ANALYSE BEGELEIDING

Gooi en Vechtstreek

WERKGROEP BEGELEIDING
Henke van der Heiden, beleidsadviseur, gemeente Bussum
Marlies van der Linden, beleidsadviseur, gemeente Bussum
Nanda Scherrenberg, inkoopadviseur, ISGV
Marco van der Spek-Stikkelorum, inkoopadviseur, ISGV
Catja Vos, beleidsadviseur, BEL-combinatie
Theo Willems, beleidsadviseur, gemeente Weesp
Ria Zoetmulder, beleidsadviseur, gemeente Wijdemeren
Marjolijn Coucke, WWZ consultent, gemeente Hilversum
Jordy van Slooten, projectleider begeleiding, Gewest Gooi en Vechtstreek
Hans Uneken, projectleider begeleiding, Gewest Gooi en Vechtstreek

AFVAARDIGING WMO RADEN
In coproductie met een afvaardiging van de Wmo-raden uit de Gooi en Vechtstreek:
Rienk Harkema, Wmo raad Blaricum
Desiré Waringa, Beraad Naarden Bussum
Herman Drenth, Beraad Naarden Bussum
Heiltje Stuurwold, Wmo raad Hilversum
Petra Rottier, Wmo raad Huizen
Rob Vroom, Wmo raad Laren
Angelique van der Heiden, Wmo raad Laren
Martin Vredenduin, Wmo raad Wijdemeren
Marga de Haas, Wmo raad Wijdemeren
Peter Verdonk, Wmo raad Eemnes
Maarten Fresz, Wmo raad Weesp

Heeft u opmerkingen of vragen naar aanleiding van dit rapport?

Mail dan naar **begeleiding@gg-v.nl** of surf voor meer informatie over de regionale aanpak naar **http://www.gewestgooienvechtstreek.nl/begeleiding.aspx**

INHOUD

INLEIDING 4

LEESWIJZER 5

SCHEMA DECENTRALISATIE BEGELEIDING 6

SAMENVATTING 7

HOOFDSTUK 1 BEGELEIDING ONDER DE AWBZ 14

1.1 WAT IS BEGELEIDING? 14
1.2 WIE ONTVANGEN BEGELEIDING? 15
1.3 WIE LEVEREN BEGELEIDING? 16
1.4 WAT LEVEREN AANBIEDERS BEGELEIDING EN MET WELK BUDGET? 16
1.5 HOE KOMT BEGELEIDING TOT STAND? 20
1.6 HET KRACHTENVELD 21

HOOFDSTUK 2 KLANTEN EN BEGELEIDING 24

HOOFDSTUK 3 AANBIEDERS EN BEGELEIDING 26

HOOFDSTUK 4 SAMENHANG ANDERE TERREINEN 27

4.1 SAMENHANG MET WMO 27
4.2 SAMENHANG MET ANDERE AWBZ ZORG 27
4.3 SAMENHANG MET JEUGDZORG 27
4.4 SAMENHANG MET WET WERKEN NAAR VERMOGEN 27
4.5 SAMENHANG MET PASSEND ONDERWIJS 28

BRONNEN 30

BIJLAGE 1 VERKLARING AFKORTINGEN 31

BIJLAGE 2 KLANTPROFIELEN 32

BIJLAGE 3 KRACHTENVELD 37

BIJLAGE 4 CIJFERMATERIAAL 41

BIJLAGE 5 CIJFERS JEUGD 50

BIJLAGE 6 BEGELEIDING DAGACTIVITEITEN EN VERVOER 54

INLEIDING

Gemeenten krijgen met de verwachte overgang van de begeleiding en jeugdzorg nieuwe verantwoordelijkheden en taken. De veranderende omgeving op het gehele sociale domein vergt veel van inwoners, gemeenten en de markt. Er ontstaat een nieuw speelveld, waarbinnen gemeenten met inwoners keuzen moeten maken. De gemeenten in de Gooi en Vechtstreek pakken de decentralisaties gezamenlijk en in samenhang op. De gemeente Eemnes heeft zich rondom de begeleiding bij de regionale samenwerking aangesloten.

De decentralisatie van de begeleiding houdt in dat de AWBZ functies Begeleiding Groep (dagactiviteit), Begeleiding Individueel en Kortdurend Verblijf (logeeropvang/ vakantieopvang) een gemeentelijke taak worden onder de Wmo. Het uitgangspunt van de wetgever is dat klanten op lokaal niveau beter en goedkoper geholpen kunnen worden. De overgang van de AWBZ begeleiding pakken de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek (plus Eemnes) op vanuit de gezamenlijke visie waarin de vraag van inwoners centraal staat.

Met de vaststelling van de Voorjaarsnota 2012 heeft de Tweede Kamer besloten dat de overgang van de begeleiding van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2013 niet doorgaat. De Tweede Kamer heeft het onderwerp controversieel verklaard. Gevolg is dat de behandeling is uitgesteld totdat een nieuw Kabinet is aangetreden. Klanten, aanbieders en gemeenten zitten nu in een onzekere periode.

Begin juli hebben de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek (incl. Eemnes) besloten door te gaan met de gezamenlijke voorbereidingen op de overgang van de begeleiding naar gemeenten. In lijn met de Tweede Kamer en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten gaan de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek er vanuit dat een nieuw Kabinet de begeleiding zal overhevelen naar de gemeenten.

De overgang van de begeleiding is in de Gooi en Vechtstreek opgedeeld in drie fases:
1. Oriëntatiefase
2. Ontwikkelfase
3. Implementatiefase

Dit rapport is het eindproduct van de oriëntatiefase. Het rapport geeft weer hoe de begeleiding in de Gooi en Vechtstreek op dit moment is georganiseerd en is tevens richtinggevend voor de opzet en uitwerking van de ontwikkel- en implementatiefase. Gemeenten hebben klanten, aanbieders en andere partijen (zoals het Zorgkantoor, de stichting MEE, etc.) intensief betrokken bij de totstandkoming van de analyse.

BETROKKENHEID VAN KLANTEN, AANBIEDERS EN ANDERE PARTIJEN

1. 15 werkbezoeken bij aanbieders begeleiding (zowel pgb als zorg in natura) om te spreken met klanten en professionals uit de uitvoering.
2. Bijeenkomst met cliëntenraden van aanbieders begeleiding
3. Bijeenkomst met aanbieders begeleiding
4. Enquête onder klanten van de stichting MEE
5. Enquête onder aanbieders begeleiding
6. Bijeenkomsten met Wmo consulenten uit de regio Gooi en Vechtstreek
7. Bijeenkomst LOC Zeggenschap in Zorg
8. Bijeenkomst Psytakt / PakAan met klanten, aanbieders en gemeenten
9. Werkbezoek Zorgkantoor Agis

Een afvaardiging van de lokale Wmo raden in de Gooi en Vechtstreek heeft intensief meegeschreven en bijgedragen aan dit rapport.

LEESWIJZER

Voor u ligt de analyse van begeleiding in de Gooi en Vechtstreek. In het overzicht op pagina 5 ziet u de drie fases die de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek doorlopen. Een beschouwing van de belangrijkste zaken en resultaten van de oriëntatiefase vindt u in de samenvatting van dit rapport.

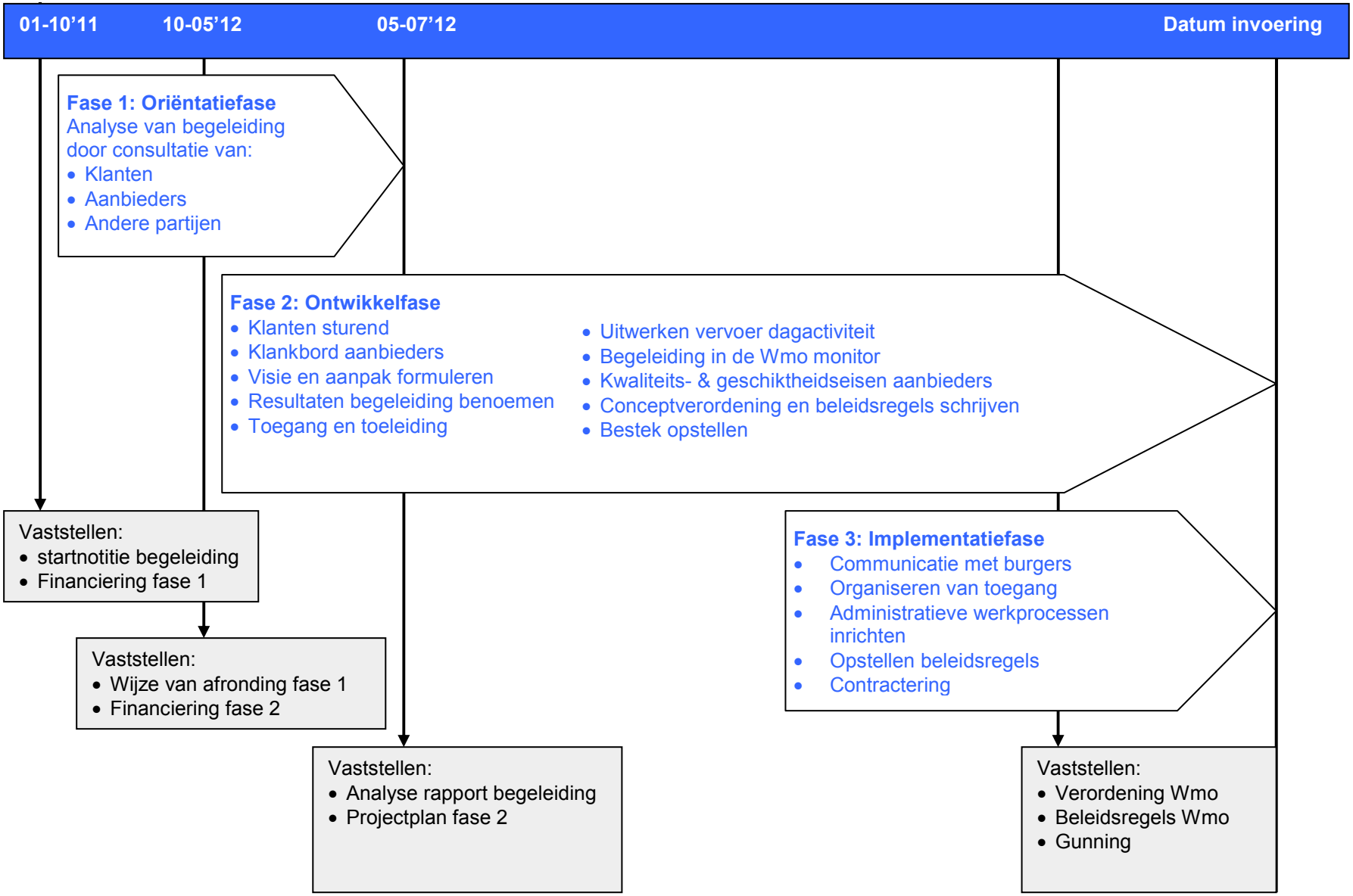
Hoofdstuk 1 begint met een uiteenzetting van de inhoud van begeleiding, de klanten die begeleiding ontvangen en de wijze waarop begeleiding tot stand komt. Het hoofdstuk eindigt met een krachtenveldanalyse.

In alle fasen van de regionale aanpak van de decentralisatie begeleiding worden drie perspectieven op begeleiding omschreven: het perspectief van de klant, de aanbieder en andere partijen. Dit is terug te vinden in de opbouw van dit rapport. Het klantperspectief vindt u terug in hoofdstuk 2 en het perspectief van aanbieders in hoofdstuk 3. Het perspectief van andere partijen is opgenomen in het geheel.

De samenhang van begeleiding met andere terreinen zoals jeugdzorg, werken naar vermogen (Wwnv) en passend onderwijs vindt u in hoofdstuk 4.

In bijlage 1 staan de verklaringen van alle gebruikte afkortingen. Een omschrijving van klantprofielen staat in bijlage 2 en een beschrijving van het krachtenveld in bijlage 3. Bijlage 4 en 5 bevatten cijfermateriaal. Bijlage 6 bevat een analyse over vervoer van en naar dagactiviteiten.

SCHEMA DECENTRALISATIE BEGELEIDING



SAMENVATTING

Wat is begeleiding?

Begeleiding is ondersteuning bij het dagelijks leven voor mensen met een chronische ziekte, ouderdomsaandoeningen, psychische aandoeningen of een verstandelijke, lichamelijk of zintuiglijke handicap. Het betreft persoonlijke ondersteuning bij praktische zaken, het bieden van structuur en het voeren van regie. Begeleiding is bedoeld voor mensen met matige of zware beperkingen op meerdere levensgebieden. Het heeft als doel het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid om opname in een instelling of verwaarlozing te voorkomen. Begeleiding kan afhankelijk van het doel op individuele basis of in groepsverband door een zorgverlener worden geboden. Begeleiding groep is voorliggend op begeleiding individueel als hetzelfde doel wordt beoogd.

Wie ontvangen begeleiding?

Begeleiding is beschikbaar voor mensen van alle leeftijden met alle soorten ziekten, stoornissen en aandoeningen. In onderstaande tabel staat een overzicht van de klantprofielen die het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) hanteert. Het betreft hier de dominante grondslag van een persoon. Deze indeling doet niet altijd recht aan de individuele situatie van een persoon. Mensen met meerdere handicaps of aandoeningen zijn bijvoorbeeld niet in één klantprofiel te plaatsen. Een voorbeeld hiervan zijn mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), kinderen met meervoudige (complexe) handicaps of mensen die palliatieve zorg nodig hebben.

Klantprofiel & leeftijd	Gooi & Vechtstreek + Eemnes	
Mensen met somatiek (0-64 jaar)	163	5,7%
Ouderen met somatiek (65-74 jaar)	92	3,2%
Ouderen met somatiek (75 plus)	280	9,8%
Ouderen met psychogeriatrie (65 plus)	241	8,4%
Volwassenen met psychiatrie	717	25,1%
Kinderen met psychiatrie	403	14,1%
Kinderen met een verstandelijke handicap	337	11,8%
Volwassenen met een verstandelijke handicap	363	12,7%
Mensen met een lichamelijke handicap	183	6,4%
Mensen met een zintuiglijke handicap	81	2,8%
Totaal	**2.860**	**100,0%**

Wie leveren begeleiding?

Er zijn meer dan 80 gecontracteerde AWBZ aanbieders in de Gooi en Vechtstreek die begeleiding bieden. Daarnaast zijn er meerdere aanbieders die zelf niet door het zorgkantoor zijn gecontracteerd voor zorg in natura, maar in onderaannemerschap zorg leveren. Tenslotte zijn er zelfstandigen en organisaties die begeleiding bieden via een pgb. De instellingen in de regio lopen uiteen van instellingen die aan 300 mensen begeleiding bieden voor bijna alle klantprofielen tot aan gespecialiseerde instellingen die aan enkele tientallen mensen van hetzelfde klantprofiel begeleiding bieden. Daarnaast zijn er veel kleinere instellingen die minder dan 20 mensen helpen. Doordat de Gooi en Vechtstreek nu reeds één zorgkantoor regio is, bieden veel instellingen begeleiding in de hele regio. Daarnaast zijn er ook landelijke organisaties actief binnen de regio die beperkt specialistische begeleiding aanbieden.

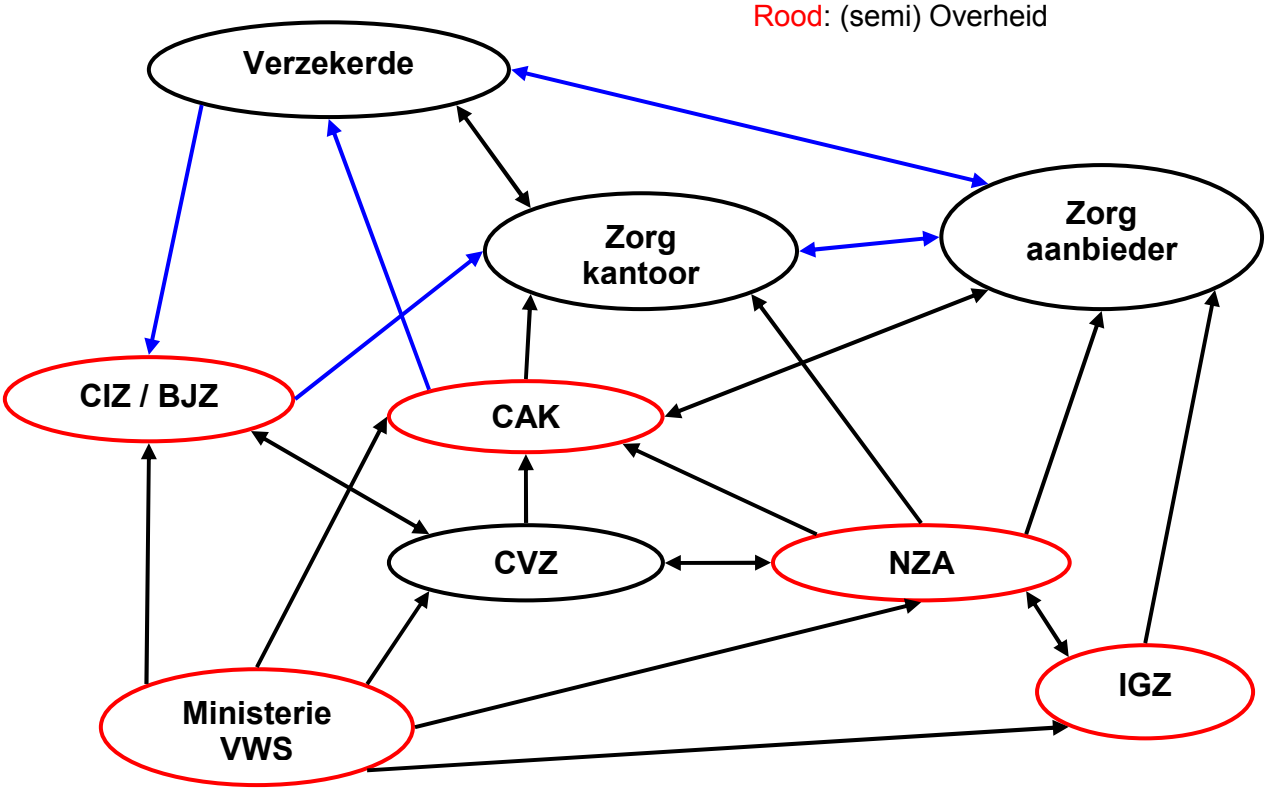
Hoe komt begeleiding tot stand?

