

8 Zorgen, wetten, regels en rollen

Een zelfstandig wonende oudere heeft – potentieel – te maken met drie verschillende wetten op het gebied van zorg en ondersteuning: Zvw, Wmo en Wlz. Dat zou zo erg niet zijn als die wetten helder van elkaar afgebakend waren, maar dat is helaas niet het geval. Verschillende vormen van zorg en ondersteuning thuis kunnen bekostigd worden op grond van twee, soms – bijvoorbeeld in het geval van tijdelijk verblijf – zelfs drie zorgwetten en elke zorgwet kent zijn eigen, vaak op zichzelf al behoorlijke ingewikkelde, regels voor de uitvoering en voor het toekennen van vergoedingen. Het is voor ouderen en degenen die hen bijstaan dan ook een hele opgave om in de wereld van zorg en ondersteuning hun weg te vinden.

Daar komt bij dat iemand die zorg ontvangt vanuit de ene wet soms moet overstappen op zorg vanuit een andere wet. Die overgangen verlopen vaak verre van soepel. Ouderen die overgaan van Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning naar Wlz-zorg thuis, omdat ze intensievere zorg nodig hebben, kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met een andere zorgaanbieder, een hogere eigen bijdrage en een (tijdelijke) verlaging van het aantal uren zorg waar ze recht op hebben. Het probleem van de zorgval, de verlaging van het aantal uren zorg, lijkt door maatregelen van het kabinet min of meer opgelost. Dat geldt echter niet voor het verschil in de hoogte van de eigen bijdragen.

Ook professionals in zorg en ondersteuning hebben last van de wettelijke complexiteit. Ze hebben te maken met verschillende inkomende partijen, verschillende indicatiestellers en verschillende toezichts- en verantwoordingsregimes. Dat kost tijd en energie en het bemoeilijkt de samenwerking met hulpverleners die werken onder een ander wettelijk regiem. Het is voor hen lastig om ouderen maatwerk te bieden en door de hele zorgreis heen de behoefte van de oudere zelf leidend te laten zijn en niet de wet- of regelgeving, die kan veranderen bij de overgang van het ene systeem naar het andere.

Door de complexe verkaveling van zorg en ondersteuning over drie verschillende wetten ontstaan er bovendien financiële prikkels die onwenselijk gedrag van inkomende partijen stimuleren. Zo kan het voor gemeenten en zorgverzekeraars verleidelijk zijn om hun uitgaven binnen de perken te houden door ouderen naar

de Wlz te laten overgaan. Gemeenten worden financieel niet beloond voor het ondersteunen van zelfstandig wonende ouderen in de vorm van, bijvoorbeeld, woningaanpassingen of het bieden van tijdelijke opvang. En de zorgkantoren beschikken niet over mogelijkheden om de toestroom naar de Wlz te beperken.

De meest vergaande oplossing om deze problemen definitief te verhelpen zou zijn alle zorg en ondersteuning voor ouderen, integraal, op basis van één wet te leveren. Te denken valt dan aan een volledige integratie van het sociale en medische domein. Dat zou niet slechts herverkaveling betekenen tussen Zvw, Wlz en Wmo, maar het zou bijvoorbeeld ook een volledige integratie van de financiering vergen, die nu deels landelijk, deels gemeentelijk, deels via zorgverzekeraars verloopt.

Eén stap minder radicaal is de optie waarbij alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen in één wet wordt ondergebracht, de Zvw. De Wlz zou alleen nog blijven bestaan voor de gehandicaptenzorg en (langdurige intramurale) geestelijke gezondheidszorg. Ook deze variant heeft als voordeel dat een aantal coördinatieproblemen en verkeerde financiële prikkels verdwijnt en overzicht en eenvoud toenemen. Er komen echter nieuwe coördinatieproblemen voor terug, bijvoorbeeld tussen de zorg voor ouderen, de zorg voor gehandicapten en de zorg voor gehandicapte ouderen. Ook gaat het per saldo, omdat het domein van de Zvw groter wordt, om een verdere privatisering van de ouderenzorg wat de nodige vragen zal oproepen over publieke waarborgen en democratische controle.

