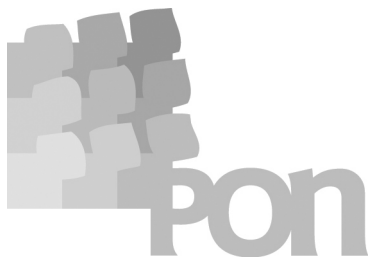


Huishoudelijke verzorging in de WMO

Een nader analyse en varianten voor beleid



Huishoudelijke verzorging in de WMO

Een nader analyse en varianten voor beleid



PON
Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant

SRE
Samenwerkingsverband Regio Eindhoven

september 2005

Auteurs: Stephan van Erp (PON), Jeanke Verbruggen (SRE), Alie Hermens (SRE), Rian van Bussel (gemeente Heeze-Leende), Henri van Leeuwen (gemeente Deurne), Trudy van Hoef (gemeente Eersel)

Eindredactie: Stephan van Erp (PON)

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt dankzij een bijdrage van de Provincie Noord-Brabant.

© 2005 PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant/SRE

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het PON/SRE. Gehele of gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

Vermenigvuldiging en publicatie in een andere vorm dan dit rapport is slechts toegestaan na schriftelijke toestemming van het PON/SRE.

Deze publicatie is te bestellen bij het PON.

PON

Postbus 90123

5000 LA Tilburg

Telefoon: (013) 535 15 35

Fax: (013) 535 81 69

E-mail: pon@ponbrabant.nl

Internet: www.ponbrabant.nl of www.wmobrabant.nl

De publicatie is ook te downloaden op de projectpagina WMO van www.sre.nl

Inhoud

Inleiding	5
1 Huishoudelijke verzorging binnen de AWBZ	7
1.1 Wat is huishoudelijke verzorging?	7
1.2 De thuiszorg...	8
1.3 De indicatiestelling	10
1.4 Keuze tussen een PGB of zorg in natura	11
1.4.1 Zorg in natura	12
1.4.2 Persoonsgebonden budget (PGB)	12
1.5 Inning van de eigen bijdrage in de AWBZ	14
2 De WMO en huishoudelijke verzorging	15
2.1 Huishoudelijke verzorging als voorliggende voorziening...	15
2.2 Er is een spanningsveld bij gemeenten tussen keuzevrijheid, de toegang tot de WMO en beheersing...	17
2.3 Begrensde gemeentelijke vrijheid bij het voeren van een eigen bijdrage beleid	18
2.4 Gemeenten lopen financiële risico's bij huishoudelijke verzorging	20
3 De toegangsbeoordeling: hoe en door wie?	21
3.1 Varianten voor de indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging	21
3.2 Wie gaat de indicatiestelling uitvoeren?	24
3.3 De positie van mantelzorgers in de toegangsbeoordeling	25
4 Varianten voor eigen bijdrage in de WMO	27
4.1 Variant 1 'De kabinetslijn'	27
4.2 Variant 2 'Geen eigen bijdrage'	28
4.3 Variant 3 'Lage inkomens betalen geen eigen bijdrage'	28
4.4 Variant 4 'Huishoudelijke verzorging in PGB's of Vouchers'	29
5 Beschouwing	31
Lijst van afkortingen	37
Gebruikte literatuur en relevante websites	38

Inleiding

Een onderwerp dat bij gemeenten sterk in de schijnwerpers staat in de voorbereiding op de komst van de WMO is huishoudelijke verzorging. Zoals de stand van zaken op dit moment is zullen gemeenten vanaf juli 2006 verantwoordelijk worden voor de toegangsbeoordeling en de levering van huishoudelijke verzorging aan haar burgers. Gemeenten krijgen daarbij behoorlijke beleidsvrijheid.

Bestaande AWBZ-rechten op huishoudelijke verzorging zullen nog maximaal een jaar na inwerkingtreding van de WMO gelden. Maar daarna vervallen deze bestaande rechten en zal het regime van de WMO ingaan. Een groot aantal burgers zal een beroep gaan doen op de huishoudelijke verzorging binnen de WMO. Gemeenten willen daarom tijdig inzicht hebben in de consequenties van deze overheveling vanuit de AWBZ naar het lokale niveau.

De stuurgroep WMO Zuidoost-Brabant heeft besloten om een werkgroep van ambtenaren in te richten voor dit belangrijke thema. Het PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling is gevraagd om de werkgroep inhoudelijk te adviseren en is penvoerder van deze publicatie. De werkgroep 'huishoudelijke verzorging' bestond uit de volgende personen:

- Mevrouw R. van Bussel, Gemeente Heeze-Leende
- Mevrouw T. van Hoef, Gemeente Eersel
- De heer H. van Leeuwen, Gemeente Deurne
- De heer S. van Erp, PON
- Mevrouw J. Verbruggen, SRE
- Mevrouw A. Hermens, SRE

De werkgroep 'huishoudelijke verzorging' heeft een meervoudige opdracht gekregen. De werkgroep heeft een beeld geschetst van de huishoudelijke verzorging binnen de huidige AWBZ en de huidige organisatie van thuiszorg. Hiervoor zijn interviews gehouden met medewerkers van verschillende thuiszorgorganisaties (Savant, ZuidZorg) en het CIZ. Vervolgens is de werkgroep aan de slag gegaan om de huishoudelijke verzorging te plaatsen in het perspectief van de toekomstige WMO. Welke beleidsvrijheid krijgen gemeenten, waar zijn deze vrijheden begrensd door regelgeving en welke spanningsvelden kunnen zich voordoen? Tot slot beschouwt de werkgroep de huishoudelijke verzorging in het licht van de beleidsvoorbereiding van gemeenten. Aan de hand van vier kavels worden verschillende mogelijkheden beschreven om de keuzevrijheden van de burgers en de wijze van toegangsbeoordeling te verbinden.

Met deze publicatie krijgen gemeenten een afwegingskader aangereikt waarmee op lokaal niveau tot keuzes gekomen kan worden. Aandacht voor de positie van mantelzorgers in de toegangsbeoordeling, de keuzevrijheden voor burgers en de varianten voor het toekennen van voorzieningen komen aan bod.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de huidige huishoudelijke verzorging in de AWBZ en de organisatie van de thuiszorg. In het tweede hoofdstuk wordt nader ingegaan op huishoudelijke verzorging binnen de WMO. In hoofdstuk drie wordt stilgestaan bij de toegangsbeoordeling tot de WMO-voorzieningen. Hoe kan deze vorm worden gegeven en wie kan deze toegangsbeoordeling uitvoeren? In hoofdstuk 4 staan mogelijke varianten centraal om de huishoudelijke verzorging toe te kennen binnen de WMO. Met name de verschillende varianten van eigen bijdragen komen aan bod. Tot slot hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk wordt een beschouwing gegeven op de keuzes die gemaakt kunnen worden door gemeenten in de mate van keuzevrijheden voor de burgers en de invulling van criteria voor de toegangsbeoordeling. Aan de hand van vier kavelen worden verschillende opties besproken.

1 Huishoudelijke verzorging binnen de AWBZ

Het huidige zorgstelsel in Nederland is complex. Er zijn verschillende compartimenten, verschillende sturingsregimes en de wereld van de zorg is bovendien sterk in beweging. Staatssecretaris Ross-Van Dorp is voornemens om een aantal functies uit de huidige AWBZ onder te brengen bij gemeenten. Naast de functies van ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding per 2007 (?) zet de staatssecretaris sterk in om op 1 juli 2006 de gehele huishoudelijke verzorging uit de AWBZ te halen en onderdeel te maken van de nieuwe WMO. Vanaf die datum worden gemeenten verantwoordelijk voor de toewijzing en levering van huishoudelijke verzorging aan haar burgers. Om dit op een adequate manier te kunnen doen is inzicht in het huidige functioneren van de huishoudelijke verzorging binnen de AWBZ onontbeerlijk. In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen een beeld geschetst van de huishoudelijke verzorging binnen de AWBZ.

1.1 Wat is huishoudelijke verzorging?

Het bieden van huishoudelijke verzorging in de AWBZ heeft als doel 'het geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van verzorging van het huishouden, met inbegrip van enige hulp bij de organisatie van het huishouden.' Huishoudelijke verzorging komt in beeld als disfunctioneren dreigt. De functie huishoudelijke verzorging is verbijzonderd naar activiteiten op de gebieden van:

1. Huishoudelijke werkzaamheden, bijvoorbeeld stof afnemen, afwassen, opruimen, ramen zemen, sanitair schoonmaken, was of kleding opbergen, bed opmaken, verzorgen van planten en huisdieren en het bereiden van de maaltijd.
2. Organisatie van de huishouding in verband met chronische ziekte of beperkingen.
3. Het verzorgen en opvangen van jonge kinderen in verband met uitval van de primaire verzorger(s) en afwezigheid van informele zorg.

Een beperkte mate van begeleiding kan deel uitmaken van huishoudelijke verzorging.

Grondslag huishoudelijke verzorging

De grondslag om in aanmerking te komen voor huishoudelijke verzorging is een somatische of psychogeriatrische aandoening of stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een psychiatrische stoornis of ernstig psychosociaal probleem, leidend tot disfunctioneren van de verzorging van het huishouden of van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort.

Er is een onderscheid in Huishoudelijke Verzorging 1 (HV 1) en Huishoudelijke Verzorging 2 (HV 2)

Er wordt in het huidige systeem een onderscheid gemaakt tussen HV 1 en HV 2. De verschillen zijn:

- *Ingezette niveau van medewerkers*
HV 1: alfahulpen
HV 2: thuiszorgmedewerkers

- *Aard van de werkzaamheden*
HV 1: alleen de echte huishoudelijke werkzaamheden
HV 2: ook organisatie van het huishouden en het verzorgen en opvangen van kinderen
- Bij HV 1 wordt verondersteld dat de cliënt in staat is tot zelfregie over de planning van de activiteiten en dat de cliënt bereid en in staat is de werkgeversrol te vervullen.

Enkelvoudige en meervoudige huishoudelijke verzorging

De functie huishoudelijke verzorging is onder te verdelen in enkelvoudige en meervoudige huishoudelijke verzorging. Enkelvoudige huishoudelijke verzorging is huishoudelijke verzorging die niet geïndiceerd is in combinatie met andere AWBZ-functies. Mensen met een indicatie voor enkelvoudige huishoudelijke verzorging hebben dus alléén een aanwijzing voor huishoudelijke verzorging. Wanneer mensen naast de indicatie voor huishoudelijke verzorging ook een indicatie hebben voor een andere AWBZ-functie – zoals persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding – spreken we van meervoudige huishoudelijke verzorging.

De pilots huishoudelijke verzorging die door het ministerie van VWS zijn geïnitieerd moeten aantonen dat gemeenten in staat zijn de gehele huishoudelijke verzorging – dus zowel de enkelvoudige als meervoudige – op een verantwoorde wijze uit te voeren.

Tarifering huishoudelijke verzorging

Het huidige maximumtarief voor huishoudelijke verzorging is dus afhankelijk van het soort huishoudelijke verzorging die men ontvangt. Voor 'huishoudelijke verzorging 1' geldt een door het CTG/ZA vastgesteld uurtarief van € 14,10 en voor 'huishoudelijke verzorging 2' is het tarief van € 26,30 van toepassing.

1.2 De thuiszorg...

Er is een grote diversiteit aan organisaties die thuiszorg leveren. Er zijn veel kleine particuliere thuiszorgorganisaties en er zijn grote ondernemingen met honderden medewerkers. De inzet van medewerkers van de thuiszorg is afhankelijk van de indicatie en de zorgvraag van de cliënt. Ten aanzien van het aspect van huishoudelijke verzorging wordt een onderscheid gemaakt tussen alfahulpen en thuishulp niveau A. Alfahulpen zijn niet in dienst bij een thuiszorgorganisatie. Zij werken op freelance basis voor een thuiszorgorganisatie. Op basis van een aantal selectiecriteria worden alfahulpen door deze thuiszorgorganisaties in een pool van alfahulpen opgenomen.