Klanten (in de AWBZ verzekerden genoemd) doorlopen in de AWBZ een traject en hebben daarbij met een aantal partijen te maken. Het AWBZ traject en de betrokken organisaties zijn in het onderstaande figuur weergegeven.

Traject van de verzekerde in de AWBZ

Krachtenveld AWBZ

Blauw: Traject verzekerde in de AWBZ
Rood: (semi) Overheid



Cijfers en budget

Bij de grotere gemeenten zijn de geschatte budgetten betrouwbaarder dan bij de kleinere. Bij een kleine gemeente kan bijvoorbeeld een individuele klant met een grote zorgvraag relatief zwaar op het budget drukken. Wanneer deze klant geen zorg meer krijgt, door overlijden of doordat hij of zij naar een intramurale setting gaat, kan het budget relatief fors dalen.

Geschat Budget per gemeente	Aantal klanten 2011	Zorg in natura 2011	PGB 2011	Budget 2011
Blaricum	98	€ 644.000	€ 571.000	€ 1.213.000
Bussum	367	€ 3.174.000	€ 2.814.000	€ 5.988.000
Eemnes	72	€ 566.000	€ 502.000	€ 1.068.000
Hilversum	1.090	€ 7.381.000	€ 6.545.000	€ 13.926.000
Huizen	507	€ 3.593.000	€ 3.186.000	€ 6.778.000
Laren	134	€ 1.141.000	€ 1.012.000	€ 2.153.000
Muiden	38	€ 182.000	€ 161.000	€ 343.000
Naarden	152	€ 959.000	€ 851.000	€ 1.809.000
Weesp	199	€ 1.686.000	€ 1.495.000	€ 3.181.000
Wijdemeren (Schatting)	203	€ 1.977.000	€ 1.753.000	€ 3.730.000
Gooi & Vechtstreek plus Eemnes	**2.860**	**€ 21.303.000**	**€ 18.890.000**	**€ 40.189.000**

Opdrachten voor de ontwikkelfase

In de Gooi en Vechtstreek zijn de volgende uitgangspunten uit de regionale visie leidend:

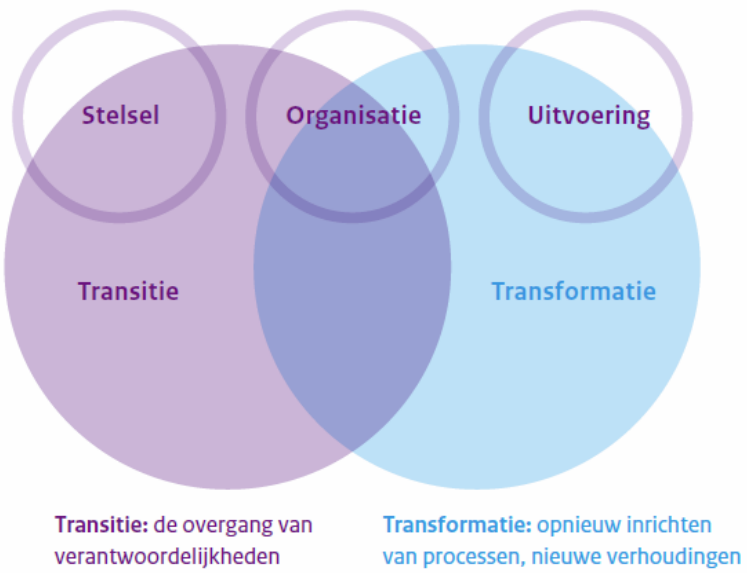
- De vraag van de klant staat centraal
- Maatwerk voor de klant met daarbij een passende financiering
- Eenvoud en overzicht voor de klant
- Streven naar een schokvrije overgang voor de klant
- Het resultaat is leidend, niet het aanbod
- Minder regels meer vertrouwen
- Ontschotting van regelingen en budgetten
- Transparantie van handelen

Beleidsontwikkeling en implementatie in fase 2 en 3

De uitgangspunten zijn vertaald naar opdrachten waaruit keuzes volgen (zie volgende pagina's). Gemeenten moeten in ontwikkelfase 2 besluiten over deze keuzes en werken de keuzes in implementatiefase 3 uit. Deze keuzes werken in de gehele organisatie van begeleiding door op drie niveaus:

- *Stelsel*: onder andere afspraken tussen bestuurslagen, budgetverdeling (systemen), wet- en regelgeving, besturing en toezicht (governance)
- *Organisatie*: onder andere effecten, strategie, sturing, interactie, inkoop en verantwoording
- *Uitvoering*: onder andere competenties, werkwijze, dienstverlening, interactie met burger/ klant[1].

Onderstaand schema geeft de relatie tussen de drie niveaus weer. De opdrachten zijn per niveau weergegeven. Bij deze vraagstukken worden de rollen van de klant, de gemeente, de aanbieder en andere partijen helder gemaakt. Het uitgangspunt daarbij is dat de klant sturend is bij de uitwerking van de opdrachten en de markt (aanbieders en andere partijen) een toetsende (klankbord) rol heeft.



Transitie betreft de overgang van verantwoordelijkheden. Hiervoor moet het nieuwe wettelijke kader worden vertaald en toegepast in het stelsel en de organisatie. De

[1] Ministerie VWS (2012) *Decentralisatie betekent transitie & transformatie*, p.7-9

transformatie betreft het opnieuw inrichten van processen en nieuwe verhoudingen. Het gaat hier om het handelen en uitvoeren vanuit de nieuwe wet.

0. ALGEMEEN / OVERKOEPELEND
Vormgeving sturing van de klant in fase 2 en 3
0.1 De eerste (instrumentele) onderzoeksopdracht die aan alle andere onderzoeksopdrachten voorafgaat, is de vraag hoe de gemeenten de sturing van de klant vormgeven in fase 2 en 3. Het gaat om sturing van de klant op 3 niveaus: tijdens de beleidsontwikkeling (fase 2), bij de operationalisering (fase 3) en tot slot als de Begeleiding een regulier onderdeel van de Wmo is geworden. Bij de uitwerking van het praktische sturingsmodel zal ruim gebruik worden gemaakt van de methoden en werkwijzen die in de regio al zijn ontwikkeld en/of gebruikt bij het centraal stellen van de vraag.

1. STELSEL
De wettelijke verantwoordelijkheid gaat naar de gemeente
1.1 Geen verzekerde aanspraken uit de AWBZ overnemen, maar direct Kantelen door een vraaggestuurde werkwijze voor de begeleiding te ontwikkelen. De kanteling kan omschreven worden als de overgang van *"het recht op zorg"* naar *"een plicht tot compensatie*", rekening houdend met het principe van "schokvrije overgang[2]".
1.2 Een gekanteld juridisch kader ontwikkelen.
1.3 Het krachtenveld van het primair proces inrichten. Hiervoor de keuze maken waar de vraagverheldering, toegang, toewijzing en declaratie komt te liggen. Het krachtenveld van het secundair proces inrichten. Hiervoor de keuze maken waar het marktmeesterschap, toezicht en kwaliteitsbewaking wordt belegd.
1.4 De verordening en beleidsregels maatschappelijke ondersteuning Gooi en Vechtstreek aanpassen aan het nieuwe compensatiedoel "*dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en het persoonlijk leven te structureren en daarover regie te voeren"* .
1.5 De verordening aanpassen aan de nieuwe artikelen in de Wmo over mantelzorgers, zodat ook mantelzorgers gecompenseerd kunnen worden. (meenemen bij discussie over gekantelde verordening)
1.6 Een 'schokvrije overgang' impliceert een groeimodel. De juridische eindigheid van een eventueel groeimodel (afbouw- en opbouwmodel) moet worden vastgelegd. Dit garandeert dat de verandering wordt bereikt.
1.7 De mandaten binnen het krachtenveld die nu in de AWBZ aanwezig zijn (en tegenkrachten vormen) binnen de gemeentelijke organisatie beleggen en organiseren of eventueel bij andere partijen (klant, aanbieder, cliëntondersteuners, etc.).
1.8 Een communicatieplan opstellen. Een communicatie traject uitvoeren op basis van het communicatieplan.

[2] Een schokvrije overgang gaat erom dat de overgang geleidelijk is en niet tot grote *ongewenste* veranderingen bij klanten leidt. Het principe van de schokvrije overgang betekent niet dat klanten niets zullen merken van de overgang.

2. ORGANISATIE

Het budget gaat naar de gemeente

2.1 Bepalen welke 'checks and balances' er nodig zijn om de begeleiding financieel beheersbaar (doelmatig en rechtmatig) te houden zonder onnodige bureaucratie te creëren. Hierbij zoeken naar een goede balans tussen lokale autonomie en regionale samenwerking. Onderwerpen die van belang zijn: (onafhankelijke) tariefsbepaling, doorvertaling van demografische en sociologische ontwikkelingen, regionale inkoop met persoonsvolgende budgetten, etc.

2.2 Mogelijkheden in kaart brengen om de korting van 10% tot 20% op het begeleidingsbudget te realiseren en aan de hand hiervan keuzes te maken voor verbeteringen die kostenefficiënt zijn, zodat goede begeleiding goedkoper kan worden verleend.[3]

2.3 Hierbij in ieder geval de volgende onderdelen onderzoeken:
- Besparing door aanpassing van de inhoudelijke voorwaarden.
- Besparing door vereenvoudiging van de organisatie van begeleiding.
- Besparing door (regionale) samenwerking op onderdelen.

2.4 Op basis van de regionale inkoopvisie Wmo inkoopbeleid en contractering bepalen op basis van vraagprofielen, resultaten (compensatiedoelen) en participatie-activiteiten in plaats van op medische criteria (grondslagen) en aanbodprofielen. Hierbij in ieder geval de volgende onderdelen meenemen:
- Tot een kostprijs en tarieven van de diensten die vallen onder begeleiding komen.
- Maatwerk door middel van verschillende financieringsvormen (subsidie, ZIN, PGB, PVB)
- Langdurende dienstverleningsovereenkomst(en)
- Wijze van inkopen (subsidiëren, Europees aanbesteden/ bestuurlijk aanbesteden, etc.)
- Differentiatie in de markt (van schaal en aanbod van organisaties) om aan alle vragen tegemoet te kunnen komen
- Rechtsvorm van de onderneming / aanbieder (stichting, B.V., ZZP'er, etc.)

De administratieve organisatie en (in- en externe) controle gaan naar de gemeente

2.5 Ondersteuningspad (nu AWBZ traject van vraag naar levering en verantwoording) voor klant en aanbieder uitwerken. Daarbij de volgende opdrachten meenemen:
- Mogelijkheden in kaart brengen om de regeldruk bij klanten en aanbieders te verminderen en aan de hand hiervan keuzes maken.
- Mogelijkheden in kaart brengen om de 'schotten' tussen regelingen en budgetten (Wwnv, Jeugdzorg, passend onderwijs, etc.) weg te halen en aan de hand hiervan keuzes maken.

2.6 Onderzoeken welke regels er in de Wmo minimaal nodig zijn om kwalitatief goede begeleiding te realiseren en daarbij de relatie mee te nemen ten aanzien van AWBZ functies en Zvw aanspraken.

2.7 Speciaal aandacht voor vervoer naar dagactiviteiten. Een groeimodel voor vervoer naar dagactiviteiten is complex gezien het feit dat vervoer en dagactiviteiten gekoppelde voorzieningen zijn. Beide zijn ook betaalbaar doordat ze collectief zijn georganiseerd. Extra factor hierbij is dat de gemeente met de Wmo-taxi en het leerlingenvervoer ook collectieve vervoerssystemen heeft.

[3] De financiële consequenties van de decentralisatie worden verwacht in de meicirculaire van het gemeentefonds.

2.8 Gevolgen op het budgettair kader onderzoeken van overgang van grondslagen naar vraagprofielen en resultaatfinanciering.

2.9 Onderzoeken welke digitale administratie/ registratie systemen er nodig zijn om vraaggestuurd te werken met ontschotte budgetten.

2.10 Beschrijven en uitwerken van de werkprocessen en het voorbereiden van personeel op deze nieuwe werkprocessen. Het doel hierbij is deregulering en het efficiënter inrichten van de bedrijfsvoering.

De controle op de kwaliteit van de zorg gaat naar de gemeente

2.11 Mogelijkheden in kaart brengen om toezicht te houden op de kwaliteit van de begeleiding en om de kwaliteit van begeleiding te controleren en aan de hand hiervan keuzes maken.

2.12 Zicht krijgen op de (kwaliteit van) begeleiding die geleverd wordt door zelfstandigen via PGB en op ZIN geleverd door onderaannemers. Tevens zicht verkrijgen op het aantal onderaannemers en de verdeling van de onderaannemers over de aanbieders per grondslag.

2.13 Zicht krijgen op de geschiktheidseisen waaraan onderaannemers en zelfstandigen momenteel niet kunnen voldoen. Aan de hand van deze uitkomsten geschiktheidseisen opstellen waaraan leveranciers van begeleiding moeten voldoen om de verschillende vormen van begeleiding onder de Wmo te mogen leveren.

2.14 Daarnaast kwaliteitseisen formuleren inzake de kwaliteit van de dienstverlening zelf. De geschiktheidseisen betreffen eisen die worden gesteld aan de organisatie van de leveranciers, zoals omzeteisen, referenties, kwaliteitscertificaten, etc. De kwaliteitseisen aan de dienstverlening dienen in te gaan op de daadwerkelijke kwaliteit en beoogde resultaten in plaats van enkel op het proces.

2.15 Contractbeheer onderdeel maken van het kwaliteitsbeleid. Dit kan door het ontwikkelen van operationeel contractbeheer door de Wmo-monitor op klantniveau in te zetten. Dit moet gekoppeld zijn aan het tactisch en strategisch contractbeheer op aanbiedersniveau.

3. UITVOERING

De gemeente wordt verantwoordelijk voor het ondersteuningstraject van de klant

3.1 Bepalen hoe begeleiding onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid tot stand komt. Hiervoor de keuze maken waar de vraagverheldering, toegang en toewijzing komt te liggen.

3.2 Maatschappelijke arrangementen ontwikkelen voor het gehele sociale domein (Passend onderwijs, Wwnv, Jeugdzorg, Wmo en Gezondheidszorg) met een omslag van een indeling op basis van wettelijke regelingen en doelgroepen (gebaseerd op grondslagen en beperkingen) naar een indeling op gebaseerd op behoeften en mogelijkheden (waarbij vragen gebundeld kunnen worden in vraagprofielen).

3.3 En/ of een indeling op basis van het levensloopmodel (opgroeiende kind, werkende mens, ouderwordende mens). De compensatieplicht in de Wmo is het uitgangspunt van de bovenstaande nieuwe indelingen en bij de levering van ondersteuning staat het resultaat van deze compensatie hierbij voorop.

3.4 Medische kanten van begeleiding uit de compensatieplicht halen en daarin afstemmen met Zvw en AWBZ.

3.5 De verantwoording van de ondersteuning bepalen. Uitwerken tegen welke geschiktheidseisen en/ of kwaliteitseisen aanbieders begeleiding mogen leveren. Per financieringsvorm (subsidie, ZIN, PGB, PVB) kunnen verschillende eisen en tarieven uitwerken. Prikkels van de financieringsvormen op klanten en aanbieders moeten hierbij inzichtelijk worden gemaakt.

3.6 Mogelijkheden in kaart brengen hoe ervaringdeskundigheid kan worden ingezet binnen het sociale domein en aan de hand hiervan keuzes maken.

3.7 Uitbreiden van de kennis van de doelen en activiteiten van begeleiding.

3.8 Uitbreiden van de kennis van de behoeften en beperkingen van de klanten die een beroep doen op begeleiding.

3.9 Uitbreiden van de kennis van de sociale kaart en het netwerk.

3.10 Kijken hoe ervaringdeskundigen kunnen worden in gezet om lotgenoten hun beperkingen te leren accepteren en ze handvaten te geven hoe hier mee om te gaan. Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen de gemeente informeren over de behoeften van mensen met een beperking.

HOOFDSTUK 1 BEGELEIDING ONDER DE AWBZ

1.1 Wat is begeleiding?

Begeleiding is een functie binnen de AWBZ waarmee bij vele aspecten van iemands leven activiteiten worden aangeboden en ondersteuning wordt geboden. De omschrijving hieronder is een algemene omschrijving die kan verschillen met de dagelijkse praktijk. In de dagelijkse praktijk wordt aan de hand van de persoonlijke situatie gekeken wat er nodig is om iemand te laten functioneren.

De AWBZ-aanspraak begeleiding houdt in dat een instelling activiteiten verleent aan verzekerden om verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen. Begeleiding is er op gericht de zelfredzaamheid van de verzekerde te handhaven of te bevorderen. De AWBZ dekt medische kosten die niet onder de Zorgverzekering vallen en die door bijna niemand op te brengen zijn.

AWBZ begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

1. de sociale redzaamheid;
2. het bewegen en verplaatsen;
3. het psychisch functioneren;
4. het geheugen en de oriëntatie;
5. of die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

Algemene doelstelling

Het doel van begeleiding is het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid teneinde opname of verwaarlozing te voorkomen. Het bestaat uit het bieden van praktische hulp, structuur en regie in de persoonlijke levenssfeer.

Vormen van begeleiding

1. Begeleiding individueel
   a. Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie.
   b. Het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid.
   c. Het bieden van toezicht.
   d. Oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handelingen die zelfredzaamheid tot doel hebben.