Beide varianten leiden tot forse ingrepen in het huidige stelsel en kennen derhalve hoge transitiekosten. Dat alleen al betekent dat zo'n transitie waarschijnlijk alleen zinvol is bij groot draagvlak in het veld en bij overduidelijk hogere baten dan kosten. Aan beide voorwaarden is op dit moment niet voldaan. Toch vinden wij het belangrijk om dit perspectief overeind te houden in een zogenaamde *no regret* strategie: het zetten van de grote stap, met de bijbehorende grote stelselwijziging, is misschien nu niet realistisch, maar bij de kleinere stappen, die wel degelijk mogelijk zijn, moet getoetst worden of ze een integrale zorg en ondersteuning voor zelfstandige ouderen dichterbij brengen of in elk geval niet tegenwerken. We bevelen aan:

28 Aan regering en parlement

REIS

Hanteer een *no regret* toets: doe niets waar je later spijt van krijgt.

Het is niet realistisch te pleiten voor het op korte termijn totaal integreren van de werelden van zorg en welzijn. Maar je kunt er wel voor zorgen dat dit perspectief niet verder weg raakt. Dat is de essentie van de *no regret* benadering: houd steeds het wenkend perspectief van integrale zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen voor ogen, ongeacht wet of financiering, en doe niets wat dat doel minder makkelijk te bereiken maakt.

Een interventie die onzes inziens de *no regret* toets doorstaat is het onder één wettelijk regime brengen van de zorg en ondersteuning voor alle zelfstandig wonende ouderen. Het is een ingreep die de eenvoud van het stelsel zeer ten goede komt. Professionals kunnen zich hierdoor, zolang ouderen zelfstandig kunnen wonen, helemaal richten op de behoeften van de oudere. De mogelijkheid tot het bieden van maatwerk wordt groter, omdat er sprake is van minder systeemovergangen. De enige principiële systeemovergang die overblijft is die van niet-verpleeghuiszorg naar verpleeghuiszorg. We bevelen aan:

29 Aan het ministerie van VWS

REIS

Haal alle zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen uit de Wlz en hevel deze over naar Zvw en Wmo.

Door deze ingreep wordt de overgang naar een verpleeghuis gelijk aan de overgang van Zvw/Wmo naar Wlz. Drempels bij de overgang naar een intensievere vorm van zorg, in de vorm van bijvoorbeeld een hogere eigen bijdrage of een noodzakelijke wisseling van zorgaanbieder, bestaan niet meer zolang ouderen (semi-)zelfstandig wonen. Dit leidt tot een verbreding van de aanspraken op grond van Wmo en Zvw. Uitgangspunt is dat de zorg voor de zelfstandig wonende oudere kan meegroeien met de zorgbehoefte, zonder dat de oudere naar een ander regime hoeft over te gaan, totdat Wlz-zorg nodig is. De Wlz wordt voor ouderen teruggebracht tot het domein waarvoor de wet oorspronkelijk bedoeld was: dat van de langdurige institutionele, intramurale zorg. Voor de woonzorginitiatieven die op dit moment vanuit de Wlz via VPT, MPT of PGB worden gefinancierd, dient een overgangsregeling getroffen te worden.

Deze ingreep biedt onder andere een oplossing voor het verschil in eigen bijdrage bij de overgang van Zvw/Wmo naar Wlz-zorg thuis. De flexibiliteit in de zorg en ondersteuning neemt erdoor toe en het wordt makkelijker om, bij alle veranderingen die zich in het leven van zelfstandig wonende ouderen voordoen, maatwerk te blijven leveren. De maatregel leidt daarbij tot een vermindering van de administratieve lasten van wijkverpleegkundigen. De verandering zou volgens ons alleen moeten gelden voor de ouderenzorg. De zorg voor zelfstandig wonende mensen die al voor hun 65^e levensjaar vanwege aandoeningen of beperkingen zorgafhankelijk werden, zou op grond van de Wlz geleverd moeten kunnen blijven worden.