Medewerkers die in dienst zijn van de thuiszorg hebben verschillende competenties.

Niveau 1 (A): Men besteedt naast de huishoudelijke verzorging sec ook aandacht aan de sociale omgeving van de cliënt (tijdelijke gezinsondersteuning, stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënt, en dergelijke). Men heeft een eenjarige opleiding gevolgd.

Niveau 2 (B): Naast het bieden van de huishoudelijke verzorging in de brede zin verricht een thuiszorgmedewerkster op niveau 2 (B) ook enkele verzorgende taken zoals het wassen en aankleden van de cliënt en het aantrekken van steunkousen. Medewerksters hebben een tweejarige opleiding gevolgd.

Niveau 3 (C): Medewerksters op dit niveau richten zich op de verzorging van de cliënt. Zij bieden geen huishoudelijke ondersteuning. Taken die uitgevoerd worden zijn wassen, aankleden, het verstrekken van medicatie en dergelijke.

Niveau 4 (D): Op dit niveau spreekt men van een verpleegkundige (in de wijk) die persoonlijke verzorging verleent zoals wondverzorging, injecties toedient en dergelijke.

Niveau 5 (E): Op dit niveau spreken we over een 'gespecialiseerde verpleegkundige' die HBO-opgeleid is en gespecialiseerd is op het terrein van bijvoorbeeld diabetes, CARA, palliatieve zorg.

In het kader van de huishoudelijke verzorging gaat het dus om medewerkers van niveau 1 en niveau 2. Bij de complexere situaties wordt vaak een niveau 2 medewerker ingezet. Naast werkzaamheden zoals schoonmaken verrichten alfahulpen en niveau 1 medewerkers ook taken zoals het bereiden van een maaltijd en kleding wassen.

Wat is nu het verschil tussen een alfahulp en een medewerkster op niveau 1 (A)?

Een niveau 1 (A) medewerkster is in dienst van de thuiszorg. Zij besteedt naast de huishoudelijke taken ook aandacht aan de sociale omgeving. Zij heeft een interne opleiding gevolgd waarin bijvoorbeeld aspecten centraal staan als bejegening, klantafspraken, bevorderen van zelfredzaamheid en het op een verantwoorde manier bieden van zorg. Vaak hebben deze medewerkster een laag opleidingsniveau. Alfahulpen zijn niet in dienst van de thuiszorgorganisatie maar sluiten als zelfstandig ondernemer een contract af met de cliënt. De cliënt betaalt dus de alfahulp. Dit heeft consequenties want als een alfahulp ziek is dan moet de cliënt zes weken het salaris doorbetalen, behoudens de eerste twee werkdagen. De cliënt ontvangt overigens een subsidie voor het betalen van het salaris van een alfahulp. Bovendien krijgt de cliënt in de eerste drie weken van de ziekte van de alfahulp geen vervangende hulp. Ook tijdens vakanties van de alfahulp is er geen vervanging. Alfahulpen worden door de thuiszorgorganisaties vaak ingezet daar waar sprake is van een stabiele gezinssituatie en er vaak sprake is van alleen huishoudelijke verzorging. Ondersteuning bieden bij de noodzakelijke opvang van kinderen wordt dan ook niet door alfahulpen gedaan.

Wanneer wordt een alfahulp ingezet en wanneer een thuishulp?

Door het indicatieorgaan CIZ wordt de functie Huishoudelijke Verzorging geïndiceerd. Vervolgens bepaalt de zorginstelling op basis van de situatie van de klant of er een alfahulp of thuishulp wordt ingezet. De volgende criteria worden hiervoor gebruikt door de zorgaanbieder.

1. De cliënt kan en wil de werkgeversrol vervullen door zelf te zorgen voor een goed verloop van de hulpverlening, de uitbetaling van het loon aan de alfahulp en het invullen van de werkstaten.

2. De cliënt kan 4 weken zonder hulp.
3. Het gaat om HV-indicaties met maximaal twee kalenderdagen zorg per week. Een alfahulp mag wettelijk gezien niet meer dan twee dagen (maximaal 12 uur) bij een cliënt werken.
4. Het gaat om indicaties die voor een langere periode zijn afgegeven (> 3 maanden)

Alfahulpen worden ingezet bij indicaties voor huishoudelijke verzorging die voor langere tijd zijn afgegeven. Bij kortdurende indicaties zou de alfahulp elke paar maanden een andere werkgever krijgen. De afrekening door het zorgkantoor vindt plaats op basis van de gerealiseerde uren HV 1 (alfahulp) en HV 2 (thuishulp A).

1.3 De indicatiestelling

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is een onafhankelijke organisatie die beoordeelt of burgers in aanmerking komen voor AWBZ-zorg. Er zijn in Nederland 16 regionale bureaus voor indicatiestelling voor de AWBZ.

Voor het CIZ is artikel 6, lid 1 van de AWBZ belangrijk. Dit artikel geeft aan dat iemand die behoort tot de kring der verzekerden een aanspraak op zorg heeft 'ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.' Met deze zorg wordt bedoeld voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB) worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld. Belangrijk om te weten is dat met betrekking tot de inhoud en omvang van de desbetreffende zorg beperkingen kunnen worden gesteld. De ziektekostenverzekeraars dragen zorg dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen.

Besluit Zorg Aanspraken AWBZ

Zoals vermeld kunnen bij AMvB een aantal zaken nader geregeld worden. Het Besluit Zorg Aanspraken AWBZ is zo'n AMvB. In het Besluit Zorg Aanspraken zijn aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat nader geregeld. Daarin staat ook dat de verzekerde alleen recht heeft op zorg wanneer hij gelet op zijn behoeften en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop is aangewezen. In het Zorgindicatiebesluit, art 6 onder f staat het volgende omschreven: *'Voorzover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar de aard en de omvang van aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp, zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan.'*

Aanvraag bij het CIZ

Op het moment dat burgers een zorgvraag hebben en professionele zorg willen ontvangen kunnen ze contact opnemen met het regiobureau van het CIZ. Het CIZ kijkt samen met de zorgvrager de gezondheidssituatie en de leef- en woonomgeving. Deze indicatiestelling doet zij in drie stappen: de aanvraag, het onderzoek en het indicatiebesluit. De aanvraag waarbij de situatie direct helder is kan soms telefonisch worden afgehandeld. Op dit moment wordt 50 tot 60 % van de aanvragen om huishoudelijke verzorging

telefonisch afgehandeld¹. Bij meer complexe vragen wordt aan de hand van een aanvraagformulier de zorgvraag in kaart gebracht. Professionals als een huisarts, verpleegkundige of ziekenhuis kunnen daarbij indien noodzakelijk behulpzaam zijn. Soms is een persoonlijk gesprek wenselijk. In het onderzoek wordt ook bekeken of de extra zorg binnen het gezin of eigen huishouden is te regelen (gebruikelijke zorg). De AWBZ-zorg komt dus pas in beeld op het moment dat binnen het gezin of eigen huishouden de noodzakelijke zorg niet op een verantwoorde manier geboden kan worden. Het CIZ is hier in haar folder *'Zorgen voor elkaar? Natuurlijk!'* zeer helder over: *'Zo is er bijvoorbeeld geen sprake van AWBZ-vergoeding wanneer een zorgvraag gaat om huishoudelijke hulp terwijl de zorgvrager een gezonde partner of andere volwassen huisgenoot heeft'*.

In april 2005 is het protocol Gebruikelijke zorg in werking getreden. Dit protocol vervangt het werkdocument Gebruikelijke zorg. De status van dit protocol is dat de indicatiestellers van het CIZ de richtlijnen dienen te gebruiken bij de vaststelling van omvang van de aanspraak op AWBZ-zorg en de zorg die men van elkaar mag verwachten binnen het eigen gezin of huishouden. Het bepalen van aard en omvang van gebruikelijke zorg in relatie tot een eventuele aanspraak op zorg vanwege de AWBZ heeft alleen betrekking op de functies Huishoudelijke Verzorging, Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding. Voor nadere informatie over dit protocol wordt verwezen naar de website www.ciz.nl.

Onderscheid "gebruikelijke zorg" en mantelzorg

Het ministerie van VWS hanteert de term 'Gebruikelijke zorg' als het gaat om gangbare activiteiten op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten, c.q. huisgenoten, voor elkaar. De gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar speelt zich af binnen de leefeenheid die een gemeenschappelijk huishouden voert.

Mantelzorg is de extra zorg – meer dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is – die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan personen in hun familie, huishouden of sociale netwerk met vrij ernstig fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen. Mantelzorg is dus zorg die de "gebruikelijke zorg" overstijgt.

1.4 Keuze tussen een PGB of zorg in natura

Op het moment dat een cliënt een indicatietraject heeft doorlopen heeft hij de mogelijkheid om bij een groot aantal AWBZ-functies te kiezen voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget. Zorg in natura houdt in dat men zorg ontvangt van de reguliere zorginstellingen. Via een persoonsgebonden budget kan men zelf bepalen op welke wijze men de zorg wil organiseren. Men krijgt een vastgesteld geldbedrag om de zorg naar eigen inzicht in te kopen. Het is echter ook mogelijk om een gedeelte van de zorg in te kopen via een PGB en een ander gedeelte in natura te ontvangen. Zo kan men bijvoorbeeld dagbesteding krijgen in natura via een zorgaanbieder en huishoudelijke verzorging via een PGB.

¹ Bron: interview medewerker CIZ

1.4.1 **Zorg in natura**

Indien een cliënt kiest voor zorg in natura² dan ontvangt deze cliënt zorg die wordt geleverd door een zorgaanbieder, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie. Deze zorgaanbieder regelt dat er een zorgverlener aanwezig is en regelt de administratie rondom de zorgverlening. De cliënt krijgt de zorg, behalve eventuele eigen bijdrage, zonder kosten (in natura) geleverd. Er worden afspraken gemaakt over de manier waarop de zorg wordt verleend. De cliënt kiest zelf zijn zorgaanbieder. Meestal wordt dat bij de indicatiestelling al gevraagd. Het CIZ stuurt dan het indicatiebesluit ook naar de zorgaanbieder die de cliënt prefereert. Indien er bij de desbetreffende zorgaanbieder een wachtlijst bestaat dan zal het zorgkantoor ervoor moeten zorgen dat er zo lang een goed alternatief wordt geboden: 'second best option'. Op dit moment kennen de thuiszorgorganisaties geen of nauwelijks nog wachtlijsten.

Het voordeel voor cliënten bij de keuze voor zorg in natura is dat zij nauwelijks met administratieve handelingen te maken krijgen. De cliënten krijgen steeds minder met wisselende personeelsleden te maken heeft en de tijden waarop de zorg geleverd wordt vindt in toenemende mate plaats na overleg met de cliënt.

1.4.2 **Persoonsgebonden budget (PGB)**

Wanneer een cliënt zelf de zorgverlening wil organiseren is een PGB een uitstekend instrument. Een cliënt kiest vaak voor een PGB omdat hij of zij iemand in de directe omgeving kent die de zorg kan leveren. Of omdat men zelf de dagen en tijden wil afspreken waarop de zorgverlener komt. Veel mensen met een PGB waarderen bovendien dat ze met een vaste zorgverlener werken die ze zelf kiezen. Vaak is dit een bekende, zoals een buurvrouw of kennis, maar men kan ook een zorgaanbieder inhuren.

Kiezen voor een PGB betekent ook dat cliënten een aantal verantwoordelijkheden heeft. Zo zal men zelf op zoek moeten gaan naar hulpverleners, zelf afspraken moeten maken met hulpverleners en overeenkomsten sluiten, zelf de hulpverleners uitbetalen en de financiële administratie bijhouden. Naast het gegeven dat men zorgvrager is is men dus ook opdrachtgever of werkgever.