2. Begeleiding dagactiviteit
   a. het bieden van een dagprogramma met als doel al dan niet aangepaste vormen van arbeid (ook vrijwilligerswerk) of school te vervangen gedurende maximaal negen dagdelen per week.
   b. het bieden van activiteiten met als doel een andersoortige vorm van dagstructurering dan arbeid of school (denk aan 65-plussers of mensen zonder arbeidsverleden) en tevens zelfredzaamheid en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal negen dagdelen per week;
   c. toezicht in een instelling:
   d. als de verzekerde is aangewezen op begeleiding in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, dan omvat de zorg ook het vervoer naar en van de instelling wanneer dit medisch noodzakelijk is. Uitgangspunt bij het beoordelen van de ‘medisch noodzakelijkheid’, is het gebrek aan zelfredzaamheid van de verzekerde.

Kortdurend verblijf

Kortdurend verblijf omvat logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien de verzekerde aangewezen is op permanent toezicht. Op kortdurend verblijf bestaat slechts aanspraak indien ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzekerde levert, noodzakelijk is. Kortdurend verblijf is te karakteriseren als logeren ter aanvulling op het wonen in de thuissituatie en niet als wonen in een instelling voor het grootste deel van de week[4].

1.2 Wie ontvangen begeleiding?

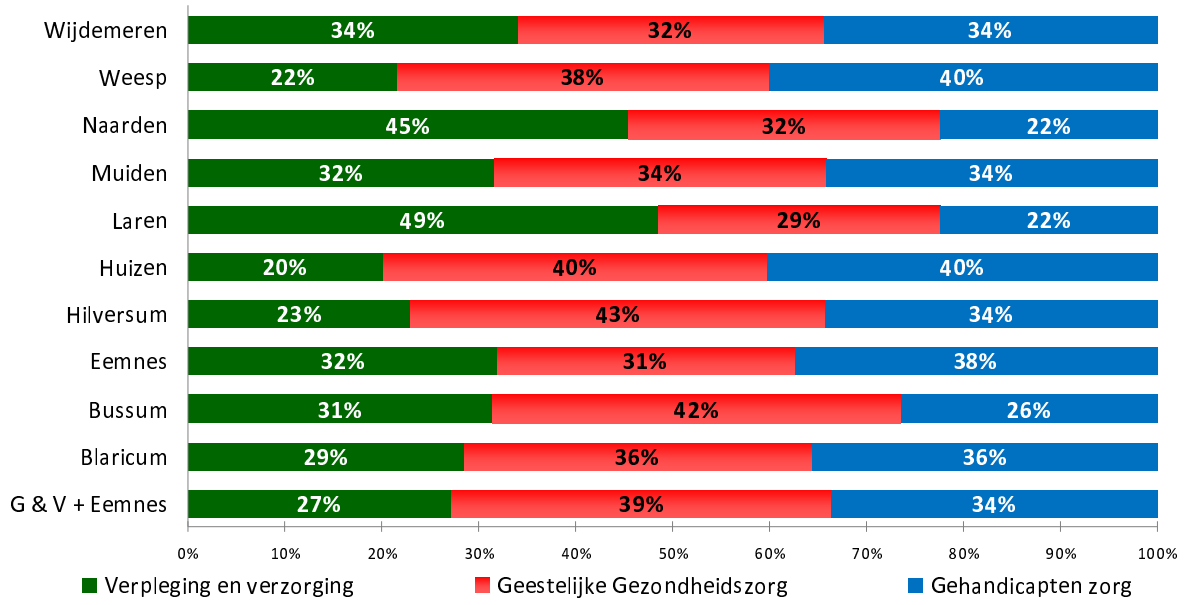
Begeleiding is beschikbaar voor mensen van alle leeftijden met alle soorten ziekten, stoornissen een aandoeningen. In onderstaande tabel staat een overzicht van de klantprofielen die door het CIZ worden gehanteerd. Het betreft hier de dominante grondslag van een persoon. Deze indeling doet niet altijd recht aan de individueel situatie van een persoon. Mensen met meerdere handicaps zijn bijvoorbeeld moeilijk in een klantprofiel te plaatsen.[5]

Klantprofiel & leeftijd	Gooi & Vechtstreek + Eemnes		Sector
Mensen met somatiek (0-64 jaar)	163	5,70%	Verpleging en Verzorging (V&V)
Ouderen met somatiek (65-74 jaar)	92	3,20%	
Ouderen met somatiek (75 plus)	280	9,80%	
Ouderen met psychogeriatrie (65 plus)	241	8,40%	
Volwassenen met psychiatrie	717	25,10%	Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
Kinderen met psychiatrie	403	14,10%	
Kinderen met een verstandelijke handicap	337	11,80%	GehandicaptenZorg (GZ)
Volwassenen met een verstandelijke handicap	363	12,70%	
Mensen met een lichamelijke handicap	183	6,40%	
Mensen met een zintuiglijke handicap	81	2,80%	
Totaal	**2.860**	**100,00%**	Bron: CIZ; Zorgkantoor

In de tabel op de volgende pagina staan de verhoudingen tussen de verschillende sectoren per gemeente weergegeven. De tabel laat zien dat er grote verschillen bestaan. Zo valt 49% van de mensen met begeleiding in Laren en Muiden onder de Verpleging en Verzorging (V&V) ten opzichte van 27% in de regio. Hilversum (23%), Huizen (20%) en Weesp (22%) hebben een kleinere doelgroep V&V. Dit is te verklaren door het tempo van de vergrijzing in de gemeenten.

Het aantal mensen met Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) problematiek ligt in een aantal kleinere gemeenten lager dan in de rest van de gemeenten en de regio als geheel. De groep volwassenen in de GGZ is met meer dan 40% het hoogst in de drie grootste gemeenten Hilversum, Huizen en Bussum. Hoe groter de gemeente hoe groter de aantrekkingskracht is voor mensen in de psychiatrie. In alle gemeenten is het totale aandeel GGZ overal rond de 30% door het hoge aandeel van kinderen in de GGZ.

[4] CIZ indicatiewijzer 5.0 p. 187
[5] Zie bijlage 2 voor een uitgebreide omschrijving van de klantprofielen



In de Gehandicapten Zorg (GZ) zijn er ook verschillen te zien. Blaricum, Eemnes, Hilversum, Muiden en Wijdemeren zitten rond het regio gemiddelde van 34%. Huizen en Weesp zitten boven het gemiddelde met 40%. Laren (22%) , Naarden (22%) en Bussum (26%) zitten onder het gemiddelde. Binnen de verschillende klantprofielen van de GZ zijn de verschillen nog groter. Het aandeel volwassenen met een verstandelijke handicap is veel hoger dan het gemiddelde in Hilversum en Weesp. Blaricum, Bussum, Eemnes, Laren en Naarden liggen weer onder het gemiddelde. Bij de zintuiglijke gehandicapten zijn Huizen en Weesp de uitschieters naar boven. Dit is te verklaren door de aanwezigheid van visueel gehandicapten instituut Visio in de beide gemeenten.

1.3 Wie leveren begeleiding?

AWBZ toegelaten instellingen

Er zijn ongeveer 85 aanbieders die gecontracteerd zijn door het zorgkantoor. Er kunnen ook tussen AWBZ toegelaten instellingen ook samenwerkingsverbanden bestaan, zoals hoofd en onderaannemer constructies en combinatievorming.

Onderaannemers

Onderaannemers zijn aanbieders die zelf geen contract hebben met het zorgkantoor, maar wel in natura leveren binnen het contract van een gecontracteerde aanbieder. De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de onderaannemer en houdt daarom vaak een deel van het tarief in.

Zelfstandigen / particulieren (particulier via Pgb)

Er zijn veel kleine zelfstandigen die begeleiding leveren. Dit kunnen de ouders van een kind zijn die zichzelf in dienst nemen om in de begeleiding van het kind te voorzien, maar ook zijn er kleine ondernemers die inspelen op specifieke vragen.

1.4 Wat leveren aanbieders begeleiding en met welk budget?

Binnen de AWBZ zijn er 42 zorg in natura (ZIN) producten begeleiding, waarvan 19 dagactiviteiten voor volwassenen, 14 dagactiviteiten voor kinderen en 9 begeleiding individueel producten. Daarnaast zijn er twee producten kortdurend verblijf. De producten zijn ingedeeld naar klantprofiel en worden per sector (V&V, GGZ en GZ) ingekocht. Binnen de PGB zijn er vier producten: begeleiding individueel, begeleiding groep met en zonder vervoer en kortdurend verblijf.

Cijfers en budget

Geschat Budget per gemeente	Aantal klanten 2011	Zorg in natura 2011	PGB 2011	Budget 2011
Blaricum	98	€ 644.000	€ 571.000	€ 1.213.000
Bussum	367	€ 3.174.000	€ 2.814.000	€ 5.988.000
Eemnes	72	€ 566.000	€ 502.000	€ 1.068.000
Hilversum	1.090	€ 7.381.000	€ 6.545.000	€ 13.926.000
Huizen	507	€ 3.593.000	€ 3.186.000	€ 6.778.000
Laren	134	€ 1.141.000	€ 1.012.000	€ 2.153.000
Muiden	38	€ 182.000	€ 161.000	€ 343.000
Naarden	152	€ 959.000	€ 851.000	€ 1.809.000
Weesp	199	€ 1.686.000	€ 1.495.000	€ 3.181.000
Wijdemeren (Schatting)	203	€ 1.977.000	€ 1.753.000	€ 3.730.000
Gooi & Vechtstreek plus Eemnes	**2.860**	**€ 21.303.000**	**€ 18.890.000**	**€ 40.189.000**

Bron: CIZ, Zorgkantoor en CAK (2011)

Bij de grotere gemeenten zijn de geschatte budgetten betrouwbaarder dan bij de kleinere. Bij een kleine gemeente kan bijvoorbeeld een individuele klant met een grote zorgvraag relatief zwaar op het budget drukken. Wanneer deze klant geen zorg meer krijgt, door overlijden of doordat hij of zij naar een verblijf gaat, kan het budget relatief fors dalen. De genoemde NZa tarieven zijn maximale tarieven. Het zorgkantoor bepaald het tarief wat een instelling krijgt op basis van kwaliteitseisen die zij stellen. Een tarief van 70% van het Nza tarief is ongeveer de ondergrens.

Budget Begeleiding dagactiviteit in natura per product Bron: CAK, NZa (2011)

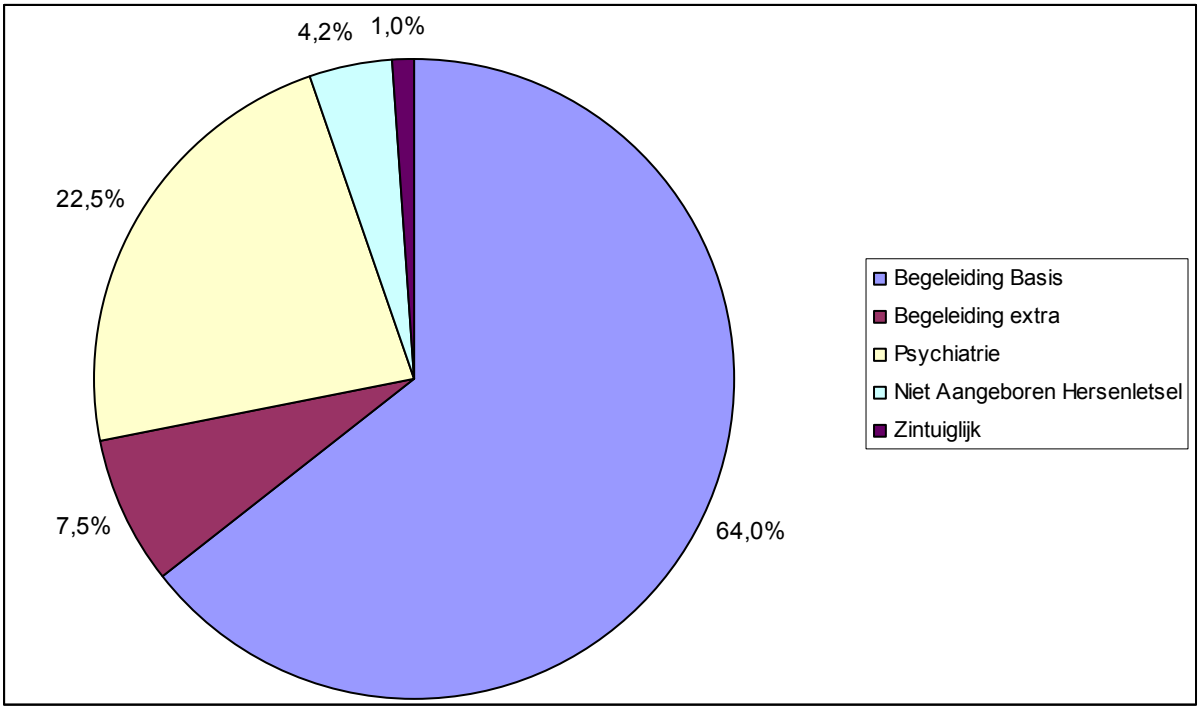
	Nza tarief 2011 *Per dagdeel van 4 uur*	Volume	Budgettair kader AWBZ (excl. vervoer)
Dagactiviteit kinderen (0 tot 18 jaar)			
Verstandelijk gehandicapt kind zwaar	€ 97,57	1,6%	€ 126.841
Dagactiviteit volwassenen (18 jaar en ouder)			
Basis	€ 34,53	13,7%	€ 1.115.342
Somatiek ondersteunend	€ 63,81	8,4%	€ 686.298
Somatiek revalidatie	€ 63,81	1,0%	€ 82.400
Psychogeriatrie	€ 63,81	36,9%	€ 2.995.709
Verstandelijk gehandicapt licht	€ 36,74	5,2%	€ 419.828
Verstandelijk gehandicapt midden	€ 46,51	16,4%	€ 1.335.829
Verstandelijk gehandicapt zwaar	€ 71,57	3,0%	€ 242.527
Lichamelijk gehandicapt midden	€ 53,08	2,4%	€ 191.831
Lichamelijk gehandicapt zwaar	€ 56,85	8,9%	€ 725.254
Zintuiglijk gehandicapt auditief licht	€ 47,85	0,1%	€ 6.221
Zintuiglijk gehandicapt visueel licht	€ 36,58	0,6%	€ 47.237
Zintuiglijk gehandicapt visueel zwaar	€ 45,53	0,4%	€ 35.104
Jong licht verstandelijk gehandicapt (18-23)	€ 121,87	0,0%	€ 1.760
Dagactiviteit langdurig zorg afhankelijk	€ 10,50 (p.u.)	1,4%	€ 110.865
Totaal Begeleiding Dagactiviteiten		**100,0%**	**€ 8.123.046**

Budget Begeleiding individueel in natura per product Bron: CAK, Nza (2011)

	Nza tarief 2011 *Per uur*	Volume	Budgettair kader AWBZ
Begeleiding individueel			
Begeleiding	€ 50,27	64,0%	€ 6.806.383
Begeleiding extra	€ 53,84	7,5%	€ 793.985
Begeleiding speciaal 1 (Niet aangeboren hersenletsel)	€ 82,63	4,2%	€ 445.240
Gespecialiseerde begeleiding (psychiatrie)	€ 87,50	22,5%	€ 2.394.779
Begeleiding ((Jeugd) Licht verstandelijk gehandicapten)	€ 97,03	0,8%	€ 86.580
Begeleiding Zintuiglijk gehandicapt visueel	€ 91,76	1,0%	€ 105.007
Begeleiding Zintuiglijk gehandicapt auditief	€ 76,62	0,0%	€ 332
Totaal Begeleiding Individueel		**100,0%**	**€ 10.632.306**

Begeleiding individueel in natura

Bij begeleiding individueel in natura valt 64% van het budget begeleiding individueel onder het basis product begeleiding à € 50,27 per uur. Dit basis product begeleiding is planbare begeleiding voor alle doelgroepen.



Gespecialiseerde begeleiding voor de psychiatrie (€ 87,50 p.u.) heeft het tweede hoogste budget met 22,5% van het totaal. Deze begeleiding is gericht op mensen met psychiatrische stoornissen die matig tot zware regie verlies hebben. Dit wordt voornamelijk ingezet voor begeleid zelfstandig wonen (RIBW).

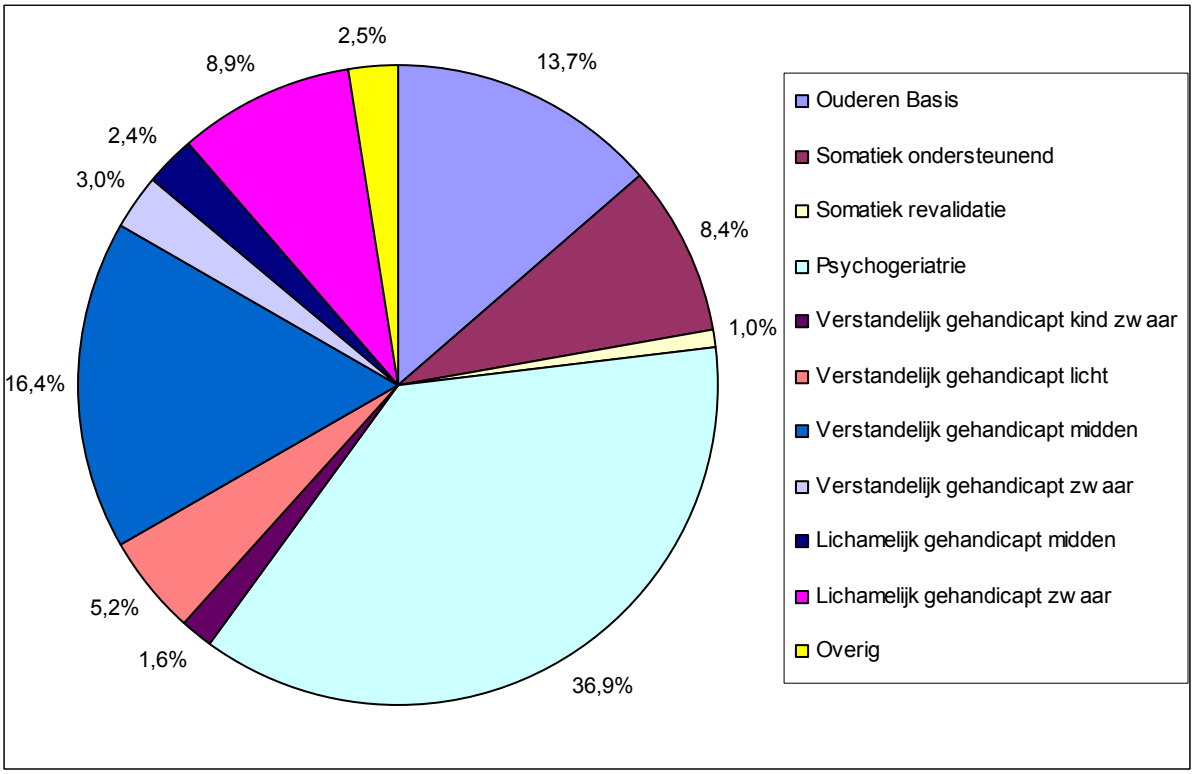
Begeleiding extra (€ 53,84 p.u.) heeft met 7,5% het derde hoogste budget. Begeleiding extra is een uitbreiding van het basis product doordat ze begeleiding naast planbare zorg ook op afroep beschikbaar is binnen een redelijke tijd. Dit wordt ingezet bij mensen die meerder keren in de week oproepbare zorg nodig hebben, bijvoorbeeld door probleemgedrag.