VPT, MPT en ook PGB op grond van de Wlz houden hiermee voor zelfstandig wonende ouderen op te bestaan. Wij zijn ons ervan bewust dat juist op basis van deze financieringsvormen veel nieuwe woonvormen voor ouderen ontwikkeld worden, maar constateren dat bij deze initiatieven de keuze voor VPT, MPT of PGB niet alleen gemotiveerd wordt door verschillen in zorgbehoefte of zorgaanbod, maar ook, ten minste gedeeltelijk, door het perspectief op een betere marge voor de aanbieder.

Elders in de zorg wordt dat onwenselijk geacht. We denken dat het verstandig is ook hier aan het streven naar winst tegenwicht te bieden door deze initiatieven in de Zvw onder te brengen en daarmee in het bereik van de inkoopkracht van zorgverzekeraars.

Zelfstandig wonende ouderen behouden hierdoor, wanneer zij van zorg afhankelijk worden, ten aanzien van de eigen huisvesting hun keuzevrijheid en verantwoordelijkheid. Zij delen deze verantwoordelijkheid, net als andere burgers zonder Wlz-indicatie, met gemeenten, woningcorporaties of investeerders, die op hun beurt aanbieders van zorg en ondersteuning aan zich zullen moeten binden om te kunnen voorzien in de nodig zorg en ondersteuning.

Volgens ons hoeft deze verandering niet ten koste te gaan van innovaties in het aanbod van woonzorgvormen. De zorg zou kunnen zijn dat onzekerheden en complexiteiten in de financiering op grond van de Zvw innovatie zouden ontmoedigen. Wij willen die zorg nuanceren. Zorgverzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders zijn allen gebaat bij continuïteit en kwaliteit van zorg en dienstverlening. Natuurlijk zullen enkele voorwaarden vervuld moeten zijn. We noemden al de uitbreiding van de aanspraken op grond van Zvw en Wmo. We zezen ook op het belang van meerjarige inkoopcontracten van zorgverzekeraars, die niet alleen essentieel zijn om samenwerkingsrelaties tot stand te laten komen, maar ook om innovaties mogelijk te maken. Verder vergt het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van ouderen investering in de eerste lijn, conform de gesloten hoofdlijnenakkoorden, en een financiële beschouwingswijze die over de grenzen van domeinen en organisaties heen kijkt en zich laat leiden door het algemeen maatschappelijke belang. De NZa zal erop moeten toezien dat adequate financiering en continuïteit van de zorg voor zelfstandig wonende ouderen gewaarborgd worden.



Eerder wezen we al op de essentiële rol die de wijkverpleging onzes inziens te vervullen heeft. De wijkverpleegkundige is een belangrijke steunpilaar voor zelfstandig wonende ouderen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning en maakt samen met huisarts en sociaal werker deel uit van het kernteam dat verantwoordelijk is voor de proactieve en geïntegreerde zorg die kwetsbare ouderen nodig hebben (aanbeveling 24). Mits de financiering daarop is ingericht kan de wijkverpleging een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van verslechtering van de gezondheid en van onnodige zorg en doorverwijzingen (aanbeveling 27). De wijkverpleegkundige is bovendien het best gepositioneerd om aan te geven wanneer het in redelijkheid niet meer te verantwoorden is dat iemand thuis blijft wonen en de kosten van de zorg die daarvoor nodig is op de gemeenschap afwentelt (aanbeveling 3). Om de wijkverpleegkundigen in staat te stellen hun centrale rol in de zorg voor zelfstandig wonende ouderen goed te vervullen, bevelen wij aan:

30 Aan de zorgverzekeraars

R E T S

Koop wijkverpleging in bij een beperkt aantal aanbieders en volg daarbij de grootste verzekeraar.

De versnippering van verpleging en verzorging thuis over vele, vaak kleine aanbieders, vooral in bepaalde wijken in de grote steden, is een groot obstakel voor de samenwerking in de wijk tussen de professionals in zorg en ondersteuning voor ouderen. Het aantal aanbieders van wijkverpleging zou beperkt moeten blijven tot 2 à 3 per wijk. De zorgverzekeraars zullen per wijk contracten moeten sluiten met dezelfde aanbieders. Het ligt voor de hand dat zij daarbij de verzekeraar die in de regio het grootste is, volgen.

