

Aan de leden van de commissie VWS van de Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Oosterhout, 10 december 2014

Kenmerk: JV/EVDB/141207-1

Betreft: AO Voortgang decentralisatie zorg 11 december 2014

Geachte leden,

Inleiding

Graag neemt BTN de vrijheid om u te informeren over ervaringen, knelpunten en aandachtspunten welke ons inziens op dit moment spelen met betrekking tot de transities in de domeinen Wmo, Zvw en Wlz. Daarbij willen we vooral benadrukken dat door intensieve en daadkrachtige inspanningen van alle partijen op vele niveaus bijna onmogelijk veel werk is verzet en voorbereidingen zijn getroffen. In merendeel van de gevallen zullen deze resulteren in een zo goed mogelijke overgang per 1 januari voor cliënten.

Dit neemt echter niet weg dat er wel degelijk aandachtspunten en knelpunten zijn. Voor een deel is daarbij, met betrekking tot het tijdpad, realiteitszin van belang en moeten er zo nodig tijdelijke, acceptabele bypasses worden afgesproken totdat deze knelpunten zijn opgelost. Voor een ander deel kan voortvarendheid en doelgerichtheid op een aantal thema's ervoor zorgen dat ook deze nog tijdig worden opgelost. Net als voor zorgorganisaties betekent dit voor Ministeries, ZBO's, verzekeraars en gemeenten en wellicht ook voor u dat soms lef getoond moet worden om te durven afwijken van gebruikelijke procedures en termijnen. De transformatie kan immers alleen doorgezet worden als ook een brede cultuurverandering plaats vindt!

We kunnen op dit moment wel al vaststellen dat op 1 januari niet alles direct goed zal gaan maar BTN is er van overtuigd dat de sector door flexibiliteit en innovativiteit veel op kan vangen. BTN ziet graag dat de bewindslieden het veld ook op deze manier bejegenen en faciliteren.

Hierbij spelen nog een aantal onderwerpen die volgens BTN van groot belang zijn. Deze zijn onderstaand per domein weergegeven.

Wmo - Innen Eigen Bijdrage

Veel gemeenten kiezen er voor om de hulp bij het huishouden niet als maatwerkvoorziening maar als algemene voorziening aan hun burgers aan te bieden. Vaak wordt hierbij dan ook als onderdeel van het tarief een Eigen Bijdrage geïntroduceerd. Dit staat nog los van een te vereffenen HHT. Gemeenten verplichten zorgaanbieders vaak deze Eigen Bijdrage te innen omdat het CAK hierin geen wettelijke taak meer heeft. De aanbieder krijgt in dit geval het contractueel afgesproken tarief met de Gemeente dus voor een deel van de Gemeente en

dus voor een deel uit de inning van de Eigen Bijdrage. Deze gang van zaken stuit op uiteenlopende en grote bezwaren:

- Voor cliënten ontstaat een verwarrende situatie; in veel gevallen moeten zij aan meerdere partijen een eigen bijdrage betalen. En ze hebben het beeld dat ze aan de zorgaanbieder moeten betalen terwijl het een heffing van de gemeente is.
- Een grote administratieve last waar geen enkele vergoeding tegenover staat en waar een instelling niet voor is ingericht;
- Het debiteurenrisico voor het innen wordt bij de zorgaanbieder neergelegd. Ook hiervoor geldt geen enkele dekking of compensatie;

Uit verkennend overleg met het CAK hebben wij begrepen dat ook daar de problematiek bekend is en de noodzaak onderkend wordt om te bezien of de huidige regelgeving rond het berekenen en innen van de Eigen Bijdrage per 1 januari aanpassing behoeft. Alles wijst erop dat een aanpassing van de reikwijdte naar ook algemene voorzieningen in het kader van de Wmo, niet alleen relatief eenvoudig inpasbaar en voor cliënten begrijpelijk is, maar ook de enige wijze is waarop het debiteurenrisico en de administratieve druk niet op aanbieders afgewend wordt. Daarnaast ontstaat ook zicht op het ongewenste effect van stapeling van Eigen Bijdragen op de doorgaans minder draagkrachtige cliënt. Mogelijk leidt deze invulling ook tot situaties waarbij instellingen of informatie van cliënten dient te beschikken die wettelijk verboden is.

BTN vraagt de staatssecretaris dit onbedoelde neveneffect op te lossen door de inning van de eigen bijdrage in overleg met VNG per direct bij het CAK te beleggen. Deze organisatie is hiervoor immers volledig op ingericht. Dat maakt dat instellingen zich bezig kunnen houden met hun kerntaak, het ondersteunen en faciliteren van cliënten.

Zvw

Binnen de Zvw speelt vooral de inkoopmacht van zorgverzekeraars. Voor de Zvw worden de resultaten van het inkoopproces inmiddels duidelijk. Een belangrijk signaal wat hieruit naar voren komt en waar BTN zich zorgen over maakt is de starre houding van de zorgverzekeraars. Ruim 80% van onze leden geeft aan dat er weinig tot geen ruimte voor onderhandeling was tijdens het inkoopproces. Zorgverzekeraars hebben een sterke inkoopmacht en daarmee weinig oog voor de lokale situatie en specifieke aanbieders. Binnen het transformatieproces waar we momenteel met alle partijen inzitten zouden juist de dialoog en samenwerking centraal moeten staan. In de praktijk blijkt dat verzekeraars veelal eenzijdig inkoop-eisen hebben gesteld.