Het vierde hoogste budget met een aandeel van 4,2% is Begeleiding speciaal 1 voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) à € 82,63. Dit wordt net als de gespecialiseerde begeleiding psychiatrie ingezet voor mensen met matig tot zware regie verlies, maar dan voor mensen met een chronische vorm van NAH. Begeleiding individueel voor zintuiglijke gehandicapten heeft een aandeel van 1% of minder.

Begeleiding dagactiviteit in natura

Het diagram hieronder geeft het aandeel in budget weer van de verschillende soorten dagactiviteiten in zorg in natura met en zonder vervoer. Dagactiviteiten in PGB zijn niet onderverdeeld in verschillende producten en bestaat in één soort (met en zonder vervoer).

Het budget van dagactiviteit voor ouderen betreft ongeveer 60% van het totaal met de producten ouderen basis (13,7%), somatiek ondersteunend (8,4%), somatiek revalidatie (1%) en psychogeriatrie (36,9%). Somatiek dagactiviteit betreft voor een groot deel ouderen (75 plus), maar ook kinderen en volwassen onder de 75 jaar kunnen deze vorm van ondersteuning krijgen. Mensen met psychogeriatrie (dementie) dagactiviteit hebben door hun aandoening vaak hoge indicaties tegen een hoog tarief, omdat intensieve begeleiding aanwezig is en behandeling onderdeel uit maakt van de zorg.



Het budget van dagactiviteit voor verstandelijk gehandicapten betreft 26,2% waarvan 1,6% zware dagactiviteit voor kinderen is, 5,2% licht, 16,4% midden en 3% zwaar. De dagactiviteit voor verstandelijk gehandicapten richt zich op arbeidsmatige dagactiviteit en activering. Lichamelijk gehandicapten dagactiviteit, waar ook NAH onder valt, heeft een aandeel van 10,3%. Bij lichte dagactiviteit in de gehandicapten zorg zijn de groep groter dan 6 personen, bij midden 5 tot 6 personen en bij zwaar is de groep kleiner dan 5.

De dagactiviteit voor de GGZ (product LZA) betreft nog geen 1% van het totaal. Dagactiviteit wordt beperkt ingezet bij psychiatrische patiënten. Dit komt doordat een deel van de groep nog in staat is tot (aangepast) werk of vrijwilligerswerk. Dagactiviteit kan daarnaast door de stoornis of verslaving ook niet haalbaar zijn. Daarnaast kan dagactiviteit een

contratherapeutisch effect hebben. Tenslotte is er dagactiviteit die bekostigd wordt vanuit behandelingsbudgetten. Er wordt wel veel begeleiding individueel ingezet voor deze groep.

Vervoer van en naar een dagactiviteit

In de Gooi en Vechtstreek zijn er in totaal 947 mensen met een dagactiviteit met vervoer. Hiervan hebben 560 mensen ZIN en 387 PGB[6]. Er zijn vier vormen van vervoer: samenwerking in een service centrum (Sherpa/ Abrona), eigen beheer, uitbesteden aan derden en particulier vervoer.

1.5 Hoe komt begeleiding tot stand?

Klanten (in de AWBZ verzekerden genoemd) doorlopen in de AWBZ een AWBZ traject en hebben daarbij met een aantal partijen te maken. Het AWBZ traject en de betrokken organisaties zijn in het onderstaande figuur weergegeven. Onder het figuur wordt een toelichting op het AWBZ traject gegeven.

Zorgvraag & indicatiestelling

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg wordt eerst vastgesteld of klanten zorg nodig hebben, wat voor zorg en hoeveel zorg. Dit wordt vastgelegd in een indicatie. De indicatie wordt vastgesteld door een onafhankelijke organisatie. Klanten met een zorgvraag kunnen zelf naar een indicatieorgaan stappen, of zij kunnen hiernaar worden doorverwezen door bijvoorbeeld een huisarts. Het indicatieorgaan onderzoekt de situatie van de klant en geeft binnen zes weken na de aanvraag een indicatiebesluit af. In het indicatiebesluit staat vermeld welke grondslag de klant heeft, welke zorg de klant nodig heeft (omschreven in functies, zoals begeleiding individueel), hoeveel uur zorg de klant nodig heeft en hoe lang de zorg mag duren. De omvang per functie wordt geduid in klassen (gemiddeld aantal uren met een bandbreedte of aantal dagdelen per week). Als er acuut zorg nodig is dan is in het Zorgindicatiebesluit geregeld dat maximaal 2 weken zorg verleend kan worden zonder indicatie. Het indicatieorgaan moet dan vóór het verstrijken van die twee weken een indicatie stellen.

De indicatie wordt vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor jeugdigen (jonger dan 18 jaar) met een psychiatrisch probleem wordt de indicatie echter vastgesteld door Bureau Jeugdzorg (BJZ). Daarnaast geldt, dat klanten die voor hun 18^{e} jaar door een Bureau Jeugdzorg zijn geïndiceerd, zo nodig tot hun 23ste indicaties van Bureau Jeugdzorg krijgen.

Zorgtoewijzing & zorglevering

Nadat een indicatie is afgegeven door het CIZ, kan de klant de zorg aanvragen bij het Zorgkantoor in de eigen regio. Er zijn in Nederland 32 zorgkantoren en regio's. Per regio voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit. Voor de regio Gooi en Vechtstreek is het Zorgkantoor Agis actief. Het Zorgkantoor stemt het aanbod op de vraag af en zorgt voor de contractering van zorg bij zorgaanbieders (zorg in natura, ZIN). Daarnaast kent het Zorgkantoor ook het Persoonsgebonden Budget (PGB) toe. Met een PGB ontvangt de klant een budget waarmee hij zelf de benodigde zorg kan inkopen. De klant huurt dan eigen personeel in. De klant legt verantwoording af over de gedane uitgaven aan het

[6] Zie bijlage 6 voor een uitgebreide analyse over dagactiviteiten en vervoer

Zorgkantoor. Ook een combinatie van ZIN en PGB is mogelijk. Het toegekende PGB-bedrag is gebaseerd op de geïndiceerde functies en klassen en betreft 75% van de kosten van ZIN. De 75% van de kosten van ZIN heeft te maken met een besparing van de overheadkosten van het PGB ten opzichte van ZIN.

Een klant kan al bij de aanvraag voor een indicatie aangeven of hij zijn zorg in natura of als PGB wil ontvangen en of hij al een aanbieder van voorkeur heeft. Dit wordt door het CIZ doorgegeven aan het Zorgkantoor. Als er geen sprake is van een voorkeursaanbieder dan neemt het Zorgkantoor contact op met de klant om te bepalen van wie hij zorg gaat ontvangen. Als er sprake is van een wachtlijst bij de aanbieder van voorkeur, dan moet het Zorgkantoor zo snel mogelijk een binnen de indicatie passend alternatief aanbod doen, zodat de wachttijd verantwoord kan worden overbrugd. Dit aanbod heet dan overbruggingszorg.

De zorgaanbieder meldt aan het Zorgkantoor wanneer de zorg is begonnen en wanneer deze beëindigd wordt. Ook verantwoordt hij zich over de geleverde kwaliteit. Methoden voor kwaliteitsborging zijn: certificering, klanttevredenheidsonderzoeken en materiële controles (bijvoorbeeld steekproefsgewijs kwaliteit en kwantiteit controleren).

Zorgdeclaratie

Voor AWBZ-begeleiding is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd, die gebaseerd is op het aantal uren ontvangen zorg. Afhankelijk van het inkomen is er een bovengrens aan de verschuldigde eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt door het Centraal Administratiekantoor (CAK) berekend en geïnd. De berekening en facturering van de eigen bijdrage, gerelateerd aan het aantal uren ontvangen zorg, door het CAK is een lang proces. Nadat een klant bepaalde zorg heeft ontvangen, stuurt de zorgaanbieder de gegevens over de soort en het aantal ontvangen uren zorg naar het CAK. Het CAK controleert deze informatie vervolgens aan de hand van gegevens van de belastingsdienst (verzamelinkomen), de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en het Uitkeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Op basis hiervan wordt de eigen bijdrage per zorgperiode van vier weken berekend. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van leeftijd, inkomen en gezinssamenstelling. Bij een PGB krijgen klanten een netto PGB waar de eigen bijdrage al van afgetrokken is door het zorgkantoor.

1.6 Het krachtenveld

Binnen de AWBZ zijn verschillende partijen actief die allemaal hun eigen rollen, taken en verantwoordelijkheden hebben. De AWBZ is een ziektekostenwet waarvoor burgers verzekerd zijn. Zoals bij elke verzekering is er een pakket waar aanspraak op kan worden gemaakt en waar rechten aan kunnen worden ontleend. De verschillende partijen die actief zijn in de AWBZ zijn geschetst in het krachtenveld op de volgende pagina. De verschillende partijen hebben duidelijke (overheids) mandaten en bieden tegenwicht aan elkaar[7].

Centrum Indicatiestelling Zorg / Bureau Jeugdzorg

Om aanspraak op AWBZ-zorg te maken is een indicatiebesluit van een indicatieorgaan nodig die hiervoor de situatie van de klant onderzoekt. De indicatie wordt vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor jeugdigen (jonger dan 18 jaar) met een psychiatrisch probleem wordt de indicatie echter vastgesteld door Bureau Jeugdzorg (BJZ). Daarnaast geldt, dat klanten die voor hun 18^{e} jaar door een Bureau Jeugdzorg zijn geïndiceerd, zo nodig tot hun 23ste indicaties van Bureau Jeugdzorg krijgen.

[7] Zie bijlage 3 voor een uitgebreide omschrijving van de partijen in het krachtenveld

Zorgkantoor

Nadat een indicatie is afgegeven door het CIZ of BJZ, kan de klant de zorg aanvragen bij het Zorgkantoor in de eigen regio. Er zijn in Nederland 32 zorgkantoren en regio's. Het Zorgkantoor Agis werkt voor alle verzekerden binnen de regio Gooi en Vechtstreek en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ zorg hier. Het Zorgkantoor stemt het aanbod op de vraag af en zorgt voor de contractering van zorg bij zorgaanbieders (zorg in natura, ZIN). Het zorgkantoor wijst in overleg met de klant de zorgaanbieder aan die de passende zorg kan verlenen. Daarnaast kent het Zorgkantoor ook het Persoonsgebonden Budget (PGB) toe.

Centraal Administratie Kantoor (CAK)

Voor AWBZ-begeleiding is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd, die gebaseerd is op het aantal uren genoten zorg. De eigen bijdragen worden door het Centraal Administratiekantoor (CAK) berekend en geïnd.

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ geeft de overheid adviezen over de inhoud en samenstelling van het zorgpakket van de AWBZ en de zorgverzekeringswet (Zvw). Het CVZ geeft ook standpunten uit bij bezwaren en geschillen tussen verzekerden en het CIZ, BJZ en zorgverzekeraars. Daarnaast beheert het CVZ het fonds achter de AWBZ waaruit ze via het CAK voorschotten betaalt aan de Zorgkantoren op basis van de gerealiseerde productie.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De Nederlandse Zorgautorieit (NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. Ook toetst zij de rechtmatigheid van de uitgaven van zorgkantoren. Concreet op het gebied van begeleiding stelt de NZa de tarieven vast voor begeleidingsproducten en toetst zij de rechtmatigheid van de uitgaven van zorgkantoren.[8]

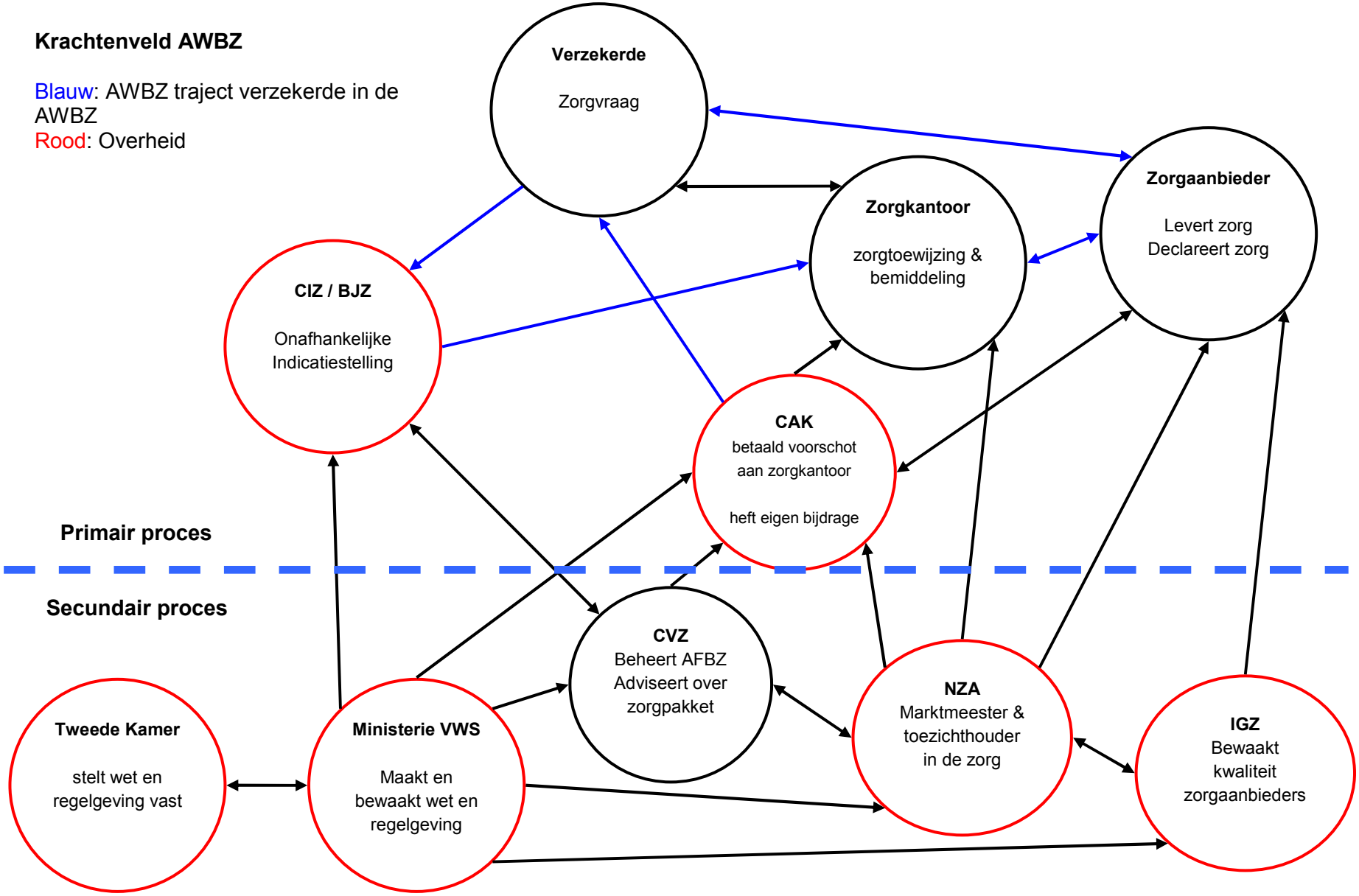
Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Dit doet zij door AWBZ zorgaanbieders te controleren, adviseren en te bestraffen.

[8] website Nza.nl, http://www.nza.nl/organisatie/

Krachtenveld AWBZ

Blauw: AWBZ traject verzekerde in de AWBZ
Rood: Overheid



HOOFDSTUK 2 KLANTEN EN BEGELEIDING

Veel klanten maken zich zorgen over alle veranderingen die er aankomen. Ze geven aan dat hun begeleiding erg belangrijk om te kunnen blijven functioneren.

Klanten vinden het vaak prettig om bezig te zijn met activiteiten tijdens een dagactiviteit en ervaren een gevoel van veiligheid en geborgenheid. Dit komt vaak doordat er contact is met lotgenoten en je daarom kunt zijn wie je bent en eerlijk kunt zijn over je beperkingen en problemen. Er is angst om terug te vallen in de oude situatie en problemen als de begeleiding wegvalt. Bij mensen in de psychiatrie is de angst groot om af te glijden en hierdoor bijvoorbeeld op straat te komen.

Bij veel dagactiviteiten die we bezocht hebben geven de klanten aan de keuzevrijheid voor verschillende activiteiten erg te waarderen. Inspraak op de ondersteuning, bijvoorbeeld door een cliëntenraad wordt ook erg gewaardeerd.

Tijdens gesprekken met klanten tijdens een bijeenkomst van cliëntenraden in de Gooi en Vechtstreek kwamen de volgende belangrijke punten naar voren:

- Het is belangrijk om midden in de maatschappij te staan ondanks een beperking. Een mix tussen mensen met en zonder een beperking is goed.

- De cliëntenraden hebben aangegeven dat ze het belangrijk vinden dat de keuze vrijheid van cliënten in tact blijft. Daarnaast vinden ze het belangrijk dat de kwaliteit goed blijft, want begeleiding is maatwerk.

- Goede begeleiding betekent dat iemand zelf kan kiezen welke activiteiten er gedaan worden; geen vastgelegd programma door de aanbieder.