31 Aan het ministerie van VWS

R E T S

Stel artikel 13 van de Zvw buiten werking voor de wijkverpleging.

Artikel 13, lid 1, van de Zvw bepaalt dat verzekerden vrij zijn om een zorgverlener uit te kiezen met wie hun verzekeraar geen contract gesloten heeft en dat zij dan recht hebben op een 'door de verzekeraar te bepalen vergoeding'. Toepassing van deze regel op de wijkverpleging zou ertoe kunnen leiden dat alsnog allerlei niet gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging in een bepaalde regio aan de slag kunnen, terwijl juist de kleinere, niet gecontracteerde aanbieders vaak minder goed aanspreekbaar zijn op samenwerking met andere partijen. Het effect van het contracteren van een klein aantal aanbieders zou daarmee teniet worden gedaan. Wij pleiten er dan ook voor om met een gerichte ingreep de wijkverpleging uit te zonderen van de werking van artikel 13, lid 1 van de Zvw.

32 Aan gemeenten en CIZ

REIS

Geef wijkverpleegkundigen de taak om, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van ouderen en hun omgeving, gemeenten en CIZ zwaarwegend te adviseren over respectievelijk de toekenning van Wmo-voorzieningen en de indicering voor Wlz-zorg.

De wijkverpleegkundige stelt al indicaties voor het verlenen van verpleging en verzorging thuis op grond van de Zvw. Wanneer de wijkverpleegkundige, die de mogelijkheden van een oudere en zijn of haar omgeving kent, daarnaast ook een belangrijke rol krijgt in de indicatiestelling voor Wmo en Wlz, dan zou dat goed sluitend maatwerk in zorg en ondersteuning mogelijk maken en veel bureaucratische rompslomp kunnen voorkómen. De rol in de indicering voor de Wmo leidt er tevens toe dat de wijkverpleegkundige zich al in een vroeg stadium van de situatie van een oudere op de hoogte stelt, waardoor het mogelijk wordt zowel een onnodig vroeg, als een te laat beroep op formele zorg te voorkómen. De precieze omschrijving van de taak van de wijkverpleegkundige ten aanzien van de Wmo is een zaak van de gemeente. Artikel 2.6.3 van de Wmo biedt gemeenten zelfs de mogelijkheid om wijkverpleegkundigen te mandateren om zorg en ondersteuning voor een cliënt vast te stellen. Ten aanzien van de Wlz denken wij dat het CIZ voorsnog de uiteindelijke bevoegdheid om mensen al of niet toe te laten tot Wlz-zorg moet behouden, om te voorkómen dat ouderen ten onrechte in de Wlz terechtkomen. De taak van de wijkverpleegkundige is dan een zwaarwegend advies uit te brengen, dat het CIZ volgt, tenzij er goed onderbouwde en doorslaggevende redenen zijn om anders te besluiten. Op termijn, wanneer de Zvw en Wlz stapsgewijs integreren voor wat betreft de ouderenzorg, kan de bevoegdheid om te indiceren voor Wlz-zorg geheel bij de wijkverpleegkundige worden gelegd.

33 Aan wijkverpleegkundigen, NZa en Zorginstituut

REIS

Ontwikkel een leidraad op grond waarvan wijkverpleegkundigen kunnen bepalen wanneer de noodzakelijke zorg niet langer verantwoord en doelmatig in de eigen woning van een oudere kan worden verleend en opname in een verpleeghuis noodzakelijk is.