BTN is daarentegen erg positief over de afspraken die gemaakt zijn op het gebied van bevoorschotting. BTN heeft hierover herhaaldelijk gepleit voor goede afspraken en is daarom blij dat dit door alle partijen is overgenomen en geland is in duidelijke afspraken. Daarnaast zijn er nog wel vragen rondom de rechtmatigheid van zorg op het moment dat niet alle informatie op een juiste manier kan worden vastgelegd en aangeleverd. Op dit moment is het veld hier hard mee bezig en lopen gesprekken met accountants om ook hierover duidelijke afspraken te maken zodat aanbieders achteraf niet voor verrassingen komen te staan.

BTN vraagt de bewindslieden aan bovenstaande onderwerpen de juiste aandacht te geven en waar nodig bij partijen aan te sturen om tijdig te komen tot werkbare afspraken.

Bekostigingsmodel wijkverpleging

Verder wil BTN graag aandacht vragen voor de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging. Om de transformatie succesvol te laten zijn dient dit bekostigingsmodel goed aan te sluiten op de nieuwe situatie. Hierbij zou een integrale,

resultaatgefinancierde bekostiging meest passend zijn. Binnen de nieuwe situatie is het belangrijk de verbinding te zoeken tussen het preventieve deel van de zorg, de professionele zorg die daadwerkelijk geleverd wordt en de resultaten die dit geheel opleveren. Hierbij hoort ook een andere manier van financiering waardoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars geprikkeld worden tot een andere manier van werken.

BTN vraagt de bewindslieden deze lijn over te nemen en sterk op toe te zien dat het (toekomstige) systeem en de financiering een echte omslag in de manier van werken niet in de weg zullen staan.

Wlz

BTN is blij met de mogelijkheden van een VPT en het nieuwe MPT die binnen de Wlz bij kunnen dragen aan de extramuralisering van de zorg. Op deze manier kan zorg altijd ingezet worden op een manier die voor de cliënt meest passend en wenselijk is. Wel wil BTN hier ook graag aandacht vragen voor de inkoopmacht van zorgkantoren. Hierbij willen wij wijzen op de specifieke casus van een van onze leden, Zorgorganisatie Riederborgh te Ridderkerk. Deze organisatie heeft, anticiperend op het gewijzigde beleid evenals de demografische ontwikkelingen in de omgeving, in augustus 2012 besloten 32 verzorgingshuisplaatsen om te bouwen naar verpleeghuisplaatsen PG. Het zorgkantoor (CZ) stond hier destijds, en nog steeds, positief tegenover. Deze capaciteitsmutatie zorgde voor een tijdelijk fors lagere omzet in 2014 doordat er minder plaatsen beschikbaar waren. Met het zorgkantoor is reeds in september 2013 afgesproken dat tijdelijk minder productie zou worden vergoed, maar dat dit in november 2014 weer zou worden hersteld zodat Riederborgh hier in 2015 geen gevolgen van zou ondervinden. Het zorgkantoor had dus toegezegd een uitzondering op het standaard beleid te maken zodat Riederborgh niet gedupeerd zou worden voor aanpassingen aan de behoeften van burgers. Nu blijkt dat het zorgkantoor afwijkt van deze eerder gemaakte afspraken. Hierbij verklaren zij de destijds gedane toezegging op basis van strikt juridische gronden buiten de orde. In een kort geding hierop volgend is het zorgkantoor hiermee in het gelijk gesteld. Dit neemt echter niet weg dat het zorgkantoor hierin ook een morele verplichting heeft en er ook gekeken dient te worden naar het maatschappelijk belang in deze zaak. Partijen zijn ons inziens gezamenlijk verantwoordelijk voor de gehele transitie. Hierin kan het niet zo zijn dat een kwalitatief goede zorgorganisatie die volgens het beoogde beleid zich aanpast aan de veranderende zorg hiervoor wordt gestraft.

BTN vraagt dan ook aan de bewindslieden om alert te zijn op dergelijke situaties en partijen indien nodig ook aan te spreken op hun verantwoordelijkheden.

Overige aandachtspunten

Tot slot zijn er nog een aantal meer algemene aandachtspunten die volgens BTN niet onopgemerkt mogen blijven:

- De vraag moet gesteld of de tot nu toe genomen maatregelen niet slechts uitstel is van de harde landing die als gevolg van de bezuinigingsslag onafwendbaar lijkt. Onzekerheden over 2015, zoals het resultaat en de gevolgen van de herindicaties, de gevolgen van de verwachte hoge(re) eigen bijdrage, het uiteindelijke effect van de HHT, gevolgen voor administratieve druk en het komend inkoopbeleid 2016 maakt dat aanbieders voorzichtig en behoudend gaan acteren. Wanneer deze cirkel niet wordt doorbroken zal de vereiste innovatie achterblijven en zal op termijn van transformatie geen sprake kunnen zijn.
- Aanbieders worden naast majeure wijzigingen in de sector ook nog eens geconfronteerd met wijzigingen op andere beleidsterreinen. Deze zijn soms conflicterend. Bijvoorbeeld de invoering van de Wet Werk en Zekerheid. Deze legt een rem op de mogelijkheden van een flexibele schil van personeel bij aanbieders terwijl in een tijd van onzekerheden juist een flexibele schil hard nodig is. Het advies van de commissie Kalsbeek inzake het

vermijden van alfahulpconstructies kan rekenen op een groot (maatschappelijk) draagvlak, maar gemeenten grijpen naar deze constructies om toch op enigerlei wijze Hulp bij het Huishouden te kunnen organiseren.

- De inrichting en infrastructuur m.b.t. informatie-uitwisseling en declaraties. Op alle domeinen vraagt de transitie grote aanpassingen op systemen en standaarden. Reeds is onderkend dat deze aanpassingen onmogelijk tijdig gerealiseerd kunnen worden en zijn ook bypasses gecreëerd. Het mag niet zo zijn dat cliënten en zorgorganisaties hierdoor tussen wal en schip gaan raken doordat zij bijvoorbeeld niet in zorg kunnen worden gemeld of dat de afhandeling van declaraties vertraging op loopt. Ook heerst er nog grote onduidelijkheid rond de effecten van de aanpassingen op de privacybeginselen
- Uit het afgelopen inkoopproces is gebleken dat zowel zorgverzekeraars als gemeenten tenderen naar een kleinere span of control en daardoor bij voorkeur grote partijen contracteren. Los van het feit dat hierdoor kleine, vaak flexibele en wendbare aanbieders eenvoudig niet aan bod komen, is het de vraag of dit niet in contradictie is met de gewenste focus op de lokale kracht en het zo dicht mogelijk naast de cliënt en burger staan. Kleine aanbieders proberen zich te handhaven door het vormen van samenwerkingsverbanden. Hierbij staan echter ook een aantal essentiële vraagstukken zoals de wijze van contractering, het hebben van een erkenning, mededinging, wijze van verantwoording en mogelijke BTW problematiek een echte oplossing in de weg.
- De landelijke informatievoorziening vanuit de overheid lijkt vooral ingestoken op de beoogde positieve effecten van de transitie op lange termijn. Hierdoor weten cliënten en burgers niet dat zij op korte termijn ook te maken kunnen krijgen met ingrijpende wijzigingen zoals het vervallen van de huidige zorg, het wijzigen van de huidige zorgaanbieder of een forse verhoging van de te betalen Eigen Bijdrage. Dit minder goede nieuws voor de korte termijn moet maar door de gemeente of de aanbieder worden gebracht. Communicatie vanuit de overheid over de korte termijn realiteit, zou de boodschap vanuit (zorg)professionals een stuk makkelijker maken en zou veel frustraties en ergernis bij cliënten kunnen voorkomen.
- Tot slot heeft de transitie tot gevolg dat er per 1 januari grote verschillen in voorzieningen en zorg per gemeente ontstaan. Het volledig schrappen van de HH bestaat dan naast de maatwerkvoorziening HH. Ook ontstaan er grote verschillen in hoogte van Eigen Bijdragen. De verwachting is dat deze verschillen na afloop van overgangsrechten en na herindicaties alleen maar toe zullen nemen. De vraag is tot welke hoogte deze ongelijkheid als rechtvaardig zullen worden beschouwd. Daarnaast betekenen de grote verschillen ook een grote toename van de administratieve druk en bureaucratie. Ieder contract kent afwijkende regels en procedures.

Over het algemeen kunnen we op dit moment voorzichtig de conclusie trekken dat we met elkaar een eind op de goede weg zijn maar dat we na 1 januari nog zeker niet klaar zijn. Sterker nog, naar verwachting zullen de grootste uitdagingen gedurende 2015 nog aangegaan moeten worden. BTN constateert dat het aantal ontslagen in de zorg op dit moment nog relatief beperkt is, dit deels als gevolg van nog vele onzekerheden en een vertraagd inkoopproces. Tevens zien wij, door de vele beleidswijzigingen die op later moment zijn doorgevoerd, nog geen garantie dat er binnen de afzonderlijke domeinen voldoende budget beschikbaar is om op een passende manier invulling te geven aan de zorgvraag in 2015. Bijzondere aandacht vragen we hierbij voor het ZVW domein.

Dit alles vraagt volgens BTN om een hele dikke vinger aan de pols, niet alleen voor de effecten in de afzonderlijke domeinen maar juist ook daar waar de domeinen elkaar raken en naadloos op elkaar aan zouden moeten sluiten.

Mocht u naar aanleiding van onze reactie nog vragen hebben, kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,
namens BTN

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' followed by a cursive 'C' and a horizontal line.

J.C. (Jan) Verschuren MBA
Bestuurder