- Ouders van kinderen willen invloed hebben op de begeleiding die de kinderen ontvangen. Persoonlijk contact met de aanbieder en een open, snelle en eerlijke communicatie is hierbij heel belangrijk.

- De gemeenten moeten echt inhoudelijke kennis hebben, juist omdat het gaat om een hele brede doelgroep . De gemeenten dienen over voldoende inhoudelijke kennis en kunde te beschikken om dit traject goed vorm te geven en te kunnen sturen op kwaliteit.

- Het is belangrijk dat gemeenten de verschillen tussen doelgroepen in de begeleiding die ze nodig hebben erkennen. Gooi deze verschillende soorten begeleiding niet op één hoop.

- Medewerkers van de gemeente moeten meelopen in de praktijk en meekijken op de werkvloer. De gemeenten moeten een deskundigheidscentrum opbouwen en hierin zorgprofessionals betrekken.

- Zet ervaringsdeskundigen in als gemeenten, bijvoorbeeld in het loket. Ervaringsdeskundigen kunnen goed vertellen wat iemand nodig heeft en mensen met dezelfde beperkingen helpen.

- Begeleiding moet flexibel zijn. Nu kan zorg in natura maar bij één aanbieder ingezet worden. Het is niet mogelijk om een dagactiviteit bij twee verschillende aanbieders te krijgen. Het geld zou de klant moeten volgen zodat de klant meer keuze vrijheid krijgt.

- Heldere communicatie vanuit de gemeenten is nodig. Het moet duidelijk zijn voor mensen waar ze in 2013 en 2014 terecht moeten voor hun begeleiding. Nu is het vaak niet duidelijk waar iemand heen moet voor begeleiding. Een vast aanspreekpunt is hier een goede oplossing voor.

HOOFDSTUK 3 AANBIEDERS EN BEGELEIDING

GGZ
In de Gooi en Vechtstreek zijn er twee grote aanbieders in de psychiatrie en meerdere kleinere spelers. Het RIBW biedt voornamelijk begeleiding individueel aan meer dan 600 klanten en GGZ Centraal biedt voornamelijk dagactiviteit aan meer dan 200 klanten in Hilversum, Huizen, Bussum en Weesp. Beide bieden uitsluitend begeleiding in de Gooi en Vechtstreek.

Het RIBW heeft ons gewezen op het verschraalde, soms marginale bestaan van de klanten en de afhankelijkheid van klanten van de begeleiding. Vanuit het RIBW is duidelijk het beeld geschetst dat begeleiden in de GGZ echt een professie is en dat begeleiding veelal langdurig moet worden ingezet en op een professionele wijze. Het gaat om evenwicht vinden én behouden. Informele zorg kan dat niet overnemen, maar kan wel een goede aanvulling zijn.

GGZ centraal geeft ook aan dat goede kennis over de doelgroep noodzakelijk is. Bij het omgaan met een psychische stoornis zijn activiteiten steun van lotgenoten en dagactiviteit is erg belangrijk voor klanten. Klanten van DAC WESPP gaan het liefst met lotgenoten om. Er is geprobeerd om samen te werken met andere organisaties die begeleiding bieden aan cliënten met andere beperkingen, maar deze doelgroepen sluiten niet op elkaar aan.

Er zijn zorgen over de ingevoerde eigen bijdrage in de psychiatrie. Klanten dreigen minder vaak te komen. Een aantal zijn al hierdoor al helemaal weggegaan, bijvoorbeeld bij het DAC WESPP.

Verstandelijk gehandicapten
De ambulante begeleiding voor verstandelijk gehandicapten wordt door veel verschillende organisaties uitgevoerd in de regio. De meeste aanbieders bieden een breed scala aan ondersteuning en activiteiten aan. Grote aanbieders in de Gooi en Vechtstreek zijn Sherpa (300+ klanten), Philadelphia (110+ klanten) en Abrona (90+ klanten).

Mensen met een verstandelijke handicap zijn meestal vanaf hun geboorte gehandicapt en zitten daarom lange tijd en vaak hun hele leven in het hulpverleningscircuit. Er is een gevarieerd begeleidingsaanbod. Er zijn vele woonlocaties waar ambulante begeleiding wordt geboden en veel soorten dagactiviteit waaronder horeca, groenvoorziening, creatieve activiteiten en beweging. Naast reguliere dagactiviteit hebben verschillende aanbieders binnen de gehandicapten sector ook re-integratie activiteiten waarin ze mensen met een beperking in de arbeidsmarkt proberen te plaatsen.

Rondom dagactiviteit leven er vragen bij aanbieders. Ze vragen zich onder andere af of een klant die in de ene plaats woont, straks nog in de andere plaats dagactiviteit kan krijgen en hoe de financiering gaat. Kan het zo zijn dat een klant moet overgaan naar dagactiviteit in zijn eigen woonplaats, terwijl dit mogelijk niet aansluit op zijn of haar wensen. Door de aanbieders wordt ook aandacht gevraagd voor logeervoorzieningen. De indicaties voor kortdurend verblijf zijn erg gekort de laatste jaren. Een ander onderwerp dat leeft is inzet van het netwerk van de klant. Het netwerk moet centraal staan bij de ondersteuning, maar wat gebeurt er als de klant geen gebruik wenst te maken van zijn netwerk?

Verpleging en verzorging
De ouderenzorg die onder verpleging en verzorging valt is vaak plaatsgebonden. Er is veel thuiszorg en ook dagactiviteit beschikbaar van verschillende aanbieders in alle gemeenten. Dagactiviteiten voor zwaardere dementerende zijn niet in alle gemeenten aanwezig.

HOOFDSTUK 4 SAMENHANG ANDERE TERREINEN

4.1 Samenhang met Wmo

Uit de cijfers van het CAK blijkt dat van de klanten uit de regio die begeleiding in natura ontvangen (en daar een eigen bijdrage over betalen) tussen de 30% en 40% ook een eigen bijdrage betaald over Wmo voorzieningen. Negen gemeenten heffen een eigen bijdrage in de Wmo over uitsluitend HH. De gemeente Huizen heft een eigen bijdrage over alle wettelijk toegestane individuele Wmo voorzieningen.

4.2 Samenhang met andere AWBZ zorg

Uit de cijfers van het CAK blijkt dat van de klanten uit de regio die begeleiding in natura ontvangen (en daar een eigen bijdrage over betalen) tussen de 40% tot 50% ook een eigen bijdrage betaald over andere AWBZ voorzieningen. 56% van de mensen uit onze regio die begeleiding ontvangt uitsluitend begeleiding.

4.3 Samenhang met Jeugdzorg

AWBZ begeleiding is één van de vormen van ondersteuning in de jeugdzorg. BJZ indiceert uitsluitend de AWBZ zorg voor kinderen met een psychiatrische aandoening of stoornis. Het CIZ indiceert de AWBZ zorg voor kinderen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening. Kinderen die begeleiding of andere AWBZ zorg ontvangen hebben soms een andere vorm van jeugdzorg, maar vaak ook niet. Uit cijfers van BJZ blijkt dat er een stijging van vrijwel alle vormen van jeugdzorg de afgelopen jaren. De AWBZ zorg voor kinderen met psychiatrische stoornissen stijgt echter het hardst van allemaal. In 2011 is er een stijging van 60% ten opzichte van 2010 waar te nemen[9].

Er zijn in de Gooi en Vechtstreek 968 kinderen met AWBZ zorg[10]. Van deze 968 kinderen hebben 454 een verstandelijke handicap, 413 een psychiatrische aandoening en de overige 101 kinderen hebben een somatische aandoening of een lichamelijke of zintuiglijke handicap. In totaal zijn er 403 kinderen met een psychiatrische aandoening die begeleiding ontvangen en 337 kinderen met een verstandelijke handicap die begeleiding ontvangen. Het aantal kinderen met begeleiding op basis van de andere aandoeningen en handicaps zijn niet bekend. Onder de 396 klanten met kortdurend verblijf in zijn er 273 kind waarvan er 196 een verstandelijk handicap en 77 een psychiatrische aandoening hebben[11].

4.4 Samenhang met Wet werken naar vermogen

De reden dat mensen met een (arbeids)beperking bij de Wsw of AWBZ dagactiviteit terecht komen is vaak niet bepaald door objectieve criteria, maar eerder door hun geschiedenis en de plek waar de problemen het eerste aan het licht kwamen. Zo bleek uit een expertmeeting van de VNG in mei 2011 over de toekomstige samenwerking tussen sw en awbz-dagactiviteit het volgende:

"De deelnemers zagen kansen voor samenwerking tussen arbeidsmatige dagactiviteit en de sociale werkvoorziening. De doelgroep overlapt deels. Genoemd werd een aantal van 30.000 mensen van wie niet zozeer de beperking als wel de onderwijs- en werkgeschiedenis bepalend is geweest voor de plek waar ze terecht zijn gekomen. Het speciaal onderwijs (cluster 3 en 4) stuurt aan richting AWBZ begeleiding en Wajong. Mensen die uit het regulier

[9] Zie bijlage 5 voor uitgebreide cijfers over jeugdzorg en jeugd begeleiding

[10] Dit betreft alle vormen van ABWZ zorg zowel intramuraal als extramuraal

[11] CIZ (2011) *Begeleiding in Beeld*

onderwijs zijn gevallen komen na mislukte werkkringen en bijstand eerder in de sociale werkvoorziening terecht.[12]*"*

Hierdoor is ook de samenwerking tussen het onderwijs en de gemeente op het gebied van Wwnv en begeleiding van belang. Een doel van onderwijs is dat kinderen met een startkwalificatie de arbeidsmarkt op kunnen. Om kinderen met een beperking een goede toekomst met (aangepast) werk te geven is het van belang dat scholen aansluiten op de trajecten in de Wwnv.

Mensen die nu voor 80 tot 100 procent zijn afgekeurd voor werk door een beperking hebben nu niet de verplichting om zich te laten keuren voor Wsw. Zij kunnen daarnaast een indicatie voor AWBZ dagactiviteit aan vragen op basis van hun beperking of handicap. Wsw is wettelijk voorliggend op dagactiviteit. Doordat er geen verplichting is om voor Wsw gekeurd te worden kunnen mensen die er wel voor in aanmerking komen toch AWBZ dagactiviteit krijgen op basis van beperkingen. Dit is de doelgroep die arbeidsgerelateerde AWBZ dagactiviteit heeft. De overgang van de AWBZ dagactiviteit naar de gemeente en de uitgangspunten van de Wwnv (en de daaraan voorafgaande Wsw hervorming) gaat deze situatie van arbeidsbeperkten erg veranderen. Binnen de Wwnv komt er immers een verplichte keuring en wordt het recht op AWBZ dagactiviteit vervangen door een compensatieplicht. In de praktijk betekend dit voor mensen die een verdiencapaciteit hebben die overeenkomt met de huidige Wsw en arbeidsmatig dagactiviteit dat zij geen recht meer hebben op zowel Wsw als dagactiviteit. In plaats daarvan komen zij in een bijstandsregime van de Wwnv waarin de plicht tot een tegenprestatie naar vermogen is. De Wmo moet deze mensen indien nodig wel compenseren zodat ze kunnen participeren. Dit hoeft echter niet in de vorm van een dagactiviteit te zijn. Deze compensatie kan ook bestaan uit een participatietraject naar betaald of vrijwilligerswerk.

4.5 Samenhang met Passend onderwijs

Kinderen kunnen nu tijdens het onderwijs aanspraak maken op begeleiding vanuit de AWBZ. In algemene zin geldt daarbij het volgende: als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het leren bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding onder het onderwijs. Een concentratieprobleem of wegloopgedrag van een kind leidt op zich dus niet tot een indicatie voor de functie Begeleiding individueel tijdens het onderwijs.
Als het gedrag de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt, kan BG individueel in de vorm van toezicht zijn aangewezen. Hierbij valt te denken aan begeleiding bij 'vrije' of praktijklessen als schoolzwemmen of schoolgym, bij de omgang met andere kinderen en/of bij spel.[13]

Op een school voor speciaal onderwijs moet een kind kunnen functioneren in een groep van minimaal 8 kinderen. Een kind met (extreem) probleemgedrag, dat niet gerelateerd is aan het leren, heeft echter regelmatig één op één toezicht nodig om zijn gedrag te corrigeren. Met het begeleidingsgeld wordt nu bijvoorbeeld extra ondersteuning voor de leerkracht ingehuurd die het kind apart neemt wanneer het probleemgedrag gaat vertonen. Hierdoor is voor een kind dat regelmatig probleemgedrag vertoond onderwijs mogelijk.

In de wetswijziging waarin de begeleiding wordt opgenomen in de Wmo komt geen expliciete plicht tot het bieden van zorg tijdens onderwijs. Wanneer gemeenten geen begeleiding tijdens het onderwijs willen inzetten kan dit grote gevolgen hebben voor het onderwijs aan kinderen met zware beperkingen. Dit wordt ook onderstreept in de brief van het College van

---

[12] VNG (2011) *Verslag expertmeeting over de toekomstige samenwerking tussen sw en awbz-dagactiviteit*, http://tinyurl.com/cacyg3q

[13] CIZ (2011) *Indicatiewijzer 4.1*, p.122

zorgverzekeringen aan de staatsecretaris van VWS over risico's die de decentralisatie begeleiding met zich meebrengt:

"Na de decentralisatie van begeleiding is geen beroep op extramurale begeleiding meer mogelijk. Ook niet tijdens het onderwijs. Het is onzeker hoe gemeenten zich zullen opstellen. Zolang niet helder is of begeleiding tijdens onderwijs onder de compensatieplicht valt, betekent dit dat er lacunes in de begeleiding tijdens onderwijs kunnen ontstaan.[14]"

[14] College voor zorgverzekeringen (2011) *Decentralisatie begeleiding; Brief aan staatsecretaris*, p.3

BRONNEN

Rapporten
CIZ (2011a) *Indicatiewijzer 5.0*

CIZ (2011b) *Wie is de cliënt*

Transitiebureau Begeleiding in de Wmo (2011) *Toelichting Beleidsinformatie Extramurale Begeleiding*

Ministerie VWS (2011a) *Begrippenboek Begeleiding in de AWBZ*

Ministerie VWS (2011b) *Cliëntgroepen extramurale AWBZ begeleiding*

Wmo (conceptversie 2011)

Cijfers
Agis Zorgkantoren (2011) http://www.agiszorgkantoren.nl/Gemeenten/Nieuws/

CAK (2011)

CIZ (2012) *Basisrapportage AWBZ; Begeleiding in Beeld; Aanspraak op AWBZ-zorg,* http://ciz.databank.nl/

BJZ N-H (2012)

Websites
Agis Zorgkantoren (2010) *Definitieve afspraken 2011*, http://tinyurl.com/69crnws

CPB (2011) *The decentralization of Social Assistance and the rise of Disability Insurance enrolment*, http://tinyurl.com/3wremnc

Ministerie VWS (2010) *Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg,* http://tinyurl.com/3mfnq75

Ministerie VWS, Veldhuijzen van Zanten (2011) *Decentralisatie taken naar en groei in de Wmo*, http://tinyurl.com/5tcsjrf

Ministerie VWS (2011) *Handreikingen decentralisatie extramurale begeleiding*, http://www.invoeringwmo.nl/content/overzicht-handreikingen

Ministerie VWS, Veldhuijzen van Zanten (2011) *Visie op cliëntondersteuning*, http://tinyurl.com/6cl42tv

VNG (2011) *AWBZ-begeleiding naar Wmo: financiële afspraken bestuursakkoord*, http://tinyurl.com/3f6ysd3

BIJLAGE 1 VERKLARING AFKORTINGEN

AWBZ functies

BG	Begeleiding
BGG	Begeleiding Groep
BGI	Begeleiding Individueel
KVB	Kortdurend Verblijf
PV	Persoonlijke Verzorging
VP	Verpleging

Jeugdzorg

AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
JHV	Vrijwillige Jeugdhulpverlening
JR	Jeugdreclassering
OTS	Onder toezichtstelling

Grondslagen

SOM	Somatische aandoening
PG	Psychogeriatische aandoening
PSY	Psychiatrische aandoening/ stoornis
PS	Psychosociaal probleem
VG	Verstandelijk gehandicapt
ZG	Zintuiglijk gehandicapt
LG	Lichamelijk gehandicapt
JLVG	Jeugd licht verstandelijk gehandicapt

Sectoren

V&V	Verpleging & Verzorging
GZ	Gehandicaptenzorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg

Wetten en overige afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau jeugdzorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
IGB	Intergemeentelijk Bureau (van de regio Gooi & Vechtstreek)
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
G&V	Gooi & Vechtstreek
SoZa	Sociale Zaken
SW bedrijven	Sociale werkvoorziening bedrijven
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WAJONG	Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten
Wcz	Wet klantenrechten zorg
WIA	Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WW	Werkloosheids Wet
WWB	Wet Werk en Bijstand
Wwnv	Wet Werken Naar Vermogen
Zvw	Zorgverzekeringswet

BIJLAGE 2 KLANTPROFIELEN

In deze bijlage staan de klantprofielen die worden gehanteerd in de AWBZ[15].

Somatiek 0 tot 65 jaar

Mensen met de grondslag somatiek kunnen deze grondslag hebben door veel verschillende oorzaken die blijvende beperkingen tot gevolg hebben. Voorbeelden van aandoeningen zijn reuma, diabetes, hart en vaatziekten, longaandoeningen, kanker, parkinson, MS en spierziekten.

Bij deze groep klanten wordt Begeleiding ingezet om de gevolgen van een ernstige ziekte op het dagelijks leven zoveel mogelijk te beperken. Deze personen zijn meestal in staat om zelf de regie over hun leven te voeren.

Begeleiding individueel richt zich op het ondersteunen van de zelfredzaamheid op alle levensgebieden, meestal bij praktische zaken en gerelateerd aan het dagelijks leven, persoonlijke verzorging en - soms - verpleging.

Begeleiding dagactiviteit wordt gebruikt als iemand door een somatische aandoening (vaak in combinatie met andere grondslagen) niet in staat is te werken. Doel is om voor de betrokken klant een zo normaal mogelijk dagritme aan te houden en activiteiten aan te bieden die passen bij de belangstelling van de persoon. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het activeren en oefenen van nog aanwezige functies. Het dagprogramma vervangt school of werk. Begeleiding Groep kan ook worden ingezet om overbelasting van mantelzorg te voorkomen.

Somatiek 65- en ouder

Ouderen met de grondslag somatiek kunnen deze grondslag hebben door veel verschillende oorzaken die blijvende beperkingen tot gevolg hebben. Voorbeelden van aandoeningen zijn reuma, diabetes, hart en vaatziekten, longaandoeningen, kanker, parkinson, MS en spierziekten.

Doordat er ook sprake is van verminderde lichamelijke vitaliteit, mede als gevolg van het ouder worden, is er vaak een verminderde zelfredzaamheid en kans op een sociaal isolement. De lichamelijke achteruitgang kan bestaan uit slechte mobiliteit, verminderde kracht en soepelheid in ledematen en beperkt zicht/gehoor/ spraak. Er is sprake van een toenemende kwetsbaarheid en een wankel evenwicht vaak ook in combinatie met een kleiner wordend sociaal netwerk.

Deze groep heeft problemen die vergelijkbaar zijn met die van de groep somatiek van 0 tot 65 jaar. Het grootste verschil is dat bij deze groep inmiddels het werkzame leven is afgesloten en de begeleiding zich vooral richt op het persoonlijke leven. Doel van de Begeleiding dagactiviteit is: voorkomen van verwaarlozing bij alleenwonende personen, behoud van vaardigheden en het voorkomen van overbelasting bij de mantelzorg bij personen die met een partner samenleven. Bij personen boven de 75 jaar met somatiek is er vaak een toename van het gebruik van Begeleiding Groep. Door somatische problemen in combinatie met toenemende ouderdomsproblemen wordt het beroep dat op zorg wordt gedaan, steeds groter. Begeleiding individueel wordt minder vaak ingezet voor deze groep.

Psychogeriatrische aandoening

Mensen met een psychogeriatrische aandoening hebben een vorm van dementie, waardoor hun denkvermogen, geheugen, concentratie en oriëntatie achteruitgaan. De zelfredzaamheid

[15] Bron: Ministerie VWS (2011b) / CIZ (2011b)

van deze mensen neemt af doordat dementie een progressieve ziekte is. Vaak is er bij deze groep ook sprake van somatische aandoeningen die de beperkingen verergeren. Deze groep heeft moeite het overzicht te bewaren en de dagelijkse dingen te plannen en uit te voeren. Ze begrijpen de wereld om hen heen niet meer goed en hebben moeite om sociale contacten aan te gaan. Het betreft vaak de 'oudere oudere' (boven de 80 jaar). Ouderen wonen vaak nog thuis of in een complex met andere ouderen. In een ouderencomplex kan onderlinge hulp beperkt worden gegeven, het wonen in zo'n complex biedt echter wel volop mogelijkheden voor sociaal contact en vaak is er een hoog veiligheidsgevoel. Er is vaak mantelzorg, maar overbelasting van deze persoon dreigt. Het is daarom belangrijk om de klant niet op zichzelf te benaderen, maar het klantsysteem als geheel. Binnen het klantsysteem hebben verschillende personen verschillende ondersteuningsbehoeften.

Deze groep betreft klanten met psychogeriatrische problematiek die gebruik maken van Begeleiding. In eerste instantie wordt uitgegaan van Begeleiding Groep. Het is belangrijk om hier vroeg in het dementeringsproces mee te starten. Het betreft hier vaak dagbehandeling dat verder gaat dan alleen dagactiviteit, bijvoorbeeld door de inzet van psychologen en fysiotherapeuten. Afhankelijk van de mogelijkheden om in een groep te functioneren kan ook Begeleiding Individueel worden geïndiceerd. Begeleiding kent hier twee argumenten:

1. ontlasting van de mantelzorg, waardoor klant langer thuis kan blijven wonen;
2. activeren van nog aanwezige functies om daarmee zolang mogelijk een door de klant als zinvol ervaren bestaan te bieden. Bij Begeleiding voor deze groep is altijd sprake van een multidisciplinaire aanpak.

Kinderen met een Psychiatrische stoornis

Deze kinderen zijn gediagnosticeerd met of er is een vermoeden van een psychiatrische stoornis of aandoening. Dit is veelal een aandoeningen uit het Autisme Spectrum Stoornis (ASS) of ADHD en aanverwante aandoeningen. Vaak zijn er combinaties van stoornissen op het psyche en lichamelijk vlak, zoals bij voorbeeld problemen met de motoriek, angsten, epilepsie. Het lastige voor deze kinderen is dat zij 'net als hun leeftijdgenoten' willen zijn, maar moeilijk kunnen accepteren dat zij beperkingen hebben waar ze mee moeten leren omgaan. Ze wonen meestal thuis bij hun ouders, vaak zijn er ook broertjes en/of zusjes in het gezin. Doordat kinderen in ontwikkeling zijn kan de aard en de intensiteit van klachten variëren. Met begeleiding kunnen de klachten ook verminderen en kan de sociale redzaamheid verbeteren.

De nadruk in de begeleiding ligt op ondersteuning bij opvoeden en opgroeiproblemen (de psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond). Schoolgaande kinderen beschikken vaak over een leerling-gebonden financiering (rugzakje) voor extra ondersteuning op het regulier onderwijs. Wanneer de aandoening dusdanig is dat de schoolresultaten eronder lijden, kunnen deze klanten een indicatie krijgen voor het speciaal onderwijs cluster 4 (stoornissen en gedragsproblemen).

Naast de jeugdigen die onderdeel uitmaken van een gezin, zijn er kinderen die niet meer thuis wonen, maar op wisselende plekken verblijven (bij vrienden, familie, opvanginstellingen of op straat). Voor zwerfjongeren geldt dat een outreachende benadering nodig is, om klanten te motiveren tot begeleiding. Zo nodig en mogelijk wordt de klant toegeleid naar opname in een jeugd-RIBW (leren om zelfstandig te wonen, zinvolle dagactiviteit te hebben en te functioneren in de maatschappij). Na uitstroom uit de RIBW heeft de klant begeleiding nodig om zelfstandig te wonen. Daarbij is sprake van individuele begeleiding in een afnemende intensiteit in de loop van 1- 2 jaar. Tevens vinden groepsgewijze activiteiten plaats. Dagactiviteiten richten zich op voorbereiding op regulier werk en participeren in sport- en welzijnsactiviteiten. Er is bij deze jongeren dus sprake van een zorgketen die wordt doorlopen, waarbij ook diagnostiek en behandeling uit de Zvw en AWBZ-zorg met verblijf aan de orde kan zijn (Verblijf met Begeleiding, soms behandeling) en deels Wmo-zorg (individuele begeleiding en dagactiviteiten).

Volwassenen met een Psychiatrische stoornis

De doelgroep bestaat uit klanten met een (al dan niet gediagnosticeerde) chronische psychiatrische aandoening die hen belemmeren op enkele of vele levensgebieden. Vaak komen combinaties van stoornissen voor. Deze klanten hebben niet alleen last van hun aandoening, maar ook van de gevolgen ervan. Door deze gevolgen zijn ze blijvend beperkt in hun deelname aan het maatschappelijk verkeer. Ze hebben bijvoorbeeld moeite met het vinden of behouden van werk, met sociale contacten en relaties of met (zelfstandig) wonen. Klanten hebben vaak hun leven lang ondersteuning nodig. De aandoening gaat namelijk niet over. De meest voorkomende aandoeningen met blijvende beperkingen zijn:

1. Stemmingsstoornissen: bijvoorbeeld depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis.
2. Angststoornissen: bijvoorbeeld paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en gegeneraliseerde angststoornis.
3. Middelenstoornissen: bijvoorbeeld alcohol- of drugsmisbruik en alcohol- of drugsafhankelijkheid.
4. Aandachtstekort- of gedragsstoornissen: ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis.
5. Psychotische stoornissen: een psychose is een psychiatrisch toestandsbeeld, waarbij de klant het normale contact met de - door zijn omgeving ervaren - werkelijkheid geheel of gedeeltelijk kwijt is, bijvoorbeeld schizofrenie.
6. Combinaties van stoornissen.

De hulpvraag van deze groep varieert qua intensiteit. De aandoening maakt dat klanten ten gevolge van soms kleine gebeurtenissen in hun omgeving uit balans raken en dan voor korte of langere tijd meer of andere zorg nodig hebben. Dit is een kenmerk dat specifiek voor de ggz klant geldt en niet of veel minder voor klanten in de ouderen- of gehandicaptenzorg. Iemand in de ouderenzorg heeft in het algemeen een progressieve aandoening waardoor de hulpvraag steeds groter wordt.

Begeleiding Individueel richt zich vooral op:

1. structureren en ondersteunen van de eigen regie;
2. ondersteunen bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten;
3. inzicht geven in gevolgen van eigen optreden;
4. terugvalpreventie en toezicht op medicatiegebruik.

Begeleiding dagactiviteit is bedoeld voor:

1. opbouwen van een normaal werkritme en werkervaring;
2. bevorderen van samenwerking met anderen.

Kinderen met een Verstandelijke handicap 0 tot 18 jaar

Begeleiding van verstandelijke gehandicapten begint vaak als vanaf de geboorte en is vaak levenslang aanwezig op alle levensgebieden. Kinderen met een verstandelijke beperking wonen vaak thuis bij hun ouders, in een woonwijk waar zij kunnen opgroeien met leeftijdsgenootjes. Ambulante werkers bieden begeleiding aan huis, voor kind en gezin. Van verzorgingstaken tot en met opvoedingsondersteuning en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke beperking. Bij deelname aan regulier onderwijs is vaak begeleiding nodig. Niet alleen voor het kind, maar (soms) ook voor de ouders en/of het schoolteam. Er is begeleiding op alle leefgebieden, vaak in goed overleg met Jeugdzorg, maatschappelijk werk en andere betrokken instanties.

De kinderen in deze klantgroep varieert. Er zijn kinderen van 1, 2 jaar waarvan de diagnose nog niet helder is en waar nog veel ontwikkeling in zit. En daarnaast zijn er jongeren van 17, 18 jaar waar meer wordt gewerkt aan het toekomstperspectief en waar het gedrag nogal

eens voor problemen zorgt. De verstandelijke beperking kan zijn gecombineerd met lichamelijke problematiek, gedragsproblematiek of bijvoorbeeld autisme of andere psychiatrische problematiek. Het gaat in deze klantgroep om kinderen met een matige of ernstige verstandelijke beperking die ondersteuning krijgen in de gezinssituatie (opvoedondersteuning). Het merendeel van de jongeren bezoekt speciaal onderwijs, bijvoorbeeld een ZMLK school. De kinderen hebben problemen met hun concentratie. Hun aandachtsspanne is kort. Een beperkt aantal kinderen blijft met leerplichtontheffing het Kinderdagcentrum (KDC) bezoeken. Sommige kinderen hebben aanvullende AWBZ-begeleiding en verzorging op school.

Begeleiding individueel voor kinderen met een verstandelijke handicap kan worden ingezet bij het aanleren van structuur, het ondersteunen bij praktische vaardigheden en het bieden van toezicht. Dagactiviteit voor kinderen met een verstandelijke handicap is in 2010 voor een deel omgezet naar Behandeling groep. Het betreft het dagprogramma waarin behandeling een wezenlijk onderdeel van het programma is. Deze zorg zal naar verwachting niet naar de gemeenten worden overgeheveld. Begeleiding groep omvat de overige vormen van dagactiviteit.

Volwassenen met een Verstandelijke handicap

Dit betreft mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking. Ze wonen bij hun ouders (soms al op leeftijd), andere familie of begeleid zelfstandig. Klanten kunnen ook een eigen gezin hebben. Deze mensen staan meestal open voor hulp. Zelfonderschatting of overvraging door de omgeving komt vaak voor. Het zijn klanten die in staat zijn een dagactiviteitencentrum te bezoeken of die een vorm van arbeid verrichten. Het kan daarbij gaan om werkzaamheden met een arbeidsmatig karakter op een locatie van een zorgaanbieder tot het gedetacheerd zijn in een normale bedrijfsomgeving. Ze werken bijvoorbeeld in plantsoenen, de supermarkt of een klussendienst. De hoeveelheid werkdruk, die de klanten aankunnen, verschilt. Hoe meer druk ze aankunnen, hoe hoger vaak het werkniveau. Hierbij wordt er meer van klanten verwacht dan alleen maar bezig zijn.

Voor volwassen met een verstandelijke beperking bestaat onder andere een aanbod van begeleid zelfstandig wonen. Daarbij komen medewerkers van een VG-aanbieder op afgesproken tijdstippen aan huis. Op basis de vraag en behoefte van de klant bieden zij passende begeleiding, waarbij zij aanhaken bij ieders leefomstandigheden en mogelijkheden. Met begeleiding kunnen mensen zelfstandig blijven wonen, worden de noodzakelijke persoonlijke verzorging en het huishouden gedaan, blijven de financiële zaken redelijk op orde (zo nodig in beheer) en worden eventuele gedragsproblemen hanteerbaar. Ook vinden mensen met hulp van hun begeleider de weg naar dagactiviteit of (vrijwilligers-) werk en wordt dit ook volgehouden.

Begeleiding Individueel en Begeleiding Groep voor mensen met een verstandelijke handicap, zijn ingebed in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Begeleiding Individueel richt zich op het ondersteunen bij dagelijkse problemen in het zo zelfstandig mogelijk leven, wonen en werken. Een groot deel van deze groep maakt gebruik van Begeleiding Groep in de vorm van dagactiviteit. Dagactiviteit voor verstandelijk gehandicapten vanaf twintig jaar heeft zich de laatste vijftien jaar ontwikkeld tot bij de persoon passende werkzaamheden. Voor hen zelf is het belangrijk om te ‘werken’, net als broers en zussen. Zelfstandig werken bij een baas is voor hen echter onmogelijk. Er is voortdurend begeleiding en toezicht nodig.

Lichamelijke handicap

Binnen de groep mensen met een lichamelijke handicap is er een grote variatie aandoeningen, beperkingen en hulpvragen. Bij veel van deze mensen heeft de handicap impact op alle levensgebieden en is ondersteuning levenslang en continu nodig. Onder de

groep lichamelijke handicap vallen mensen met ernstige fysieke/motorische beperkingen en ook mensen met niet-aangeboren hersenletsel met meervoudige problematiek. Het zijn in een aantal gevallen aandoeningen die wisselend kunnen verlopen. Voor de meeste mensen met een lichamelijk handicap geldt dat zij meer dan gemiddeld gebruik maken van de gezondheidszorg (revalidatie, specialisten, huisarts) en dat er ook een groter risico is op bijkomende chronische aandoeningen. Bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is er bovendien een groter risico op bijkomende psychiatrische problematiek en maatschappelijke overlast.

De begeleiding voor lichamelijk gehandicapten is vaak verweven met persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling. Coördinatie en afstemming bij de vaak complexe en meervoudige zorgvraag van deze groep is belangrijk. Vooral voor mensen met complexe NAH geldt dat specifieke kennis noodzakelijk is om integrale zorg op maat te kunnen leveren. Daarnaast heeft begeleiding voor mensen met een lichamelijke handicap heeft grote overeenkomsten met mensen met een somatische aandoening. Ook hier is Begeleiding Individueel vooral gericht op het ondersteunen bij praktische zaken, om de zelfredzaamheid zo optimaal mogelijk te maken. Begeleiding Groep kan worden ingezet als de persoon door zijn handicap niet in staat is te werken in een normaal dienstverband.

Zintuiglijke handicap

In Nederland leven ongeveer 300.000 mensen met een visuele beperking (blind en slechtziend). De meesten hiervan functioneren zelfstandig en spelen een actieve rol in de maatschappij , een deel is gezien problematiek en/of bijkomende beperkingen (verstandelijk, V&V) aangewezen op een verblijfsvoorziening.

Er zijn in de Gooi en Vechtstreek 81 klanten die begeleiding ontvangen door een zintuiglijke handicap. Deze groep bestaat ui mensen met een visuele handicap (slechtziend tot blind) en mensen met een auditieve handicap (slechthorend tot doof). De groep visueel gehandicapten is in deze regio iets groter door de aanwezigheid van Koninklijke Visio. Een zeer klein deel van de groep ontvangt begeleiding door een visueel-auditieve handicap. De begeleiding betreft altijd gespecialiseerde begeleiding afgestemd op de handicap. Begeleiding wordt geboden vanuit gespecialiseerde zorgorganisaties, soms in combinatie met andere vormen van AWBZ-zorg.

BIJLAGE 3 KRACHTENVELD

Staten-Generaal

Voor de levering van begeleiding stelt de Staten-Generaal drie wetten vast: 1) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), 2) de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Met de AWBZ regelt de Staten-Generaal het volgende:
1. De kring der verzekerden.
2. De aanspraken waar de verzekerden recht op hebben.
3. Het stelsel waarbinnen de aanspraken tot stand komen.

Met de Wmg regelt de Staten-Generaal het volgende:
1. Taken en bevoegdheden van de Nederlandse zorgautoriteit.
2. Hoe het tarief van de begeleiding tot stand komt.
3. Transparantie over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van begeleiding.
4. Het creëren van mogelijkheden om toezicht te houden op de zorgmarkt en om in te grijpen als deze niet functioneert.

Met de WTZi regelt de Staten-Generaal het volgende:
Zorginstellingen hebben een toelating nodig van uitvoeringsorganisatie CIBG wanneer zij zorg willen aanbieden die wordt vergoed uit de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) regelt deze toelatingen, stelt regels voor goed bestuur en bepaalt in welke gevallen zorginstellingen winst mogen uitkeren.