Verzekerden hebben recht op zorg op grond van de Wlz wanneer zij blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht of op 24 uur zorg per dag in de nabijheid. Ouderen met een dergelijke zware zorgbehoefte die niet naar een verpleeghuis willen, moeten echter de mogelijkheid hebben om de overgang naar het verpleeghuis te vermijden door eigen financiële middelen in te zetten of een beroep te doen op hun sociale netwerk, zonder dat dit hun recht om later alsnog de overgang naar een verpleeghuis te maken in de waagschaal stelt. Dat neemt niet weg dat er grenzen zijn aan wat mensen redelijkerwijs aan collectief gefinancierde zorg thuis mogen verlangen. Wanneer de zorg ondanks de inzet van eigen hulpbronnen niet langer verantwoord en doelmatig in de eigen woning te verlenen is, moet de wijkverpleegkundige op grond van een duidelijke leidraad kunnen vaststellen dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is. Een maximaal aantal uren zorg en ondersteuning dat op basis van Wmo en Zvw verleend wordt, zal deel moeten uitmaken van het doelmatigheidscriterium dat in de leidraad

moet worden uitgewerkt. Een tijdelijke verzwaren van de zorg, bijvoorbeeld in de palliatieve fase, zal wel binnen Zvw en Wmo opgevangen moeten kunnen worden.

34 Aan het ministerie van VWS

R E T S

Pas de Wmo zodanig aan dat gemeenten Wmo-ondersteuning niet mogen weigeren zolang de zorg thuis verantwoord en doelmatig te verlenen is.

Op dit moment is de Wlz voor de Wmo een ‘voorliggende voorziening’, wat wil zeggen dat gemeenten Wmo-ondersteuning mogen weigeren of beëindigen, wanneer dezelfde ondersteuning ook op grond van de Wlz te verkrijgen is. Wij denken dat dit niet langer mogelijk moet zijn, zodat ouderen in staat gesteld worden mede met behulp van eigen middelen en mensen opname in een verpleeghuis te vermijden of uit te stellen, ook wanneer zij volgens de Wlz voor Wlz-zorg in aanmerking kunnen komen.

Rond Wlz, Zvw en Wmo speelt nog iets. Gemeenten moeten natuurlijk over voldoende middelen beschikken om hun taken op grond van de Wmo goed te kunnen uitvoeren. Op dit moment ontvangen zij een – vrij besteedbaar – bedrag uit het gemeentefonds, dat onafhankelijk is van het feit of hun inwoners zorg en ondersteuning ontvangen uit Wmo en Zvw of uit de Wlz. Zij hebben er daardoor, financieel gezien, belang bij om kwetsbare ouderen die ondersteuning nodig hebben zo snel mogelijk de overgang naar de Wlz te laten maken. In de praktijk zijn er heel wat ouderen die voor Wlz-zorg in aanmerking komen, maar die ook, zelfstandig wonend, met zorg en ondersteuning op basis van Wmo en Zvw, goed overeind kunnen blijven. Gemeenten kunnen hun overstap op Wlz-zorg versnellen, bijvoorbeeld door hun een maatwerkvoorziening te weigeren als ze niet meewerken aan een aanvraag van een indicatie voor de Wlz. Omgekeerd kunnen gemeenten ook de instroom in de Wlz beperken, door een aantrekkelijk woon(zorg)aanbod en door samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in te zetten op, bijvoorbeeld, tijdige signalering van risico's, valpreventie en goede ondersteuning van mantelzorgers.

Om te voorkómen dat gemeenten baat hebben bij het afwentelen van kosten op de Wlz en te bevorderen dat zij investeren in het vermogen van ouderen om goed voor zichzelf en voor elkaar te zorgen, formuleren wij dan ook als onze laatste aanbeveling:

35 Aan de ministeries van VWS en BZK

R E T S

Richt de verdeling van het gemeentefonds zó in dat gemeenten met een vergelijkbare bevolkingssamenstelling een hogere uitkering uit het fonds ontvangen naarmate de instroom van hun inwoners in de Wlz lager is.

Op deze manier worden gemeenten beloofd voor de besparingen die zij weten te realiseren op de uitgaven aan de Wlz. Wanneer tegelijkertijd het geld dat op deze manier op de Wlz bespaard is, wordt toegevoegd aan het gemeentefonds, is het nettoresultaat een budget-neutrale investering in de ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen.