tot die doelgroepen, die nu al goed zijn te helpen in de reguliere

eerstelijnszorg en Wmo. Dat dit mogelijk is, bewijst het feit dat die doelgroepen steeds minder in de instellingen voorkomen. Grote delen ervan wonen gewoon thuis. Wel moet de zorg voor mensen die al in een instelling verblijven via overgangsrecht blijven gewaarborgd.

Jeugdzorg

De PGO-organisaties vinden onvoldoende doordacht hoe het overgangsrecht zich verhoudt tot de overheveling van de begeleiding en de jeugdzorg naar gemeenten. De overgang van de zorg voor jeugdigen naar de gemeenten is een apart traject, dat losstaat van dit signalement. Het is niet aan het CVZ om voorwaarden te stellen hoe de gemeenten in een latere fase hun zorgplicht moeten invullen, noch is het aan het CVZ om eisen te stellen aan de transitie.