De Minister

De Minister geeft uitvoering aan de AWBZ, de Wmg en de WTZi. Het voornaamste instrument dat de Minister hiervoor gebruikt is de Algemene Maatregel van Bestuur:
1. Besluit zorgaanspraken AWBZ.
2. Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG
3. Uitvoeringsbesluit WTZi

Centrum Indicatiestelling Zorg / Bureau Jeugdzorg

Klanten met een zorgbehoefte kunnen zelf naar een indicatieorgaan stappen, of zij kunnen hiernaar worden doorverwezen door bijvoorbeeld een huisarts. Om aanspraak op AWBZ-zorg te maken is namelijk een indicatiebesluit van het indicatieorgaan nodig. Het indicatieorgaan onderzoekt de situatie van de klant en geeft binnen zes weken na de aanvraag een indicatiebesluit af. Hierin staat vermeld welke zorg de klant nodig heeft, vanwege welke grondslag, hoeveel zorg dit is en hoe lang de zorg mag duren. De omvang per functie wordt geduid in klassen (gemiddeld aantal uren met een bandbreedte of aantal dagdelen per week). Mocht er acuut zorg nodig zijn dan is in het Zorgindicatiebesluit geregeld dat maximaal 2 weken zorg verleend kan worden zonder indicatie. Het indicatieorgaan moet dan vóór het verstrijken van die twee weken een indicatie stellen.
De indicatie wordt vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor jeugdigen (jonger dan 18 jaar) met een psychiatrisch probleem wordt de indicatie echter vastgesteld door Bureau Jeugdzorg (BJZ). Daarnaast geldt, dat klanten die voor hun 18e door een Bureau Jeugdzorg zijn geïndiceerd, zo nodig tot hun 23ste indicaties van Bureau Jeugdzorg krijgen.

Zorgkantoor

Nadat een indicatie is afgegeven door het CIZ, kan de klant de zorg aanvragen bij het Zorgkantoor in de eigen regio. Er zijn in Nederland 32 zorgkantoren en regio's. Amsterdam en Diemen vormen samen één zorgkantoorregio. Het Zorgkantoor Agis werkt voor alle

verzekerden binnen deze regio en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZzorg hier. Het Zorgkantoor stemt het aanbod op de vraag af en zorgt voor de contractering van zorg bij zorgaanbieders (zorg in natura, ZIN). Daarnaast kent het Zorgkantoor ook het Persoonsgebonden Budget (PGB) toe. Met een PGB ontvangt de klant een budget waarmee hij zelf de benodigde zorg kan inkopen. De klant huurt dan eigen personeel in op de tijd die hem of haar het beste uitkomt. De klant legt verantwoording af over de gedane uitgaven aan het Zorgkantoor. Ook een combinatie van ZIN en PGB is mogelijk. Het toegekende PGB-bedrag is gebaseerd op de geïndiceerde functies en klassen en betreft 75% van de kosten van ZIN. De reden hiervoor is de besparing op de overheadkosten die bij ZIN aan de orde zijn.

Een klant kan al bij de aanvraag voor een indicatie aangeven of hij zijn zorg in natura of als PGB wil ontvangen en of hij al een aanbieder van voorkeur heeft. Dit wordt door het CIZ doorgegeven aan het Zorgkantoor. Als er geen sprake is van een voorkeursaanbieder dan neemt het Zorgkantoor contact op met de klant om te bepalen van wie hij zorg gaat ontvangen. Dit is de zorgtoewijzing. Als er sprake is van een wachtlijst bij de aanbieder van voorkeur, dan moet het Zorgkantoor zo snel mogelijk een binnen de indicatie passend alternatief aanbod doen, zodat de wachttijd verantwoord kan worden overbrugd. Dit aanbod heet dan overbruggingszorg.

Om het berichtenverkeer tussen het indicatieorgaan, het Zorgkantoor en de zorgaanbieder digitaal te ondersteunen, is de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) ontwikkeld. Het CIZ voert de indicatie in de AZR in, en verstuurt die naar het Zorgkantoor. Als een aanbieder zorg gaat leveren aan een verzekerde meldt de aanbieder dit via de AZR aan het Zorgkantoor.

Ook als de zorg wordt beëindigd meldt de aanbieder dat via de AZR aan het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor kan die informatie gebruiken om te beoordelen of de geleverde zorg binnen de indicatie valt, en of er sprake is van wachtlijsten. Het is de bedoeling om de AZR in de toekomst ook voor de heffing van de eigen bijdragen te gaan gebruiken3.
Kosten van de AWBZ.

CAK

Voor AWBZ-begeleiding is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd, die gebaseerd is op het aantal uren genoten zorg. Afhankelijk van het inkomen is er een bovengrens aan de verschuldigde eigen bijdragen. De eigen bijdragen worden door het Centraal Administratiekantoor (CAK) berekend en geïnd. Deze berekening en facturering van de eigen bijdrage, gerelateerd aan het aantal uren ontvangen zorg, door het CAK is een lang proces: nadat een klant bepaalde zorg heeft ontvangen, stuurt de zorgaanbieder de gegevens over de soort en het aantal ontvangen uren zorg naar het CAK. Het CAK controleert deze informatie vervolgens aan de hand van gegevens van de belastingsdienst (verzamelinkomen), de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en het Uitkeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Op basis hiervan wordt de eigen bijdrage per zorgperiode van vier weken berekend. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van leeftijd, inkomen en gezinssamenstelling.

CIBG

Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI)
Wat is het UZI-register?
Het UZI-register maakt de elektronische identificatie van zorgverleners mogelijk. Wij verstrekken hiervoor UZI-passen aan zorgverleners en hun medewerkers. De UZI-pas is een soort elektronisch paspoort. Daarnaast geven wij ook een elektronische identiteit uit voor systemen van zorgverleners.

Zorginstellingen die zorg willen aanbieden op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), hebben een toelating van de minister of staatssecretaris van het ministerie van VWS nodig (cigb.nl).

Zorgregister helpt inspectie én consument
Het Zorgregister is een van de vele registers die het CIBG beheert. In het Zorgregister staan privéklinieken en particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen geregistreerd.

Sinds 29 mei 2010 zijn deze instellingen verplicht zich te registreren. De registratie helpt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om toezicht op dit soort instellingen te kunnen houden. Sinds kort kunnen ook nieuwe toetreders in de zorg, zoals zorgboerderijen en particuliere thuiszorgorganisaties, zich vrijwillig in het Zorgregister registreren.

Inspectie voor de Gezondheidszorg
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel.

College voor zorgverzekeringen
De kosten van de AWBZ worden opgebracht door wettelijk verplichte premies, eigen bijdragen en rijksbijdragen (Wet financiering sociale verzekeringen). Deze gelden vloeien naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dat door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wordt beheerd. Het CVZ betaalt via het CAK voorschotten aan de Zorgkantoren op basis van de gerealiseerde productie.

De overheid moet over het basispakket solide, goed onderbouwde beslissingen kunnen nemen die in overeenstemming zijn met maatschappelijke ontwikkelingen en wetenschappelijke bevindingen. De overheid neemt die beslissingen vaak op basis van adviezen van het CVZ over de inhoud en samenstelling van het pakket van de Zvw en de AWBZ. Aan de adviezen van het CVZ liggen niet alleen zorginhoudelijke, maar ook de financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag.

Naast adviezen brengt het CVZ ook standpunten uit. Hierin verduidelijkt het CVZ onderdelen van de Zvw en AWBZ, bijvoorbeeld naar aanleiding van een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Aanpassingen van het zorgpakket vinden doorgaans per de eerste dag van een nieuw kalenderjaar plaats. Wijzigingen van het pakket die voortvloeien uit een standpunt, gaan in zodra het standpunt openbaar is gemaakt.

Verdelen van premiegeld onder zorgverzekeraars
Kosten voor verleende zorg brengen zorgverleners bij de zorgverzekeraars en zorgkantoren in rekening. Deze kosten worden grotendeels gedekt door de gezamenlijke premies die verzekerden betalen: de nominale (vaste) premies en de procentuele premies. De zorgverzekeraars innen de nominale premies. Werkgevers en uitkeringsinstanties houden de procentuele premies op het inkomen van de verzekerde in en storten die in twee fondsen: het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Het CVZ administreert alle procentuele premies en verdeelt deze onder de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Omdat de zorgverzekeraars iedereen voor de Zvw moeten accepteren, ontvangen zij bij de premierverdeling een compensatie voor verzekerden in bepaalde risicogroepen. Dit heet risicoverevening.

Nederlandse Zorgautorieit

De Nederlandse Zorgautorieit (NZa) stelt maximum prijzen vast in beleidsregels (Wet marktwerking gezondheidszorg). Ook toetst zij de rechtmatigheid van de uitgaven van zorgkantoren. De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. De NZa stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat is gereguleerd en stelt condities voor marktwerking vast, die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd kunnen worden.[16] Concreet op het gebied van begeleiding stelt de NZa de tarieven vast voor begeleidingsproducten en toetst zij de rechtmatigheid van de uitgaven van zorgkantoren.

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

De kosten van de AWBZ worden opgebracht door wettelijk verplichte premies, eigen bijdragen en rijksbijdragen (Wet financiering sociale verzekeringen). Deze gelden vloeien naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), dat door het CVZ wordt beheerd. Het CVZ betaalt via het CAK voorschotten aan de Zorgkantoren op basis van de gerealiseerde productie.

De overheid moet over het basispakket solide, goed onderbouwde beslissingen kunnen nemen die in overeenstemming zijn met maatschappelijke ontwikkelingen en wetenschappelijke bevindingen. De overheid neemt die beslissingen vaak op basis van adviezen van het CVZ over de inhoud en samenstelling van het pakket van de Zvw en de AWBZ. Aan de adviezen van het CVZ liggen niet alleen zorginhoudelijke, maar ook financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag.

Naast adviezen brengt het CVZ ook standpunten uit. Hierin verduidelijkt het CVZ onderdelen van de Zvw en AWBZ, bijvoorbeeld naar aanleiding van een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Aanpassingen van het zorgpakket vinden doorgaans per de eerste dag van een nieuw kalenderjaar plaats. Wijzigingen van het pakket die voortvloeien uit een standpunt, gaan in zodra het standpunt openbaar is gemaakt.

[16] website nza.nl http://www.nza.nl/organisatie/

BIJLAGE 4 CIJFERMATERIAAL

	NZA tarief 2011	Volume	Budgettair kader AWBZ (excl. vervoer)
Dagactiviteit kinderen (0 tot 18 jaar)	***Per dagdeel van 4 uur***		
Verstandelijk gehandicapt kind licht	€ 46,26	0,00%	€ 0
Verstandelijk gehandicapt kind midden	€ 60,48	0,00%	€ 0
Verstandelijk gehandicapt kind zwaar	€ 97,57	0,68%	€ 126.841
Verstandelijk gehandicapt kind ernstig meervoudig gehandicapt	€ 97,57	0,00%	€ 0
Verstandelijk gehandicapt kind gedrag	€ 60,48	0,00%	€ 0
Lichamelijk gehandicapt kind licht	€ 51,89	0,00%	€ 0
Lichamelijk gehandicapt kind midden	€ 62,50	0,00%	€ 0
Lichamelijk gehandicapt kind zwaar	€ 78,30	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind auditief licht	€ 56,66	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind auditief midden	€ 71,51	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind auditief zwaar	€ 90,50	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind visueel licht	€ 45,39	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind visueel midden	€ 54,95	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt kind visueel zwaar	€ 70,82	0,00%	€ 0
Dagactiviteit volwassenen (18 jaar en ouder)	***Per dagdeel van 4 uur***		
Basis	€ 34,53	5,95%	€ 1.115.342
Somatiek ondersteunend	€ 63,81	3,66%	€ 686.298
Somatiek revalidatie	€ 63,81	0,44%	€ 82.400
Psychogeriatrie	€ 63,81	15,97%	€ 2.995.709
Verstandelijk gehandicapt licht	€ 36,74	2,24%	€ 419.828
Verstandelijk gehandicapt midden	€ 46,51	7,12%	€ 1.335.829
Verstandelijk gehandicapt zwaar	€ 71,57	1,29%	€ 242.527
Lichamelijk gehandicapt licht	€ 46,92	0,00%	€ 0
Llichamelijk gehandicapt midden	€ 53,08	1,02%	€ 191.831
Lichamelijk gehandicapt zwaar	€ 56,85	3,87%	€ 725.254
Zintuiglijk gehandicapt auditief licht	€ 47,85	0,03%	€ 6.221
Zintuiglijk gehandicapt auditief midden	€ 58,25	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt auditief zwaar	€ 65,21	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt visueel licht	€ 36,58	0,25%	€ 47.237
Zintuiglijk gehandicapt visueel midden	€ 41,69	0,00%	€ 0
Zintuiglijk gehandicapt visueel zwaar	€ 45,53	0,19%	€ 35.104
Jong licht verstandelijk gehandicapt (18-23)	€ 121,87	0,01%	€ 1.760
Dagactiviteit langdurig zorg afhankelijk	€ 10,50 (p.u.)	0,59%	€ 110.865
Inloopfunctie geestelijke gezondheidszorg	€ 3.666,77 (p.j.)	0,00%	€ 0
Nachtverzorging (2 dagdelen per week)	€ 43,62	0,00%	€ 0
Nachtverpleging (2 dagdelen per week)	€ 80,53	0,00%	€ 0

vervolg	NZA tarief 2011	Volume	Budgettair kader AWBZ (excl. vervoer)
Begeleiding individueel	***Per uur***		
Begeleiding	€ 50,27	36,3%	€ 6.806.383
Begeleiding extra	€ 53,84	4,2%	€ 793.985
Begeleiding speciaal 1 (Niet aangeboren hersenletsel)	€ 82,63	2,4%	€ 445.240
Gespecialiseerde begeleiding (psychiatrie)	€ 87,50	12,8%	€ 2.394.779
Begeleiding ((Jeugd) Licht verstandelijk gehandicapten)	€ 97,03	0,5%	€ 86.580
Begeleiding Zintuiglijk gehandicapt visueel	€ 91,76	0,6%	€ 105.007
Begeleiding Zintuiglijk gehandicapt auditief	€ 76,62	0,0%	€ 332
Begeleiding speciaal 2 (visueel)	€ 112,81	0,0%	€ 0
Begeleiding speciaal 2 (auditief)	€ 97,66	0,0%	€ 0
TOTAAL		**100%**	**€ 18.628.511**

De genoemde NZa tarieven zijn maximale tarieven. Het zorgkantoor bepaald het tarief wat een instelling krijgt op basis van kwaliteitseisen die zij stellen. Een tarief van 70% van het NZA tarief is ongeveer de ondergrens.

Bron: Agis Zorgkantoor 2011
Begeleiding groep plus Vervoer (alle 10 gemeenten)

Klasse	ZIN	PGB	Totaal	Geschat aantal aanwezigheids dagen per week	Geschat aantal aanwezigheids dagen per jaar
1	34	105	139	139	7.228
2	52	137	189	189	9.828
3	13	44	57	86	4.446
4	230	31	261	522	27.144
5	11	14	25	63	3.250
6	120	12	132	396	20.592
7	2	3	5	18	910
8	32	2	34	136	7.072
9	66	27	93	419	21.762
10	0	12	12	60	3.120
Totaal	560	387	947	2.026	105.352

Bron: NZa 2011

Prestatie	Totaalwaarde per (aanwezigheids) dag
Vervoer dagactiviteit VG licht	€ 11,31
Vervoer dagactiviteit VG (rolstoel) VG midden en zwaar	€ 18,93
Vervoer dagactiviteit VG kind emg, kind gedrag	€ 23,15
Vervoer dagactiviteit LG	€ 20,20
Vervoer dagactiviteit ZG	€ 10,89
Vervoer dagactiviteit ouderen	€ 15,99
Vervoer dagactiviteit GGZ	€ 16,12

Als er vanuit wordt gegaan van een gemiddeld tarief van € 16,66 per aanwezigheidsdag dan is het geschatte budget voor vervoer van en naar een dagactiviteit € 1.755.000,-.

Het totale budget voor dagactiviteit in de Gooi en Vechtstreek bedraagt volgens het Agis Zorgkantoor in 2011 € 14.970.000,-. Hiermee bedraagt het vervoer 11,7% van de kosten van de dagactiviteit.

Geschatte budget begeleiding (bron: CAK en Agis Zorgkantoor)

Gemeenten	Zorg in natura 2011	PGB 2011 Schatting	Budget 2011 Schatting
Blaricum	€ 644.000	€ 571.000	€ 1.213.000
Bussum	€ 3.174.000	€ 2.814.000	€ 5.988.000
Eemnes (schatting)	€ 566.000	€ 502.000	€ 1.068.000
Hilversum	€ 7.381.000	€ 6.545.000	€ 13.926.000
Huizen	€ 3.593.000	€ 3.186.000	€ 6.778.000
Laren	€ 1.141.000	€ 1.012.000	€ 2.153.000
Muiden	€ 182.000	€ 161.000	€ 343.000
Naarden	€ 959.000	€ 851.000	€ 1.809.000
Weesp	€ 1.686.000	€ 1.495.000	€ 3.181.000
Wijdemeren (Schatting)	€ 1.977.000	€ 1.753.000	€ 3.730.000
Gooi en Vechtstreek plus Eemnes	**€ 21.303.000**	**€ 18.890.000**	**€ 40.189.000**

Het budget wat naar de gemeenten wordt overgeheveld wordt gebaseerd op 2010 en gaat gepaard met een korting van 5%. Dit zou voor de G&V een korting van € 2 miljoen beteken. De PGB 'kan-bepaling' gaat ook gepaard met een korting op het budget voor begeleiding dat naar de gemeenten gaat. Het Rijk gaat er namelijk van uit dat eenderde van de huidige pgb-houders voor extramurale begeleiding geen beroep op zorg in natura zal doen als het recht op een pgb wordt beperkt. De hoogte van de korting is nog niet bekend. Naar verwachting bestaat 47% van het totale begeleidingsbudget van 2010/ 2011 uit PGB. Eenderde van het PGB budget in de G&V is € 5,7 miljoen. Dit kan betekenen dat het overgehevelde budget in slechts € 33 miljoen is i.p.v. de € 40 miljoen in 2011 wat een korting inhoudt van 17,5%. Hierbij is de indexering van het zorgkantoor over 2011 en 2012 nog niet meegenomen.