Beheer van een PGB

Wanneer iemand een PGB wil maar niet in staat is om zelf een PGB te beheren dan kan er:

- een vertrouwenspersoon worden ingeschakeld of;
- een organisatie (voor cliëntondersteuning) in de arm worden genomen of;
- een particulier bureau ingeschakeld worden.

Het merendeel van de budgethouders (circa 90%) beheert het budget echter zelf. Verder wordt ook ondersteuning geboden door de Sociale Verzekeringsbank op het gebied van salarisadministratie, arbeidsrecht en belasting-

² Paragraaf 1.4.1 en 1.4.2 Bron: www.pgb.cvz.nl

recht. Ook de thuiszorgorganisaties bieden deze ondersteuning in toenemende mate aan.

Een persoon die beschikt over een PGB heeft een aantal vrijheidsgraden ten aanzien van de besteding. Als men bijvoorbeeld een PGB heeft voor huishoudelijke verzorging mag men deze middelen ook besteden voor de functie 'ondersteunende begeleiding'. Het is eveneens toegestaan om middelen in te zetten voor het vergoeden van bemiddelingskosten. Men mag geen therapieën of permanent verblijf in een instelling financieren met een PGB. De hoogte van een PGB wordt vastgesteld op basis van de indicatie. Ten aanzien van de functie huishoudelijke verzorging gelden de onderstaande tarieven in 2005.

Zorgfunctie AWBZ: Huishoudelijke verzorging

Indicatie	PGB bedrag per jaar (2005)
1e klasse A (0 – 1,9 uur per week)	€ 870
2e klasse B (2 – 3,9 uur per week)	€ 2.611
3e klasse C (4 – 6,9 uur per week)	€ 4.788
4e klasse D (7 – 9,9 uur per week)	€ 7.399
5e klasse E (10 – 12,9 uur per week)	€ 10.011
6e klasse F (13 – 15,9 uur per week)	€ 12.621
7 € 242,05 + aantal uren x	€ 16,68

Indien men geïndiceerd wordt voor een jaar voor minder dan twee uur per week aan huishoudelijke verzorging dan staat daar een PGB-bedrag van € 870,00 tegenover. Dit bedrag loopt op tot rond de € 10.000,00. Klasse zeven is bestemd voor mensen die meer dan 16 uur per week op jaarbasis huishoudelijke verzorging nodig hebben. Het bedrag is dan opgebouwd door een standaardbedrag (€ 242,05) aangevuld met het aantal uren op weekbasis vermenigvuldigd met het uurtarief van € 16,68. De bovenbeschreven bedragen zijn echter bruto. Cliënten krijgen dit budget niet altijd volledig in handen. In een aantal gevallen dient men eerst een eigen bijdrage te betalen. De hoogte van die eigen bijdrage is afhankelijk van de leeftijd (alleen volwassenen betalen een eigen bijdrage), van de soort zorg die men krijgt (er geldt geen eigen bijdrage voor tijdelijk verblijf), van de hoeveelheid zorg, hulp en begeleiding die men krijgt en van het inkomen. Er is een plafond ingebouwd voor een maximum eigen bijdrage. Dit plafond is afhankelijk van het inkomen en de gezinssituatie.

In 2004 is voor 889 miljoen euro aan PGB's toegekend. Ongeveer 70.000 mensen hebben een PGB waarvan ruim 4.500 mensen uit Zuidoost-Brabant.

Laten we de voordelen en nadelen van een PGB voor de cliënt nog eens op een rijtje zetten.

Voordelen vanuit cliëntenperspectief

- Meer zorg op maat mogelijk omdat hulp verleend kan worden in nauwe afstemming met degene die de gebruikelijke zorg en/of mantelzorg verleent.
- De vrijheid om zelf te bepalen wie, wanneer en hoe, hulp verleent.
- Binnen de huidige afspraken kan flexibel met de zorg worden omgegaan omdat het budget aan alle zorgtaken mag worden besteed, onafhankelijk waarvoor geïndiceerd is.
- Met een PGB is ook kortdurend hulp mogelijk op een ander adres dan het woonadres.

Nadelen vanuit cliëntenperspectief

- Een cliënt moet zelf hulp werven en organiseren (ook bij ziekte of vakantie).
- Er moet een urenadministratie worden bijgehouden en verantwoording worden afgelegd.
- Een PGB-houder is altijd opdrachtgever en soms ook werkgever. Dit is het geval indien de zorgverlener meer dan twee dagen per week voor de PGB-houder werkzaam is ongeacht het aantal uren.
- Financieel risico: wanneer men zich de gevolgen niet realiseert van wijzigingen in inkomen of omstandigheden die leiden tot indicering voor minder zorg, kan men achteraf voor verrassingen komen te staan.

1.5 Inning van de eigen bijdrage in de AWBZ

Een cliënt die huishoudelijke verzorging ontvangt betaalt een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen van de cliënt (en van zijn partner). De eigen bijdrage wordt vastgesteld door het Centraal Administratie Kantoor (CAK)³. Zij sturen de rekening voor de eigen bijdrage naar de cliënt toe. Men betaalt nooit meer dan de maximale periodebijdrage. Dat is een maximumbedrag dat de cliënt per vier weken betaalt. De maximale periodebijdrage is nooit lager dan € 16,20 (drempelbedrag) of hoger dan € 536,80 (maximumbedrag) per vier weken. Cliënten kunnen in bepaalde situaties hun eigen bijdrage terugvorderen. De overheid heeft namelijk regelingen getroffen om mensen met een laag inkomen of hoge zorgkosten tegemoet te komen. Enkele mogelijkheden zijn een aanvraag in te dienen voor bijzondere bijstand bij de gemeente of geld terug te vragen bij de belastingdienst.

Vrijstelling van de eigen bijdrage

Er zijn twee gronden op basis waarvan een cliënt in aanmerking komt voor vrijstelling van het betalen van een eigen bijdrage:

1. Indien één van de beide partners binnen een huishouden een eigen bijdrage betaalt voor intramurale AWBZ zorg;
2. Cliënten onder de 18 jaar hoeven eveneens geen eigen bijdrage te betalen.

³ www.cak-bz.nl. Op deze website van het Centraal AdministratieKantoor treft u een uitgebreide brochure aan over de inning van eigen bijdrage (zonder verblijf).

2 De WMO en huishoudelijke verzorging

2.1 **Huishoudelijke verzorging als voorliggende voorziening...**

De huidige AWBZ bestaat uit zeven functies. Momenteel kost de AWBZ ongeveer 23 miljard euro. Het is de verwachting dat in 2007 de uitgaven in de AWBZ bij ongewijzigd beleid oplopen tot ongeveer 27 miljard euro. Het kabinet wil dan ook toewerken naar een opschoning van het AWBZ-pakket zodat dat uiteindelijk terug wordt gebracht naar de oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ: het bieden van financiële middelen voor langdurige zware medische zorg voor mensen die op de ziektekostenverzekeringsmarkt onverzekerbaar zijn. Volgens de huidige plannen van de staatssecretaris zal per juli 2006 als eerste stap de functie huishoudelijke verzorging uit de AWBZ worden ondergebracht in de WMO. Huishoudelijke verzorging is meer dan alleen maar schoonmaken. Het betreft ook activiteiten als maaltijd bereiden, een cliënt begeleiden bij de organisatie van het huishouden, en de tijdelijke verzorging en opvang van jonge kinderen bij uitval van de primaire verzorger(s)⁴.

Kengetallen ontbreken grotendeels

In de WMO worden gemeenten financieel verantwoordelijk. Onduidelijk is of op de langere termijn de middelen die toegevoegd worden aan het gemeentefonds gelijke tred zullen gaan houden met de toenemende zorgvraag, de demografische ontwikkelingen en de technologische mogelijkheden. In ieder geval worden in deze kabinetsperiode de AWBZ-middelen voor huishoudelijke verzorging 'schoon aan de haak' overgeheveld naar de WMO.

Een knelpunt in de voorbereidingen van gemeenten op de komst van de WMO is dat op dit moment nog steeds onduidelijk is wat de omvang van de huishoudelijke verzorging is op lokaal niveau. Gedetailleerde kengetallen ontbreken grotendeels. Het is per gemeente wel duidelijk hoeveel uren er huishoudelijke verzorging wordt geboden binnen de gemeentegrenzen. Echter, hoeveel mensen dit betreft en hoelang de beschikking van de indicatie geldig is, is onduidelijk. Ook is niet bekend hoeveel mensen per gemeente via een PGB zelf huishoudelijke verzorging inkopen. Twee grote thuiszorgaanbieders hebben inmiddels een overzicht van een aantal gemeenten in Zuidoost Brabant gemaakt die zij ter beschikking willen stellen als beleidsinput.⁵

Overgangperiode

Niet alle mensen met een indicatie voor huishoudelijke verzorging zullen in 2006 onder het regime van de WMO gaan vallen. Als men een indicatie heeft op grond van de AWBZ voor huishoudelijke verzorging kan men tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de WMO aanspraak maken op geïndiceerde AWBZ-zorg. Bij nieuwe aanvragen geldt deze aanspraak tot drie maanden nadat de gemeenteraad de verordening heeft vastgesteld.

⁴ College voor Zorgverzekeringen, 2004. *Functies & aanspraken in de AWBZ*.

⁵ Informatie van 1 zorgaanbieder is te vinden op de projectpagina WMO van www.sre.nl

Afwegingen beoordelingskader huishoudelijke verzorging

Gemeenten hebben er alle belang bij dat de kosten in de hand worden gehouden. Men zal op zoek gaan naar mechanismen en instrumenten om de uitgaven en inkomsten te sturen en te beïnvloeden. Een van de mogelijkheden is om de toegang tot de huishoudelijke verzorging te beoordelen. In de AWBZ spreekt men dan van de indicatiestelling. Op basis van criteria kunnen gemeenten gaan beoordelen of burgers in aanmerking komen voor huishoudelijke verzorging. Deze criteria kunnen een aantal afwegingen bevatten. We noemen twee wezenlijke afwegingen hieronder.

1 Is er voldoende potentieel aanwezig binnen het sociale netwerk van de burger om (tijdelijk) in te springen in het huishouden?

Deze eerste afweging is een interne afweging: is er voldoende potentieel aanwezig binnen het gezin van de cliënt? Indien dit het geval is dan zou het beroep op huishoudelijke verzorging niet nodig zijn volgens de basisfilosofie van de WMO. In de huidige AWBZ-indicatiestelling 'huishoudelijke verzorging' wordt beoordeeld wat de verwachte inzet van gezinsleden kan zijn. Via het protocol 'gebruikelijke zorg' wordt dit vastgesteld. Gemeenten kunnen er voor kiezen dit protocol eveneens te hanteren bij hun beoordeling van de vraag.

Een andere vraag die bij de uiteindelijke beoordeling opgeworpen kan worden is of je mag verwachten dat, naast het eigen gezin, eveneens het sociale netwerk bijdraagt in de huishoudelijke verzorging op het moment dat die boven de gebruikelijke zorg uitstijgt. Je raakt hier aan het vraagstuk van de positie van mantelzorgers en de afdwingbaarheid van mantelzorg.

2 Heeft de burger voldoende inkomen om een eigen bijdrage te betalen voor de huishoudelijke verzorging?

Binnen een aantal door het kabinet aangegeven randvoorwaarden kunnen gemeenten een eigen bijdrage vragen voor de huishoudelijke verzorging. Gemeenten hebben de vrijheid om zelf beleid te ontwikkelen ten aanzien van de eigen bijdrage mits gemeenten binnen de kaders blijven die door het kabinet zijn vastgesteld. In hoofdstuk 4 worden enkele beleidsopties besproken.

Het is echter ook mogelijk dat een gemeente besluit om geen formele indicatiestelling te organiseren zoals die in de AWBZ wordt gehanteerd. Gemeenten zijn namelijk niet verplicht om een indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging en andere WMO-voorzieningen te ontwikkelen. Een lichte beoordelingstoets zal in de dagelijkse praktijk echter altijd plaatsvinden, bijvoorbeeld via een verwijzing van de huisarts. Een afweging die gemaakt moet worden is hoe hoog de invoerings- en uitvoeringskosten zullen zijn om een beoordelingssysteem op te tuigen. Het is overigens niet ondenkbaar dat een indicatiestelling op lokaal niveau tot hogere invoerings- en uitvoeringskosten leidt dan gemeenten uiteindelijk via het gemeentefonds voor deze functie ontvangen. Voor een aantal kleinere gemeenten kan dit aanleiding zijn tot intergemeentelijke samenwerking. Maar het is ook mogelijk dat ze helemaal afzien van een dergelijke beoordelingsvorm.

2.2 **Er is een spanningsveld bij gemeenten tussen keuzevrijheid, de toegang tot de WMO en beheersing...**

In veel gemeenten is het denkproces over de mate van keuzevrijheid nog in volle gang. Er wordt nagedacht over de consequenties van het mogelijk aanbieden van persoonsgebonden budgetten aan cliënten en het contracteren van aanbieders in de welzijn- en zorgsector. De organisatie van de toegang tot de ondersteuning en de beheersing van de kosten zijn hiermee onlosmakelijk verbonden. Gemeenten hebben weinig ervaring met het aanbieden van persoonsgebonden budgetten. Sommige gemeenten kennen dit fenomeen via de reïntegratietrajecten of vanuit de WVG. Op dit moment hebben ongeveer 25.000 mensen een PGB voor huishoudelijke verzorging. Zij dreigen dit instrument te verliezen als gemeenten besluiten om geen PGB's aan te bieden. Cliëntenorganisaties en leden van de Tweede Kamer hebben er bij de staatssecretaris op aangedrongen om op lokaal niveau een keuze voor de cliënt in te bouwen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget⁶. Gemeenten zullen in hun vierjaarlijkse nota moeten aangeven of zij een PGB aanbieden. Is een gemeente niet in voor een PGB, dan zal zij dit gemotiveerd kenbaar moeten maken. Gemeenten kunnen naast een PGB ook vouchers aanbieden. Via vouchers kunnen cliënten zorg in kopen bij vooraf "aangewezen aanbieder(s)". Dit beperkt echter wel de keuzevrijheid van de cliënt die men via een PGB wel heeft.

Zoals vermeld is er een verbinding te leggen tussen de keuzevrijheden van cliënten en de mogelijkheden van gemeenten om de kosten van de WMO te beheersen en te beïnvloeden. Voor gemeenten is dit een zeer belangrijk aspect. Om tot een adequate voorbereiding, invoering en uitvoering van de WMO te komen willen gemeenten voldoende financieel toegerust worden. Voor die functies die uit de AWBZ worden overgeheveld naar de WMO zullen de gelden volgens de VNG 'schoon aan de haak' toegevoegd moeten worden. Bovendien is de VNG van mening dat de financiële middelen in de toekomst gelijke tred moeten houden met de toenemende zorgvraag en de demografische en technologische ontwikkelingen. Dit onderwerp is nog niet uitgediscussieerd. Onduidelijk is hoe de ondersteuningsvragen zich op lokaal niveau ontwikkelen. Om financiële risico's op gemeentelijk niveau binnen aanvaardbare proporties te houden zullen de meeste gemeenten grip willen hebben op de toegang tot de WMO. Via beoordelingscriteria kan bepaald worden wie in aanmerking komt voor WMO-diensten of voorzieningen. Strengere beoordelingscriteria sluiten meer mensen uit.

Volgens het Ministerie van VWS hadden in 2004 ongeveer 580.000 mensen een indicatie voor huishoudelijke verzorging en 285.000 mensen een indicatie voor alleen enkelvoudige huishoudelijke verzorging. De geraamde kosten in 2005 voor enkelvoudige huishoudelijke verzorging bedragen ongeveer 520 miljoen euro. Veel bestaande indicaties voor (enkelvoudige) huishoudelijke verzorging lopen door tot 2007. Gemeenten vragen zich dan ook terecht af of het optuigen van een beoordelingssysteem en de daarmee gepaard gaande kosten en bureaucratie zich verhouden tot de financiële middelen die besteed worden aan de enkelvoudige huishoudelijke ver-

⁶ Een amendement van de PvdA en de VVD om deze keuze wettelijk vast te leggen is ingediend. De staatssecretaris ziet het echter niet zitten om vanuit 'Den Haag' te regelen dat gemeenten een PGB moeten voorschrijven aan burgers. Dit ziet zij echt als een verantwoordelijkheid van de lokale overheid.

zorging. Gemeenten verkennen daarom verschillende opties. In hoofdstuk 3 en 4 wordt nader ingegaan op deze opties.

2.3 Begrensde gemeentelijke vrijheid bij het voeren van een eigen bijdrage beleid

Gemeenten kunnen zelf bepalen of zij een eigen bijdrage willen vragen aan burgers voor de diensten en voorzieningen die zij gaan leveren overeenkomstig het WMO-beleid. Als gemeenten opteren voor een eigen bijdrage dan hebben zij daar echter niet de volledige vrijheid in. Het kabinet spreekt van een 'begrensde gemeentelijke vrijheid' omdat het voeren van een eigenbijdragebeleid niet mag leiden tot een eigeninkomensbeleid. Dat is namelijk een bevoegdheid van de Rijksoverheid. De gemeentelijke vrijheid wordt daarnaast beperkt door een aantal uitgangspunten die het kabinet heeft geformuleerd voor de eigenbijdrageregeling. Deze uitgangspunten zijn onder andere:

- De grenzen voor de eigenbijdrageregeling voor de WMO worden geënt op de extramurale AWBZ eigenbijdrageregeling. Er mogen maximale bedragen per inkomen gevraagd worden.
- Het bestaande anticumulatiebeding voor de WVG blijft voor de WMO gehandhaafd. Concreet houdt dit in dat burgers die een maximale AWBZ-bijdrage betalen geen eigen bijdrage meer hoeven te betalen voor de WMO.
- Gemeenten mogen voor een WMO-voorziening niet meer dan de kostprijs vragen.
- Voor huishoudelijke verzorging kan, binnen de inkomensafhankelijke grenzen, de kostprijs per uur worden gevraagd.

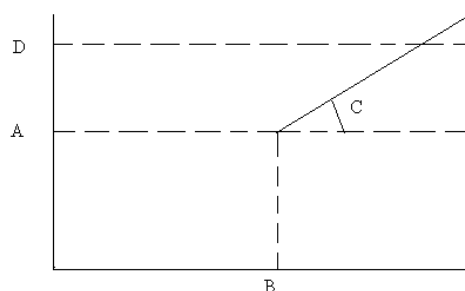
In het onderstaande schema beschrijven we de voornemens van het kabinet voor de grenzen waarbinnen de gemeenten beleidsvrijheid hebben.

Variabelen	Eigen bijdrage AWBZ/WMO
Maximale eigen bijdrage voor minima	€ 208 per jaar voor alleenstaanden € 293 per jaar voor meerpersoonshuishoudens
Startpunt inkomensafhankelijke bijdrage	Vanaf 120% van het relevant sociaal minimum (RSM)
Marginaal tarief	15% van het verzamelinkomen

Mensen die een minimuminkomen hebben betalen voor de extramurale AWBZ en de WMO tezamen nooit meer dan € 208,00 of € 293,00 per jaar. Voor veel mensen is dit een verbetering ten opzichte van de situatie vóór 2006. Voor meerpersoonshuishoudens onder de 65 jaar kan dit zelfs oplopen tot een verbetering van € 394 per jaar. Deze maximale eigen bijdrage geldt dus voor inkomens tot 120% van het relevant sociaal minimum. Voor mensen met een inkomen boven dit relevant sociaal minimum geldt dat zij van het meerdere inkomen maximaal 15% extra aan eigen bijdrage gaan betalen. Er is een beperking verbonden aan dit maximum (dus een maximaal maximum)⁷.

⁷ Brief Staatssecretaris, 26 november 2004. Zorg en Maatschappelijke ondersteuning, 29 538 nr. 7.

De tot op heden beschreven kaders en uitgangspunten kunnen worden weergegeven in een schematische overzicht.



A = De maximale eigen bijdrage die minima (tot 120 % RSM) moeten betalen.

Voor de huishoudelijke verzorging geldt een bedrag van € 208,00/ € 293,00 per jaar. Het voornemen van de regering is om binnen de WMO uit te gaan van een eigen bijdrage van € 208,00 voor een alleenstaande en een eigen bijdrage van € 293,00 voor een meerpersoonshuishouden.

B = De bepaling van het startpunt van waaraf de eigen bijdrage toeneemt met het inkomen.

Mensen die een inkomen genieten boven een vooraf vastgesteld percentage van het relevant sociaal minimum zullen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage gaan betalen. Het voornemen van de regering is om binnen de WMO uit te gaan van 120 % van het relevant sociaal minimum.

C = De omvang van het inkomensafhankelijk deel van de eigen bijdrage.

Het kabinet stelt voor om 15% van het meerinkomen dan 120% van het relevant sociaal minimum aan te merken als eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is gebonden aan een maximum.

D = De maximale eigen bijdrage voor hogere inkomens (aftopping).

Voor de AWBZ-huishoudelijke verzorging geldt in 2005 een maximale eigen bijdrage van € 6.867,00 per jaar. Het voornemen van de regering is om binnen de WMO uit te gaan van dezelfde systematiek.

Wettelijke kaders Eigen Bijdrageregeling

In artikel 15 van de (concept) wettekst WMO is het wettelijk kader voor de eigen bijdrageregeling neergelegd. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat de vormgeving van het WMO-beleid dient plaats te vinden op lokaal niveau in de plaatselijke democratie. Het kunnen voeren van een eigen bijdragebeleid maakt daarvan onderdeel uit. Teneinde dit beleid succesvol te kunnen ontwikkelen dienen de gemeenten te beschikken over voldoende vrijheid en over een adequaat instrumentarium. Het kabinet vindt het onwenselijk dat gemeenten een inkomensbeleid gaan voeren. Bij of krachtens AMvB (WMO art. 15 lid 3) zullen dan ook nadere regels worden gesteld. De regering zal hierbij kiezen voor een begrensde gemeentelijke vrijheid. De gemeente krijgt voldoende armslag om een eigen bijdrageregeling te ontwikkelen en uit te voeren, maar niet zodanig dat dit leidt tot een eigen inkomensbeleid.

2.4 **Gemeenten lopen financiële risico's bij huishoudelijke verzorging...**

De staatssecretaris heeft diverse malen opgemerkt dat de komst van de WMO niet gezien moet worden als een bezuinigingsoperatie. De overheveling van functies uit de AWBZ zal vergezeld worden van bijbehorende financiële middelen. 'Schoon aan de haak', aldus de staatssecretaris. Toch zit hier een addertje onder het gras. Een van de uitgangspunten in het voorstel van het kabinet voor de eigen bijdrage AWBZ/WMO is dat er een anticumulatiebeding is ingebouwd. Dat houdt in dat burgers die voor de extramurale zorg in de AWBZ de maximum eigen bijdrage betalen geen eigen bijdrage meer hoeven te betalen op het moment dat zij een beroep doen op de WMO-voorzieningen. De eigen bijdrage in de AWBZ is dus preferent boven de eigen bijdrage in de WMO. De middelen die vanuit de AWBZ worden overgeheveld zijn echter AWBZ-gelden minus de eigen bijdrage AWBZ. Een ander risico wordt zichtbaar als de gemeente een eigen bijdrage heeft gevraagd voor een WMO-voorziening en dezelfde burger in een later stadium in dat jaar een beroep doet op de AWBZ. Gemeenten zullen dan de gemeentelijke eigen bijdrage moeten overhevelen naar de AWBZ-kas. Dit levert extra administratieve handelingen op (hogere uitvoeringskosten) en biedt de gemeenten minder compensatiemogelijkheden. Het is te overwegen om de inning van de eigen bijdrage WMO door het Centraal Administratie Kantoor AWBZ te laten doen. Alles blijft daardoor in een hand.

3 De toegangsbeoordeling: hoe en door wie?

De WMO verschilt sterk van de AWBZ als het gaat om het karakter van de wet. Uit de AWBZ vloeit een verzekerd recht op zorg voort. Dit brengt dan ook met zich mee dat er sprake is van zeer uitgebreide regelgeving als het gaat om het aanvragen en indiceren van de zorg. In de afgelopen jaren is zoveel mogelijk gewerkt aan uniformiteit en standaardisatie.

In de WMO vervalt het verzekerd recht op zorg. Gemeenten krijgen veel beleidsvrijheid in de nadere invulling van de wet en het beleid. De WMO is een kaderwet die lokaal wordt ingevuld. De tijdelijke zorgplicht zal gemeenten wel verplichten om een aantal voorzieningen te realiseren voor haar burgers maar zoals het er nu naar uit gaat zal de tijdelijke zorgplicht voor slechts twee jaar gelden na inwerkingtreding van de WMO.

Op grond van de WMO heeft de gemeente geen verplichting om indicaties te (laten) stellen voor de voorzieningen die zij levert aan haar burgers. Wel is er een verordeningsplicht (artikel 5) voor de verlening van voorzieningen. De formulering van deze bepaling is zeer ruim gelaten zodat gemeenten alle ruimte krijgen om de uitwerking van de verlening van voorzieningen naar eigen inzicht vorm te geven. Een gemeente heeft met de komst van de WMO dus de vrijheid om:

- zelf te bepalen welke voorzieningen zij aanbiedt behoudens voor die voorzieningen waarvoor een zorgplicht geldt;
- zelf te bepalen op welke wijze de beoordeling plaatsvindt die toegang geeft tot deze voorzieningen;
- zelf te bepalen wie deze beoordeling uitvoert.

In dit hoofdstuk zullen we een aantal varianten beschrijven van de wijze waarop de toegang tot de WMO kan worden georganiseerd.

3.1 Varianten voor de indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging

In deze paragraaf staan we stil bij de wijze van beoordeling voor toegang tot huishoudelijke verzorging in de WMO. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in inhoudelijke criteria/argumenten in de indicatiestelling⁸ en de uitvoeringsvarianten. We starten met de inhoudelijke mogelijkheden.

1 Het indicatiestellingsysteem van de AWBZ onverkort overnemen

Een eerste mogelijkheid is dat gemeenten het huidige indicatiesysteem van de AWBZ onverkort overnemen. Dat betekent ook dat een gemeente zich eveneens accordeert aan het protocol gebruikelijke zorg. De indicatiestelling zou bijvoorbeeld ondergebracht kunnen worden bij het CIZ. Gezien de complexiteit en de omvangrijkheid van het totale WMO-beleid zal deze variant voornamelijk in het licht van een 'overgangperiode' gezien kunnen worden. De voordelen van het één op één overhevelen van de huidige inhoudelijke beoordeling zijn dat het relatief eenvoudig in de praktijk te brengen is, het systeem redelijk uitbalanceerd is en op draagvlak kan rekenen bij vele organisaties en er

⁸ We hanteren de terminologie zoals we die kennen in de AWBZ. Indicatiestelling is in dit document synoniem voor de toegangsbeoordeling in de WMO.

voor de cliënt weinig verandert. Mogelijke nadelen zijn dat de huidige wijze van indicatiestelling geënt is op het gedachtegoed van de AWBZ en niet op de WMO.

Bovendien zou het overnemen van het indicatiestellingsysteem op langere termijn kunnen leiden tot een financiële last omdat er met de WMO vanuit wordt gegaan dat er op lokaal niveau inverdieneffecten te realiseren zijn. Daarvoor zijn echter systeemaanpassingen noodzakelijk.

2 Het indicatiestellingsysteem van de AWBZ in grote lijnen overnemen

Een gemeente kan er ook voor kiezen om delen van het indicatiestellingsysteem van de AWBZ over te nemen. Zo kan er voor gekozen worden om het protocol Gebruikelijke Zorg niet toe te passen. In deze variant ontvangt een burger dus gemeentelijke huishoudelijke verzorging zonder dat vooraf rekening wordt gehouden met de inbreng van het eigen sociale netwerk. Dit zal echter tot een toename van de kosten leiden omdat men de inzet van de (gratis) informele zorg die zou worden verleend op dat moment door professionals moet laten uitvoeren. Bovendien conflicteert het niet rekening houden met de inzet van het sociale netwerk met de uitgangspunten van de WMO.

3 Gedifferentieerd indicatiestellingsysteem op basis van cliëntprofielen

Gemeenten zouden er voor kunnen kiezen om een gedifferentieerd indicatiestellingsysteem op te stellen op basis van cliëntenprofielen. Dat houdt in dat afhankelijk van het cliëntenprofiel er voor een aantal cliënten een zeer eenvoudige toets plaats vindt en voor andere cliënten een uitgebreidere toetsing. Hierbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan het verlenen van huishoudelijke verzorging zonder noemenswaardige toetsing aan personen met een verstandelijke beperking die begeleid zelfstandig wonen. De cliëntprofielen worden opgesteld aan de hand van ondersteuningsvragen en mate van lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Hiervoor zijn goede classificeringssystemen ontwikkeld. Het voordeel is dat degene met de meeste ondersteuningsvragen en zorgvragen het minst belast wordt met allerlei procedures en intakes. Het nadeel is dat het tijd en specifieke expertise vergt om een dergelijk beoordelingssysteem op te zetten.

4 Ontwikkeling van eigen toetsingscriteria door gemeenten

Gemeenten kunnen ook een eigen "indicatiesysteem" ontwikkelen waarbij ze eigen criteria formuleren. Mogelijke afwegingen bij het ontwikkelen van een systeem van beoordelen kunnen de onderstaande vragen zijn:

- *Hanteren we de huidige AWBZ-definitie van huishoudelijke verzorging ook in de WMO?*

Eén van de overwegingen die een gemeente moet maken is of zij de huidige AWBZ-definitie van huishoudelijke verzorging overneemt of dat zij een eigen definitie van huishoudelijke verzorging formuleert. De centrale vraag is of de huishoudelijke verzorging moet worden beperkt tot louter schoonmaakwerkzaamheden (enge definitie), of dat ook andere activiteiten in de functie kunnen worden uitgeoefend die feitelijk niet tot schoonmaakwerkzaamheden kunnen worden gerekend (brede definitie). In de huidige AWBZ-definitie zijn dit:

- bereiden van de maaltijd;

- organisatie van de huishouding;
- het verzorgen en opvangen van jonge kinderen;
- beperkte begeleiding.

- *Hoe gaan we om met kortdurende of langdurende huishoudelijke verzorging?*

Op dit moment worden Standaard Indicatie Protocollen (SIP's) gebruikt voor kortdurende huishoudelijke verzorging. Dit is zorg die korter dan drie maanden noodzakelijk is. Vaak gaat het hierbij om cliënten die uit een ziekenhuis komen en tijdelijk huishoudelijke verzorging nodig hebben. Een vraag die een gemeente zich kan stellen is of zij vindt dat het de verantwoordelijkheid is van de gemeente om deze ondersteuning te bieden of dat dit tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger behoort. Naar alle waarschijnlijkheid zal de kortdurende huishoudelijke verzorging na ziekenhuisopname een onderdeel worden van het nieuwe ziektekostenstelsel.

- *Is de omvang van de zorg een afwegingscriterium? Is de zorg beperkt qua uren en kosten, zou dan het sociale netwerk niet kunnen inspringen?*

Met dit toetsingscriterium wordt aangegeven dat burgers die bijvoorbeeld minder dan 2 uur per week huishoudelijke verzorging nodig hebben strenger gekeken gaat worden naar de inzet van het sociale netwerk dan wanneer de ondersteuningsvraag naar huishoudelijke verzorging groter is.

- *Houdbaarheidsdatum van de indicatie: Is een indicatiestelling snel achterhaald door snelle veranderingen in zorgbehoefte (bijvoorbeeld bij terminale patiënten)?*

Daar waar de mate aan ondersteuning behoorlijk kan fluctueren vanwege een wisselend ziektebeeld is het mogelijk dat er specifieke afspraken gemaakt worden over de hoeveelheid in te zetten huishoudelijke verzorging. Een thuiszorgorganisatie zou bijvoorbeeld gemandateerd kunnen worden om de hoeveelheid uren in deze bijzondere situaties te kunnen beoordelen. Op deze manier hoeft de cliënt niet extra belast te worden met allerlei procedures om de juiste hoeveelheid huishoudelijke verzorging te ontvangen.

5 Geen indicatiestelling maar verwijzing van (huis)arts is voldoende

Tot slot is het ook een mogelijkheid om een huisarts te laten beoordelen of een patiënt huishoudelijke verzorging nodig heeft. Het voordeel is dat een huisarts vaak het gezin van een patiënt kent en daardoor makkelijker een inschatting kan maken over de nut en noodzaak van huishoudelijke verzorging. De huisarts dient wel heldere richtlijnen vanuit de gemeente mee te krijgen. Zo zullen bijvoorbeeld inkomenstoetsen nooit door huisartsen gedaan worden. Het voordeel is dat hier een snelle vorm van toewijzing van huishoudelijke verzorging mogelijk is. Bovendien wordt een heleboel administratieve rompslomp beperkt. Wel zal er regelmatig overleg moeten plaatsvinden over de wijze van beoordeling. Een nadeel is dat in bepaalde situaties burgers naar een huisarts moeten om in aanmerking te komen voor huishoudelijke verzorging zonder dat zij een huisartsenconsult nodig hebben. Bijvoorbeeld voor mensen met een lichamelijke beperking die zelfstandig willen gaan wonen en daarbij huishoudelijke ondersteuning nodig hebben maar niet ziek zijn. Zij zullen dan

toch naar een huisarts moeten voor de indicatiestelling huishoudelijke verzorging.

Het voordeel van het ontwerpen van eigen toetsingscriteria voor huishoudelijk zorg is dat de gemeente deze criteria kan inrichten volgens de door de gemeenteraad vastgestelde kaders van het WMO-beleid. Het nadeel is dat het veel overleg en communicatie kost om tot een gezamenlijk gedragen indicatiesysteem te komen.

3.2 **Wie gaat de indicatiestelling uitvoeren?**

De indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging zoals die nu binnen de AWBZ is geregeld wordt uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Binnen de WMO is één van de uitgangspunten dat op lokaal niveau een samenhang wordt gerealiseerd in toegang tot de verschillende voorzieningen. Het inrichten van één loket voor informatie, advies en toegangsbeoordeling zou daarvoor een goed instrument zijn. Er zijn diverse manieren waarop binnen of buiten de lokale loketten indicatiestelling kan plaatsvinden.

1 De indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging wordt gedaan door medewerkers van de gemeentelijke organisatie

In deze variant wordt het uitgangspunt gehanteerd dat een cliënt bij het lokale loket terecht kan voor alle vragen die betrekking hebben op WMO-relevante onderdelen. Deskundige (HBO-opgeleide) medewerkers hebben ervaring opgedaan of zijn geschoold om de toegang tot individuele voorzieningen zoals woningaanpassingen, scootmobielen, rolstoelen en huishoudelijke verzorging te kunnen beoordelen. De HBO'ers zijn goed ingewerkt in de Standaard Indicatie Protocolen. Voor complexere AWBZ-zorgvragen wordt een beroep gedaan op het CIZ in de backoffice. Het voordeel is dat dit een klantvriendelijk dienstverleningsmodel is dat wordt geleverd vanaf één lokaal punt. Vraagverheldering, vraaganalyse en vraagafhandeling vindt op één locatie plaats. De periode tussen aanvraag en realisatie is kort omdat er het advies van externen zoveel mogelijk wordt beperkt. Belangrijk is dat de medewerkers binnen het lokaal loket een goed overzicht hebben van de sociale kaart in hun stad of dorp en daarnaast over korte communicatielijnen beschikken met externe instanties.

2 De indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging wordt ondergebracht bij een externe organisatie (zoals bijvoorbeeld het CIZ)

De beoordeling of iemand in aanmerking komt voor huishoudelijke verzorging binnen de WMO kan uitbesteed worden bij een externe organisatie zoals een thuiszorgorganisatie of het CIZ. Met name in een overgangssituatie waarin voor een gemeente nog vele zaken georganiseerd moeten worden of de invoeringstermijnen dusdanig kort zijn is deze variant een optie. De gemeente blijft overigens te allen tijde eindverantwoordelijk doordat zij de uiteindelijke besluiten nemen. De externe organisaties adviseren slechts op basis van de door de gemeente aangedragen criteria. Gewaakt moet worden voor allerlei belangenverstrengelingen. De gemeente zou haar controlerende functie op de uitvoering en mogelijke belangenverstrengeling steekproefsgewijs kunnen vormgeven. Voor de

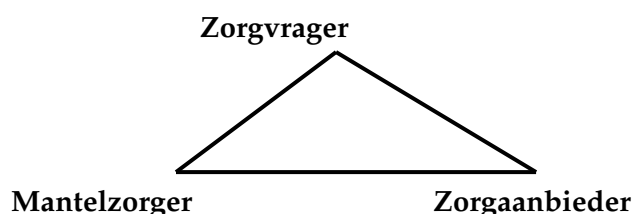
cliënt betekent deze variant echter dat hij naar een extra loket moet om een intake te doen voor huishoudelijke verzorging.

3 Het budget voor huishoudelijke verzorging wordt overgeheveld naar aanbieder die alles overneemt – inclusief de geprotocolleerde indicatiestelling

De gemeente kan ook opteren om het gehele budget dat zij wil uitgeven aan huishoudelijke verzorging inclusief de kosten die gemoeid zijn met een indicatiestelling over te hevelen (via een aanbesteding) naar een zorgaanbieder. Deze heeft dan op basis van de door de gemeente vastgestelde criteria de indicatiestelling en mogelijk ook de zorglevering in handen. Gemeenten kunnen wel voorwaarden stellen dat de keuzevrijheid voor de cliënt gegarandeerd moet worden (PGB, andere zorgaanbieder). Het voordeel voor de gemeente ligt in de lage beheerskosten omdat men de gehele procedure heeft uitbesteed. Nadeel is dat de objectiviteit onder druk kan komen te staan. Dit geldt zeker als de nieuwe zorgverzekeringswet en de modernisering van de AWBZ qua marktwerking haar vruchten afwerpt.

3.3 De positie van mantelzorgers in de toegangsbeoordeling

Mantelzorgers vormen het cement tussen de bouwstenen van de welzijns-wereld en de zorgwereld. Zij zijn een belangrijke schakel in de WMO. Met de komst van de WMO zijn gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor het ondersteunen van mantelzorgers. Een belangrijk moment om te achterhalen welke wensen en behoeften mantelzorgers hebben in het verlenen van zorg is als een (potentiële) cliënt een bezoek brengt aan een lokaal loket met een ondersteuningsvraag. Gemeenten wordt geadviseerd om deze ondersteuningsvraag niet solitair te behandelen maar te plaatsen in het perspectief van het cliëntsysteem:



Laten we het schema in het kort toelichten. Er is een persoon met een zorgvraag of ondersteuningsvraag. Om invulling te geven aan zijn vragen is vaak professionele zorg vanuit een zorgaanbieder of welzijnsorganisatie noodzakelijk. Rondom de zorgvrager is echter meestal ook een persoon die ondersteunende (zorg)activiteiten biedt. Dat is de mantelzorger. Wat zouden gemeenten in de WMO kunnen doen om deze mantelzorgers krachtig te ondersteunen? Naast het gegeven dat gemeenten in hun huidige beleidsverantwoordelijkheden⁹ vele mogelijkheden hebben noemen wij

⁹ Onderzoek van het PON naar gemeentelijk mantelzorgbeleid in 2005 laat zien dat veel Brabantse gemeenten op het terrein van ruimtelijke ordening, kinderopvang, WWB, lokaal gezondheidsbeleid, lokaal sociaal beleid e.d. onvoldoende rekening houden met de positie van mantelzorgers.

hieronder drie innovatieve suggesties om tot een breed mantelzorgbeleid in de WMO te komen.

1 Geef mantelzorgers een recht op een individueel ondersteuningsplan

Wanneer een burger een beroep wil doen op een voorziening van de gemeente of in een indicatietraject bij het CIZ terechtkomt, zou verplicht gesteld moeten worden dat er aandacht is voor degene die de mantelzorgtaak op zich heeft genomen. Er zal niet alleen gekeken moeten worden naar welke ondersteuning gebruikelijk is of aanvullend is op de (geïndiceerde) zorg. Er zal ook bekeken moeten worden welk ondersteuningsaanbod er moet komen om een mantelzorger zijn of haar werk op een evenwichtige manier te laten doen. Een individueel ondersteuningsplan voor de mantelzorger dus. Alleen op deze wijze wordt er recht gedaan aan het gehele cliëntsysteem. Niet alleen de cliënt heeft een zorgvraag of ondersteuningsvraag, maar ook de naasten van de cliënt. Daar moet oog voor zijn.

2 Introduceer mantelzorgvouchers

Gemeenten kunnen mensen die mantelzorg verlenen een aantal vouchers/bonnen geven die zij naar eigen behoeften kunnen inleveren bij ondersteunende voorzieningen. Deze vouchers zijn gebaseerd op een individueel ondersteuningsplan. Ze hebben betrekking op voorzieningen die bijdragen aan een goede balans tussen mantelzorg, vrije tijd en arbeid. Het is dus mogelijk dat een mantelzorger een aantal vouchers krijgt voor het volgen van een cursus tiltechnieken, om een aantal dagen iemand in te huren in huis die de mantelzorger ontlast, om respijtzorgvoorzieningen in te kopen, om een boodschappendienst in te huren en dergelijke. Het aantal vouchers is afhankelijk van de zwaarte van de te verlenen zorg en de draaglast en draagkracht van de mantelzorger. Voor elke ingeleverde voucher krijgt de desbetreffende voorziening een financiële tegemoetkoming. Vraagsturing ten top!

3 Zorg voor een goed systeem van vroegsignalering

Vaak hebben mensen niet in de gaten dat zij mantelzorger zijn. Men ondersteunt iemand uit liefde of vanuit een vorm van morele verplichting. Dikwijls wordt men onbewust meegezogen in de toenemende zorgspiraal. Veel mantelzorgers vinden in een vroeg stadium niet de weg naar ondersteunende diensten. Vaak is de zorg dan te laat en voelt men zich overbelast. De zorgverlener is verworpen tot zorgvrager...

Hoewel een aantal professionele zorgverleners op dat moment betrokken is bij de zorgverlening, gaan zij vaak nauwelijks in op signalen die de mantelzorger afgeeft. De WMO biedt gemeenten een goede uitgangspositie om coördinerend op te treden om met zorgaanbieders zoals thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen, GGz, de huisarts, en een steunpunt mantelzorg een vroegsignaleringssysteem op te zetten om een mogelijke overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Een adequaat werkend vroegsignaleringssysteem kan een preventieve werking hebben voor de mantelzorger. Het is van belang om daarbij eveneens de zelfhulporganisaties en de georganiseerde familieverbanden uit de GGz en gehandicaptenzorg te betrekken. Nog te vaak acteren zij binnen hun eigen circuit en zijn onvoldoende in beeld bij de steunpunten mantelzorg.

4 Varianten voor eigen bijdrage in de WMO

We hebben in het vorige hoofdstuk beschreven welke mogelijkheden er zijn om het systeem van toegangsbeoordeling op te zetten. Daarbij is gekeken naar zowel de inhoudelijke criteria als naar de uitvoeringscriteria. In dit hoofdstuk worden enkele technische varianten beschreven. We zullen ingaan op varianten waarbij de hoogte van het inkomen de toegang tot de WMO mede bepaalt en we staan stil bij een variant waarbij alle ondersteuningsdiensten via een PGB verlopen.

Naar onze informatie zullen gemeenten gebonden zijn aan de uitgangspunten voor het bepalen van de eigen bijdrage zoals die door het kabinet in de novemberbrief 2004 zijn vastgesteld. Het betreft dan ook 'begrensd gemeentelijke beleidsvrijheid'. Welke voorwaarden er aan de vaststelling van de eigen bijdrage zijn verbonden is te lezen in paragraaf 2.3.

In dit hoofdstuk zullen we enkele mogelijke varianten de revue laten passeren. We beschrijven daarbij vier opties:

1. De gemeente gaat uit van de variant zoals die in de novemberbrief is beschreven.
2. De gemeente heft geen eigen bijdragen.
3. De gemeente kiest voor een tussenvariant en heft alleen een eigen bijdrage boven 120% van het relevant sociaal minimum.
4. Er worden alleen PGB's of vouchers aangeboden onder de kostprijs met de mogelijkheid tot declaratie tot 100% achteraf.

4.1 Variant 1 'De kabinetslijn'

In het onderstaande schema beschrijven we de voornemens van het kabinet voor de grenzen waarbinnen de gemeenten beleidsvrijheid hebben.

Variabelen	Eigen bijdrage AWBZ/WMO
Maximale eigen bijdrage voor minima	€ 208 per jaar voor alleenstaanden € 293 per jaar voor meerpersoonshuishoudens
Startpunt inkomensafhankelijke bijdrage	Vanaf 120% van het relevant sociaal minimum (RSM)
Marginaal tarief	15% van het verzamelinkomen

Mensen die een minimuminkomen hebben betalen voor de extramurale AWBZ en de WMO tezamen nooit meer dan € 208,00 of € 293,00 per jaar. Deze maximale eigen bijdrage geldt dus voor inkomens tot 120% van het relevant sociaal minimum. Voor mensen met een inkomen boven dit sociaal minimum geldt dat zij van het meerdere inkomen maximaal 15% extra aan eigen bijdrage gaan betalen. Er is een beperking verbonden aan dit maximum (dus een maximaal maximum).

Het voordeel van deze variant is dat er redelijk wordt aangesloten bij de huidige systematiek van het bepalen van de eigen bijdrage in de AWBZ. Voor burgers die momenteel gebruik maken van AWBZ-zorg zijn er geen wezenlijk grote veranderingen. Gemeenten hebben bovendien altijd nog de

optie om de inning van de eigen bijdrage door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) te laten doen waardoor deze inning binnen één organisatie blijft. Het nadeel van deze variant is de vastgestelde regeling dat de eigen bijdrage voor de AWBZ preferent is boven eigen bijdrage in de WMO. Op het moment dat een burger naast WMO-ondersteuning ook AWBZ-zorg nodig heeft wordt een administratief proces in gang gezet. Daar is menskracht voor nodig. Het is de vraag of de inning van de eigen bijdrage door de huidige formatie opgevangen kan worden. Mocht dat niet het geval zijn en extra formatie noodzakelijk dan is het voor met name middelgrote en kleinere gemeenten nog maar zeer de vraag of de extra kosten in verhouding staat tot de binnenkomende eigen bijdragen.

4.2 **Variant 2 ‘Geen eigen bijdrage’**

Aan de andere zijde van het spectrum zou een gemeente dus kunnen kiezen voor het volledig afzien van het vragen van een eigen bijdrage voor huishoudelijke verzorging. Een van de redenen waarom een gemeente voor deze optie kan kiezen is dat de kosten wellicht niet of nauwelijks opwegen tegen de baten. Men hoeft geen systeem op te tuigen om de hoogte van de eigen bijdrage te bepalen en men hoeft geen verrekeringen plaats te laten vinden op het moment dat burgers alsnog gebruik zouden maken van de AWBZ-zorg (eigen bijdrage AWBZ is zoals gezegd preferent boven eigen bijdrage WMO).

Variabelen	Eigen bijdrage AWBZ/WMO
100 – 120 % van het relevant sociaal minimum (rsm)	Geen eigen bijdrage
Startpunt inkomensafhankelijke bijdrage (< 120% rsm)	Geen eigen bijdrage

Het nadeel is dat men de inkomsten uit eigen bijdragen niet heeft en men dit begrotingstechnisch moet opvangen. De middelen die een gemeente namelijk ontvangt voor de WMO zijn AWBZ-bedragen minus de eigen bijdrage AWBZ. Er wordt van uitgegaan dat gemeenten een deel van de eigen bijdrage binnenhaalt. In deze variant is dat echter niet aan de orde.

4.3 **Variant 3 ‘Lage inkomens betalen geen eigen bijdrage’**

Er is ook een tussenvariant mogelijk. Een gemeente heeft namelijk de mogelijkheid om binnen de randvoorwaarden die het kabinet heeft gesteld de laagste inkomens te vrijwaarden van het betalen van een eigen bijdrage. Alleen degene die een inkomen heeft dat hoger ligt dan 120% van het relevant sociaal minimum betaalt een eigen bijdrage van 15% van dit verzamelinkomen tot een maximum van € 6.867,00. Het principe van deze variant is dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Mensen die zich toch al vaak in een kwetsbare (financiële) positie bevinden worden niet verder financieel en administratief belast. Voor een gemeente betekent dat deze variant vraagt om een inkomenstoets en een systeem om de eigen bijdrage vast te stellen en te innen. Wellicht dat deze variant extra administratieve handelingen vraagt.

Schematisch ziet deze variant er als volgt uit:

Variabelen	Eigen bijdrage AWBZ/WMO
100 – 120 % van het relevant sociaal minimum (rsm)	Geen eigen bijdrage
Startpunt inkomensafhankelijke bijdrage (< 120% rsm)	15% van het verzamelinkomen tot maximaal € 6.867,00

4.4 Variant 4 'Huishoudelijke verzorging in PGB's of Vouchers'

Tot slot een vierde variant. In deze variant opteert de gemeente voor het individualiseren van de inkoop van de huishoudelijke verzorging. Burgers met een indicatie voor huishoudelijke verzorging krijgen een persoons gebonden budget (PGB) of een voucher waarmee zij zelf zorg kunnen inkopen bij een aantal zorgaanbieders. Men is zelf de regisseur over de inkoop. Met een voucher kan de burger terecht bij een aantal zorgaanbieders waarmee de gemeente een contract heeft afgesloten.

Men vraagt dus als gemeente geen eigen bijdrage aan de burger maar men biedt de burgers huishoudelijke verzorging aan via een PGB of voucher voor een bedrag onder de ingekochte kostprijs. De burger zal het verschil zelf moeten bijleggen afhankelijk van de prijs die men betaalt voor de door burgers ingekochte huishoudelijke verzorging. Burgers met een laag inkomen kunnen het verschil wel achteraf declareren tot 100% van de kostprijs.

In het onderstaande schema wordt een voorbeeld gegeven van de verschillende varianten.

Inkomen RSM	Uren	PGB	Extra tegemoetkoming
100%	3	85% van de kostprijs	Mogelijkheid tot declaratie achteraf tot max. 100%
100% – 120%	3	75% van de kostprijs	Mogelijkheid tot declaratie achteraf tot max. 100%
120% 150%	3	50% van de kostprijs	Mogelijkheid tot declaratie achteraf tot max. 100%
> 150%	3	0 % of 50% van de kostprijs	Geen mogelijkheid tot declaratie achteraf tot maximaal 100%

In deze variant beslaat een PGB slechts 50-85% van de kostprijstarieven voor huishoudelijke verzorging. Mensen met een laag inkomen hebben de mogelijkheid om een tegemoetkoming te krijgen van de werkelijk gemaakte kosten tot 100% van de kostprijs. Dit geldt alleen als zij het volledige bedrag hebben besteed aan huishoudelijke verzorging.

Vangnetsysteem mogelijk?

Indien bij de toegang tot de WMO gekozen wordt voor een afbakening in de vorm van het instellen van een inkomensgrens op basis van de randvoorwaarden die het kabinet heeft gesteld, is het wellicht zinvol om nader te verkennen of een vangnetsysteem op basis van financiële draagkracht ingebouwd kan worden. Het bepalen van een financiële draagkracht kan van belang zijn bij de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage. Hoe hoger de draagkracht des te lager de financiële tegemoetkoming. Anders gezegd: hoe hoger de financiële draagkracht hoe hoger de eigen bijdrage. Of deze optie wettelijk gezien is toegestaan zal nader uitgezocht gaan worden.

Tot slot,

De Vereniging Nederlandse Gemeenten is van mening dat de systematiek voor het vaststellen en innen van de eigen bijdrage veel bureaucratie zal gaan veroorzaken. De VNG pleit voor overheveling van het WMO-budget zonder korting voor de opbrengst van de te heffen eigen bijdragen. De eigen bijdragen dienen uit efficiency overwegingen te worden geheven door het CAK.

5 Beschouwing

Een van de meest complexe onderdelen in de WMO waarmee gemeenten in aanraking komen is het vraagstuk van de toegangsbeoordeling. Gemeenten staan voor de belangrijke afweging of zij kiezen om de bestaande toegangspoorten in de AWBZ en WVG te handhaven, enigszins aan te passen of opnieuw in te richten maar dan volgens de basisfilosofie van de WMO. Daarnaast zal goed nagedacht moeten worden vanuit welk perspectief de toegangsbeoordeling wordt ingericht. Kiest men voor een cliëntvriendelijke benadering waarin keuzevrijheid centraal staat of legt men meer nadruk op de voor de gemeente belangrijke beheersmatige aspecten van de toegangsbeoordeling? Of gaan beide wellicht hand in hand?

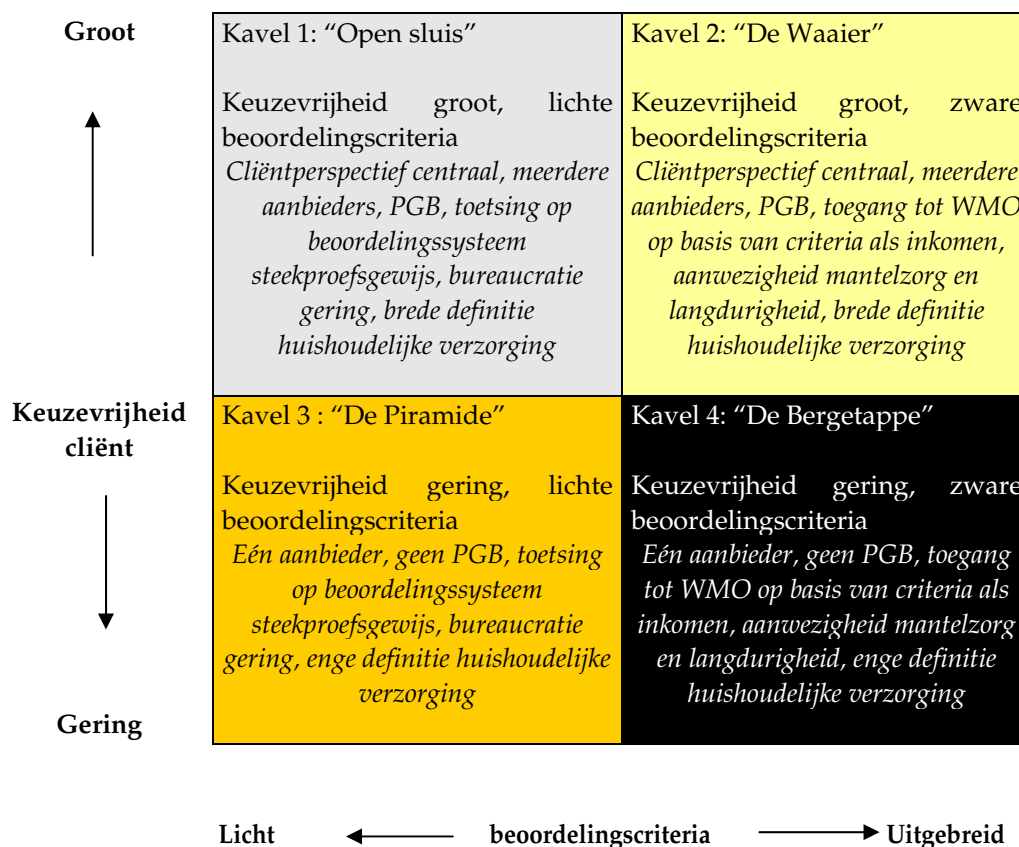
In de vorige hoofdstukken hebben we een beeld geschetst van de huishoudelijke verzorging in de huidige AWBZ ten opzichte van de mogelijkheden die er in de WMO zijn voor gemeenten. We hebben verschillende mogelijke varianten van de toegangsbeoordeling beschreven. De conceptwettekst van de WMO geeft een ruime beleidsvrijheid aan gemeenten om op lokaal niveau invulling te geven aan de keuzevrijheid van cliënten, de beheersmatige beleidsinstrumenten en de wijze waarop de toegangsbeoordeling wordt vastgesteld. In dit beschouwende hoofdstuk gaan we nader in op de belangrijkste afwegingen waarmee een gemeente te maken zal krijgen als het vorm en inhoud gaat geven aan de toegangsbeoordeling tot de WMO.

Eerst enkele principiële vragen stellen...

Gemeenten zullen in het kader van de WMO vooraf een aantal principiële vragen moeten stellen en beantwoorden. Een grote beleidsvrijheid voor de lokale overheid zoals dit kabinet voor ogen heeft betekent ook dat het bestaande beleid herijkt dient te worden. Dit zal onder andere betekenen dat het huidige voorzieningenaanbod in de WVG en Welzijnsbeleid ter discussie zal staan. Als het uitgangspunt is dat burgers in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor het zoeken naar oplossingen voor ondersteuningsvragen voordat een beroep wordt gedaan op voorliggende voorzieningen van een gemeente, dan heeft dit consequenties voor het aanbod van deze voorliggende voorzieningen. Concreet: waarom zou een gemeente een rollator als voorziening moeten aanbieden aan burgers als zij een rollator op een eenvoudige wijze en voor een goede prijs bij elke bouwmarkt of op marktplaats.nl kunnen verkrijgen? Hetzelfde geldt voor de verhoogde toiletpotten en de steunbeugels voor bij de douche of toilet. Gemeenten zullen dan ook kritisch moeten beoordelen welke bijdrage zij van een burger mogen verwachten als het om ondersteunende voorzieningen gaat. Dat is overigens een lastige discussie omdat burgers dergelijke voorzieningen vaak als een 'recht' zijn gaan beschouwen. Men ervaart een afbouw van dergelijke voorzieningen als 'afbraak'. De discussie zal ook moeten gaan over voorzieningen die buiten elke discussie zouden moeten vallen zoals een individuele elektrische rolstoel bijvoorbeeld.

Tussen keuzevrijheid en beoordelingscriteria...

Als we de vorige hoofdstukken verbinden met elkaar en nader analyseren dan zien we dat er op hoofdlijnen vier mogelijke kavels ontstaan waarin gevarieerd wordt met de mate van keuzevrijheid van burgers en de invulling van de beoordelingscriteria. Wij hebben deze kavels in de onderstaande tabel weergegeven. We zijn ons bewust dat er naast deze vier varianten nog talrijke tussenvarianten mogelijk zijn. Het beschrijven van deze varianten is echter bedoeld om op hoofdlijnen inzicht te geven in de mogelijkheden, de kernvragen en de consequenties die daarbij horen.



In het bovenstaande vierkant zijn vier kavels ingetekend. Elke kavel kent een andere variatie van de mate van keuzevrijheid en de weging van beoordelingscriteria. Op de x-as staan de twee uitersten beschreven van de invulling van de beoordelingscriteria: van een lichte tot een zware toetsing. Op de y-as staat de mate van keuzevrijheid van de cliënt beschreven: van een grote mate van keuzevrijheid tot een geringe keuzevrijheid. De kavels hebben allen een bijpassende naam gekregen. In het onderstaande gedeelte wordt een uitleg gegeven van de inhoud van de vier kavels.

Kavel 1: Open sluis



In deze kavel heeft de burger een grote mate van keuzevrijheid en zijn de beoordelingscriteria licht. De gemeente heeft ervoor gekozen om een brede definitie van huishoudelijke verzorging te hanteren. Dit houdt in dat er zowel huishoudelijke verzorging, gezinsondersteuning als hulp bij het organiseren van het huishouden onderdeel uitmaken van deze definitie. Daarnaast kiest men ervoor om geen groepen burgers uit te sluiten voor huishoudelijke verzorging op basis van de inzet van het sociale netwerk. De wijze van toegangsbeoordeling kan als licht worden beschouwd. Er vinden geen uitgebreide indicatieprocedures plaats waarin de inbreng van het sociale netwerk en 'gebruikelijke zorg' als maatstaf gelden voor de bepaling van de omvang van de huishoudelijke verzorging. De gemeente laat achteraf steekproefsgewijs toetsen of het uitgezette beleid efficiënt en rechtmatig is. Het beperken van de bureaucratische handelingen is een belangrijk aspect in deze kavel. De burgers hebben een ruime keuze uit zorgaanbieders of een persoonsgebonden budget.

De kavel is genoemd 'Open sluis'. Daarmee wordt bedoeld dat de gemeente de richting bepaald om naar de sluis te kunnen varen (= beleidslijnen van de WMO). Bij de open sluis (= lokaal loket) aangekomen zijn er weinig belemmeringen om door te kunnen varen (= lichte beoordelingscriteria). Vervolgens kan men zelf bepalen welke richting men op wil varen (= keuze zorgaanbieder of PGB).

Kavel 2: De Waaier



Een grote mate van keuzevrijheid en een uitgebreide beoordelingstoets vormen de kern van deze tweede kavel. Deze kavel heeft de naam 'De Waaier' meegekregen. Deze naam symboliseert het uitgangspunt dat nadat een burger de uitgebreide beoordelingscriteria is gepasseerd hij een scala aan keuzemogelijkheden heeft uit professionele aanbieders of een persoonsgebonden budget. De gemeente heeft een uitgebreide set aan beoordelingscriteria ontwikkeld. Men heeft kritisch naar de huidige AWBZ-definitie van huishoudelijke verzorging gekeken en men heeft in het licht van een breed aanbod van diensten gekozen voor de definitie in brede zin. Een ander facet van deze criteria kan zijn dat er getoetst wordt op het inkomen van een burger om de eigen bijdrage maximaal te kunnen bepalen. Ook kan er bekeken worden welk potentieel aanwezig is binnen het gezin of in het sociale netwerk van de burger dat ingezet kan worden ten behoeve van de huishoudelijke verzorging. Een ander beoordelingscriterium kan de zwaarte van de huishoudelijke verzorging zijn en de tijdsduur. Gemeenten kunnen in deze kavel ervoor kiezen om, nadat de zorgplicht is opgeheven, bijvoorbeeld alle huishoudelijke verzorging die korter dan vier weken duurt niet te vergoeden. Op het moment dat de burger het gehele toetsingstraject heeft doorlopen en in aanmerking komt voor huishoudelijke verzorging vanuit de WMO dan heeft deze burger de vrijheid om zelf te bepalen door wie deze zorg wordt geleverd al dan niet via een PGB.

Kavel 3: De Piramide



Kenmerkend voor deze kavel, De Piramide, is het uitgangspunt dat er een lichte beoordelingstoets is die de toegang tot de WMO-voorzieningen bepaald, maar dat daarbij de gemeente heeft vastgelegd welke zorgaanbieder de huishoudelijke verzorging mag bieden. De keuzevrijheid voor de cliënt is daarbij in de uiterste situatie afwezig. De gemeente heeft namelijk, al dan niet via een aanbestedingsprocedure, de opdracht gegund aan de zorgaanbieder die de economisch gunstigste aanbieding heeft neergelegd. Daar waar men iets meer keuzevrijheden voor de cliënt in wil bouwen kan gedacht worden aan de keuze uit twee zorgaanbieders of het vouchersysteem. Met vouchers wordt bedoeld dat cliënten een voucher als toegangsbewijs kunnen inleveren bij vooraf gecontracteerde aanbieders van huishoudelijke verzorging.

In deze kavel wordt bij de toegangsbeoordeling niet gekeken naar het inkomen van de burger, de aanwezigheid van mantelzorgers of de inbreng vanuit het sociale netwerk. Bovendien hanteert men een enge definitie van huishoudelijk zorg. Door lichte beoordelingscriteria op te stellen probeert de gemeente de bureaucratische handelingen zoveel mogelijk te reduceren. Men toetst achteraf steekproefsgewijs op efficiency en rechtmatigheid.

Kavel 4: De Bergetappe



De Bergetappe. Eenvoudig is het niet om die zware berg te beklimmen. Maar andere keuzes heb je niet. Je kunt alleen maar die weg volgen zoals die is aangegeven. Zijpaden zijn er niet... Zo zou je deze laatste kavel in de uiterste vorm het beste kunnen typeren. Er is een uitgebreid systeem van toegangsbeoordeling voor de WMO opgezet met kenmerken als inkomenstoets om de maximale eigen bijdrage te bepalen, de aanwezigheid van mantelzorg, en kortdurende huishoudelijke verzorging wordt niet vergoed als de zorgplichttermijn is afgelopen. De gemeente heeft gesleuteld aan de huidige definitie van huishoudelijke verzorging en heeft een enge definitie van deze voorziening in de WMO geïntroduceerd. Het is dus niet zo eenvoudig om in aanmerking te komen voor huishoudelijke verzorging in de WMO. Daar waar iemand de procedure met succes heeft doorlopen zal deze merken dat er geen keuzevrijheid is in wie de huishoudelijke verzorging mag leveren. De gemeente heeft zaken gedaan met slechts een aanbieder van huishoudelijke verzorging. Zijpaden zijn er niet...

Varieer binnen de kavels

We hebben in de vier kavels de uiterste situaties beschreven. Uiteraard is het mogelijk om binnen de verschillende kavels te schuiven met de mate van keuzevrijheid en de beoordelingscriteria. Zo is het zeer goed denkbaar dat bijvoorbeeld in kavel 3 'De Piramide' de keuzevrijheid van de cliënt versterkt wordt door uit vier of vijf preferente zorgaanbieders te kiezen.

Een ander uitgangspunt is om de kortdurende en goedkopere aanvragen voor huishoudelijke verzorging af te handelen op een lichte en eenvoudige manier aan het lokale loket. De loketmedewerkers dragen er naast de vraagverkenning en vraagverheldering ook zorg voor dat de omvang van deze lichte huishoudelijke verzorging ook vastgesteld wordt. De cliënt kan vervolgens met het toegangsbewijs een beroep doen op een aanbieder.

Voor de meer complexere vormen van huishoudelijke verzorging zou de gemeente bij gebrek aan aanwezige expertise een beroep kunnen doen op de daarvoor geëigende organisaties zoals de thuiszorg of het CIZ. Men besteedt deze complexere aanvragen dus uit.

Huishoudelijke verzorging en Alfahulp: bouw garanties in...

We willen ook nog enkele woorden wijden aan de inkoop van huishoudelijke verzorging via de thuiszorgorganisaties. In de huidige organisatie van de huishoudelijke verzorging in de AWBZ bepalen thuiszorgorganisatie de inzet van alfa hulpen op basis van een aantal criteria. Alfahulpen zijn niet in dienst van de thuiszorgorganisatie maar werken als een soort freelancer voor de thuiszorgorganisaties. Alfahulpen hebben op onderdelen ook een apart belastingregime. Alfahulpen zijn qua uurtarief goedkoper dan een thuiszorgmedewerker niveau 1. Een alfahulp wordt ingezet daar waar de cliënt zelf als werkgever kan optreden. Bij ziekte of vakantie van de alfahulp staat echter niet direct een vervanger klaar. De huishoudelijke verzorging is als het ware uitstelbaar. Dat is eveneens een criterium om de inzet van alfa hulpen te bepalen. Op het moment dat een gemeente een bepaalde thuiszorgorganisatie kiest die de huishoudelijke verzorging binnen de gemeentegrenzen in het kader van de WMO mag leveren, dan doet de gemeente er verstandig aan om garanties in te bouwen voor de levering van huishoudelijke verzorging door alfa hulpen. Als een gemeente namelijk een adequaat systeem van toegangsbeoordeling heeft tot de huishoudelijke verzorging dan is dit systeem gebaseerd op de directe behoeften van burgers. Daar waar alfa hulpen door de gecontracteerde thuiszorgorganisatie worden ingezet zouden gemeenten dan ook garanties moeten inbouwen dat op het moment dat de alfahulp uitvalt er direct een vervanger geregeld wordt door de thuiszorgorganisatie.

Suggesties bij het opstellen van het aanbestedingsbeleid

Tot slot staan we stil bij het aanbestedingsbeleid. De vraag is of er onder de WMO moet worden aanbesteed. Als het gaat om voorzieningen van algemeen nut dan is het antwoord ontkennend. Maar huishoudelijke verzorging wordt als een specifieke dienst gezien en dient dus te worden aanbesteed. Diensten vallen onder Richtlijn 1 B van de Europese regels voor aanbesteden. Bij deze richtlijn is een drempelbedrag van € 200.000,- van toepassing. Boven dit bedrag moet aanbesteed worden. Dit kan een openbare aanbesteding zijn (selectie en offerte behandeling tegelijk) of een niet-openbare procedure (selectie en offertes apart). Onderhands aanbesteden door meerdere partijen uit te nodigen kan eventueel ook.

Kwaliteit van de te leveren huishoudelijke verzorging is een belangrijk onderdeel van de criteria waarop de uiteindelijke gunning gebaseerd zal zijn. Ook de prijsverhoudingen zullen een belangrijk item zijn. Gemeenten zullen dan ook een afweging moeten maken welke wegingsfactoren zij belangrijk vinden. Bij huishoudelijke verzorging kan men de volgende items opnemen in de aanbestedingscriteria¹⁰:

- Nederlands sprekende zorg hulpen
- Ervaring in de thuiszorg
- Ervaringen met specifieke doelgroepen

¹⁰ Deze items stelt bijvoorbeeld de gemeente Hoorn voor.

- Bekendheid met de regio/bereidheid om samen te werken met andere regionale instellingen
- Kwaliteit schoonmaak
- Signaleringsfunctie (melden als er mogelijk meer zorg of ondersteuning dan alleen HV nodig is)
- Kwaliteitsborging
- Zorg voor continuïteit
- Goede communicatie en informatievoorziening richting klant en opdrachtgever

Lijst van afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CTG/ZA	College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
PGB	Persoonsgebonden Budget
PON	Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant
RSM	Relevant Sociaal Minimum
SIP	Standaard Indicatie Protocol
SRE	Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten

Gebruikte literatuur en relevante websites

PON, (2005). De WMO en gemeenten. *Is de marktmeester de markt meester?* Tilburg, 2005.

PON, (2005). Mantelzorg in perspectief. *Brabantse gemeenten en lokaal beleid.* Tilburg, 2005.

College voor Zorgverzekeringen, (2004). *Functies & aanspraken in de AWBZ.* Amstelveen, 2004.

www.invoeringwmo.nl
- *Handreiking Huishoudelijke verzorging*

www.vng.nl

www.minvws.nl

www.ponbrabant.nl

www.wm brabant.nl

www.sre.nl

www.ciz.nl
- *Protocol gebruikelijke zorg 29 april 2005*
- *Protocol huishoudelijke verzorging 29 april 2005*