Klanten met begeleiding: leeftijd per grondslag Gooi & Vechtstreek plus Eemnes (Bron: Agis Zorgkantoor)

Leeftijd	0-17	18-29	30-64	65 plus	Totaal
Grondslag	jaar	jaar	jaar		
Somatiek	2%	1%	12%	85%	100%
Psychogeriatrie	0%	0%	4%	96%	100%
Psychiatrie	37%	12%	44%	6%	100%
Lichamelijk gehandicapt	19%	8%	48%	25%	100%
Verstandelijk gehandicapt	44%	23%	30%	3%	100%
Zintuiglijk gehandicapt	27%	8%	34%	31%	100%
Totaal	**18%**	**7%**	**24%**	**50%**	**100%**

Leeftijd	0-17	18-29	30-64	65 plus	Totaal
Grondslag	jaar	jaar	jaar		
Somatiek	4%	4%	23%	75%	**44%**
Psychogeriatrie	0%	0%	1%	18%	**9%**
Psychiatrie	48%	39%	44%	3%	**24%**
Lichamelijk gehandicapt	5%	5%	9%	2%	**5%**
Verstandelijk gehandicapt	40%	51%	21%	1%	**17%**
Zintuiglijk gehandicapt	2%	2%	2%	1%	**2%**
Totaal	100%	100%	100%	100%	**100%**

Aantal unieke klanten begeleiding juli 2011 (Bron: CIZ en Agis Zorgkantoor)

Grondslag & leeftijd	G & V + Eemnes	Blaricum	Bussum	Eemnes	Hilversum	Huizen	Laren	Muiden	Naarden	Weesp	Wijdemeren
Somatiek 0-64 jaar	163	2	19	11	66	22	9	3	13	9	9
Somatiek 65-74 jaar	92	1	21	2	22	21	7	2	3	7	6
Somatiek 75 plus	280	14	39	5	81	31	29	5	30	22	24
Psychogeriatrie 65 plus	241	11	36	5	81	28	20	2	23	5	30
Psychiatrie 0-17 jaar	403	20	37	1	158	74	18	9	31	16	39
Psychiatrie 18 plus	717	15	118	21	308	127	21	4	18	60	25
Verstandelijk gehandicapt 0-17 jaar	337	14	35	10	128	66	11	5	16	19	33
Verstandelijk gehandicapt 18 plus	363	8	33	6	170	65	13	5	8	32	23
Lichamelijk gehandicapt	183	10	25	10	53	49	4	2	7	12	11
Zintuiglijk gehandicapt	81	3	4	1	23	24	2	1	3	17	3
Totaal	**2.860**	**98**	**367**	**72**	**1.090**	**507**	**134**	**38**	**152**	**199**	**203**

Verdeling ZIN/ PGB per leeftijdscategorie en grondslag Gooi & Vechtstreek (Bron: Agis Zorgkantoor)

Leeftijd	0-17 jaar		18-29 jaar		30-64 jaar		65 plus		Totaal	Totaal
Grondslag	ZIN	PGB	ZIN	PGB	ZIN	PGB	ZIN	PGB	ZIN	PGB
Somatiek	27%	73%	25%	75%	66%	34%	89%	11%	85%	15%
Psychogeriatrie		n.v.t.		n.v.t.	93%	7%	89%	11%	88%	12%
Psychiatrie	12%	88%	36%	64%	77%	23%	88%	12%	49%	51%
Lichamelijk gehandicapt	20%	80%	25%	75%	64%	36%	75%	25%	55%	45%
Verstandelijk gehandicapt	33%	67%	48%	52%	89%	11%	71%	29%	54%	46%
Zintuiglijk gehandicapt	37%	63%	83%	17%	75%	25%	96%	5%	72%	28%
Totaal	**22%**	**78%**	**42%**	**58%**	**76%**	**24%**	**89%**	**11%**	**70%**	**30%**

Bron: CAK 2011
Zorg in natura producten

Product omschrijving	Blaricum	Bussum	Hilversum	Huizen	Laren	Muiden	Naarden	Weesp	Eindtotaal
Begeleiding Individueel									
H150 - Begeleiding extra	1	13	30	34	1		8	16	**103**
H152 - Begeleiding speciaal 1 (nah)	4	10	13	7	2			6	**42**
H153 - Gespecialiseerde begeleiding (psy)	10	62	144	46	9	2	13	30	**316**
H157 - Begeleiding (j(l)vg)			7						**7**
H300 - BG Begeleiding	17	88	194	109	31	2	36	30	**507**
H301 -BG ZG Visueel		1	5	5	2			9	**22**
H303 -BG ZG Auditief				1					**1**
Begeleiding dagactiviteit									
F125 - Dagactiviteit - LZA		12	58	11		1	2	4	**88**
H531 - Dagactiviteit Basis	8	26	57	27	24	3	12	23	**180**
H533 - Module Clientkenmerk (pg)	8	36	83	43	23	2	22	13	**230**
H800 - Module Clientkenmerk (Som-Ondersteunend)	5	5	22	6	6	3	4	12	**63**
H801 - Module Clientkenmerk (Som-Revalidatie)	1		4		2				**7**
H811 - Dagactiviteit VG licht		1	13	10			2	8	**34**
H812 - Dagactiviteit VG midden	1	7	36	22	6	3	3	6	**84**
H813 - Dagactiviteit VG zwaar		1	3	3				1	**8**
H816 - Dagactiviteit VG kind zwaar			2	1					**3**
H832 - Dagactiviteit LG midden	3	5	12	7	4	1	2	5	**39**
H833 - Dagactiviteit LG zwaar	4	21	22	27	2		3	5	**84**
H851 - Dagactiviteit ZG auditief licht			1				1		**2**
H871 - Dagactiviteit ZG visueel licht	2	3	2	6			3	2	**18**
H873 - Dagactiviteit ZG visueel zwaar				3					**3**
Eindtotaal	64	291	708	368	112	17	111	170	**1.841**

De cijfers zijn een gemiddelde van het aantal afgenomen producten in week 13 t/m 24 van 2011. De cijfers zijn dus geen unieke klanten. Een klant kan maximaal één product individueel en één product dagactiviteit afnemen per periode.

Product	Blaricum	Bussum	Hilversum	Huizen	Laren	Muiden	Naarden	Weesp	Totaal
Begeleiding Individueel									
H150 - Begeleiding extra	€ 27.717	€ 298.391	€ 127.580	€ 143.208	€ 70.587	€ 0	€ 16.102	€ 110.401	**€ 793.985**
H152 - Begeleiding speciaal 1 (niet aangeboren hersenletsel)	€ 34.028	€ 69.918	€ 194.184	€ 81.346	€ 7.340	€ 0	€ 0	€ 58.424	**€ 445.240**
H153 - Gespecialiseerde begeleiding (psychiatrie)	€ 59.434	€ 476.360	€ 1.113.037	€ 319.385	€ 59.782	€ 11.470	€ 72.926	€ 282.384	**€ 2.394.779**
H157 - Begeleiding (j(l)vg)	€ 0	€ 0	€ 86.580	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 86.580**
H300 - BG Begeleiding	€ 238.317	€ 1.237.120	€ 2.809.922	€ 1.283.004	€ 413.872	€ 25.178	€ 376.404	€ 422.567	**€ 6.806.383**
H301 -BG ZG Visueel	€ 0	€ 6.163	€ 27.436	€ 23.427	€ 11.034	€ 0	€ 0	€ 36.946	**€ 105.007**
H303 -BG ZG Auditief	€ 0	€ 0	€ 0	€ 332	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 332**
Begeleiding Dagactiviteit									
F125 - Dagactiviteit - LZA	€ 46	€ 17.863	€ 69.342	€ 12.331	€ 0	€ 3.231	€ 2.685	€ 5.369	**€ 110.865**
H531 - Dagactiviteit Basis	€ 34.565	€ 149.181	€ 369.736	€ 161.301	€ 143.944	€ 22.145	€ 86.785	€ 147.685	**€ 1.115.342**
H533 - Module Clientkenmerk (psychogeriatrie)	€ 127.195	€ 457.071	€ 1.105.763	€ 608.875	€ 248.306	€ 10.507	€ 256.048	€ 181.944	**€ 2.995.709**
H800 - Module Clientkenmerk (Somatiek-Ondersteunend)	€ 39.264	€ 45.348	€ 246.647	€ 71.893	€ 60.832	€ 29.310	€ 42.030	€ 150.974	**€ 686.298**
H801 - Module Clientkenmerk (Somatiek-Revalidatie)	€ 10.507	€ 0	€ 42.030	€ 0	€ 29.863	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 82.400**
H811 - Dagactiviteit VG licht	€ 0	€ 18.150	€ 138.191	€ 149.017	€ 0	€ 0	€ 19.901	€ 94.569	**€ 419.828**
H812 - Dagactiviteit VG midden	€ 8.465	€ 128.182	€ 591.530	€ 356.933	€ 64.091	€ 58.448	€ 26.201	€ 101.981	**€ 1.335.829**
H813 - Dagactiviteit VG zwaar	€ 0	€ 26.051	€ 97.383	€ 84.357	€ 0	€ 0	€ 0	€ 34.735	**€ 242.527**
H816 - Dagactiviteit VG kind zwaar	€ 0	€ 0	€ 91.326	€ 35.515	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 126.841**
H832 - Dagactiviteit LG midden	€ 6.210	€ 35.652	€ 59.573	€ 27.832	€ 19.781	€ 21.161	€ 4.370	€ 17.251	**€ 191.831**
H833 - Dagactiviteit LG zwaar	€ 50.748	€ 202.007	€ 200.775	€ 186.241	€ 11.332	€ 0	€ 39.662	€ 34.489	**€ 725.254**
H851 - Dagactiviteit ZG auditief licht	€ 0	€ 0	€ 1.244	€ 0	€ 0	€ 0	€ 4.976	€ 0	**€ 6.221**
H871 - Dagactiviteit ZG visueel licht	€ 6.341	€ 0	€ 6.341	€ 17.912	€ 0	€ 0	€ 10.620	€ 6.024	**€ 47.237**
H873 - Dagactiviteit ZG visueel zwaar	€ 0	€ 5.706	€ 0	€ 29.397	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 35.104**
H891 - Dagactiviteit JLVG	€ 0	€ 0	€ 1.760	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	**€ 1.760**
Totaal	€ 642.836	€ 3.173.163	€ 7.380.381	€ 3.592.305	€ 1.140.764	€ 181.450	€ 958.711	€ 1.685.742	**€ 18.755.352**

Bron: CAK 2011 De bovenstaande budgetten zijn een extrapolatie van week 13 t/m 24 over heel 2011. Het aantal geleverde uren in deze perioden zijn vermenigvuldigd met het NZa tarief. Doordat het maximale tarieven betreffen die afwijken van de tarieven die het zorgkantoor daadwerkelijk hanteert per aanbieder komt het bedrag lager uit.

Bron: CAK 2011
G&V excl. Eemnes en Wijdemeren
Zorg in natura

Product omschrijving	NZA Tarief per uur of per dagdeel	Geschat jaar budget 2011
Begeleiding individueel		
H150 - Begeleiding extra	€ 53,84	€ 793.985
H152 - Begeleiding speciaal 1 (nah)	€ 82,63	€ 445.240
H153 - Gespecialiseerde begeleiding (psy)	€ 87,50	€ 2.394.779
H157 - Begeleiding (j(l)vg)	€ 97,03	€ 86.580
H300 - BG Begeleiding	€ 50,27	€ 6.806.383
H301 -BG ZG Visueel	€ 91,76	€ 105.007
H303 -BG ZG Auditief	€ 91,76	€ 332
Begeleiding Dagactiviteit		
F125 - Dagactiviteit - LZA	€ 10,50	€ 110.865
H531 - Dagactiviteit Basis	€ 34,53	€ 1.115.342
H533 - Module Clientkenmerk (pg)	€ 63,81	€ 2.995.709
H800 - Module Clientkenmerk (Som-Ondersteunend)	€ 63,81	€ 686.298
H801 - Module Clientkenmerk (Som-Revalidatie)	€ 63,81	€ 82.400
H811 - Dagactiviteit VG licht	€ 36,74	€ 419.828
H812 - Dagactiviteit VG midden	€ 46,51	€ 1.335.829
H813 - Dagactiviteit VG zwaar	€ 71,57	€ 242.527
H816 - Dagactiviteit VG kind zwaar	€ 97,57	€ 126.841
H832 - Dagactiviteit LG midden	€ 53,08	€ 191.831
H833 - Dagactiviteit LG zwaar	€ 56,85	€ 725.254
H851 - Dagactiviteit ZG auditief licht	€ 47,85	€ 6.221
H871 - Dagactiviteit ZG visueel licht	€ 36,58	€ 52.943
H873 - Dagactiviteit ZG visueel zwaar	€ 45,53	€ 29.397
H891 - Dagactiviteit JLVG	€ 121,87	€ 1.760
Eindtotaal		€ 18.755.352

Bron: Agis Zorgkantoor 2011
Afloopdatum indicatie G&V

Jaartal einde indicatie	
2011	6%
2012	21%
2013	16%
2014	14%
2015	21%
2016	11%
2026	10%
2110	1%
2111	1%
Totaal	100%

Het CIZ is in 2011 begonnen met het afgeven van 15 jarige indicaties voor klanten met een stabiele langdurige zorgvraag. De standaard indicatieduur is 5 jaar. Palliatieve terminale zorg wordt standaard voor 100 jaar afgegeven, zodat de zorg door blijft lopen totdat iemand overlijd.

Bron: CIZ trendrapportage 2012

	Nederland			Verandering
Functie Periode	1-1-2010	1-1-2011	1-10-2011	In genoemde perioden
Persoonlijke verzorging	231.135	244.735	251.630	8,9%
Begeleiding Individueel	142.500	147.120	154.820	8,6%
Begeleiding Groep	100.260	102.400	101.765	1,5%
Kortdurend verblijf	24.705	24.235	19.550	-20,9%
ZorgZwaartePakket V&V	189.875	188.710	191.605	0,9%
ZorgZwaartePakket GGZ	36.115	39.510	41.755	15,6%
ZorgZwaartePakket GZ	89.825	100.940	106.650	18,7%

	GGD regio G&V			Verandering
Functie Periode	1-1-2010	1-1-2011	1-10-2011	in genoemde perioden
Persoonlijke verzorging	2.800	2.825	2.945	5,2%
Begeleiding Individueel	1.705	1.645	1.655	-2,9%
Begeleiding Groep	1.325	1.305	1.300	-1,9%
Kortdurend verblijf	350	320	260	-25,7%
ZorgZwaartePakket V&V	4.135	4.165	4.100	-0,8%
ZorgZwaartePakket GGZ	410	470	510	24,4%
ZorgZwaartePakket GZ	1.190	1.295	1.360	14,3%

Deze cijfers betreffen het aantal afgegeven functies door het CIZ. Het betreffen dus geen unieke klanten. Een klant kan meerdere van de bovenste vier functies hebben. Het is niet mogelijk om meerder zorg zwaarte pakketten te hebben.
De daling in het aantal afgegeven begeleidingsfuncties in de Gooi en Vechtstreek is positief. Het budget dat de gemeenten krijgen in 2013 en 2014 wordt gebaseerd op 2010. Bij een stijging van het aantal klanten en afgegeven functies betekend dit dus dat er voor meer mensen meer begeleiding moet worden verzorgt voor hetzelfde budget.

De daling bij kortdurendverblijf is te verklaren doordat deze functie in 2011 helemaal veranderd is en de toegangscriteria erg aangescherpt zijn. De stijging in het aantal afgeven begeleidingsfuncties doet zich vooral in de grote steden voor. In Utrecht steeg het aantal afgeven functies Begeleiding Individueel met 22%, in Den Haag met 18% en in Amsterdam met 11%. De stijging in deze steden zit voornamelijk bij de grondslag psychiatrie. Een verklaring voor het feit dat deze stijging in de Gooi en Vechtstreek niet is opgetreden kan zitten in een andere beleid rondom de maatschappelijk opvang en een toename van 100 plekken in de intramurale GGZ bij de RIBW.

BIJLAGE 5 CIJFERS JEUGD

Kinderen bij BJZ van 1 januari 2010 t/m 31 december 2010

	AMK	AWBZ	JHV	JR	OTS	Voogdij	Totaal	
Blaricum	8	6	10	2	6	1	33	2,4%
Bussum	43	14	67	13	27	0	164	12,0%
Hilversum	84	62	220	67	135	20	588	42,9%
Huizen	42	33	104	38	53	7	277	20,2%
Laren	11	3	12	5	6	0	37	2,7%
Muiden	3	3	7	1	3	1	18	1,3%
Naarden	9	12	28	11	14	0	74	5,4%
Weesp	15	5	24	27	28	2	101	7,4%
Wijdemeren	11	9	39	8	11	0	78	5,7%
Regio Gooi & Vecht	226	147	511	172	283	31	1370	100,0%
	16,5%	10,7%	37,3%	12,6%	20,7%	2,3%	100,0%	

Bron: Bureau jeugdzorg Noord-Holland

Kinderen bij BJZ

	AMK	AWBZ	JHV	JR	OTS	Voogdij	Totaal	
Blaricum	7	10	6	1	6	0	30	1,9%
Bussum	37	23	79	9	36	2	186	12,1%
Hilversum	103	91	223	71	132	18	638	41,4%
Huizen	49	54	116	35	47	5	306	19,9%
Laren	12	4	17	4	8	0	45	2,9%
Muiden	3	5	7	6	5	1	27	1,8%
Naarden	15	22	41	12	17	0	107	6,9%
Weesp	19	12	27	21	26	2	107	6,9%
Wijdemeren	10	16	44	10	14	0	94	6,1%
Regio Gooi & Vecht	255	237	560	169	291	28	1540	100,0%
	16,6%	15,4%	36,4%	11,0%	18,9%	1,8%	100,0%	

Bron: Bureau jeugdzorg Noord-Holland

Verschil in percentages van 2010 tot 2011							
	AMK	**AWBZ**	**JHV**	**JR**	**OTS**	**Voogdij**	**Totaal**
Blaricum	-12,5%	66,7%	-40,0%	-50,0%	0,0%	-100,0%	-9,1%
Bussum	-14,0%	64,3%	17,9%	-30,8%	33,3%	200,0%	13,4%
Hilversum	22,6%	46,8%	1,4%	6,0%	-2,2%	-10,0%	8,5%
Huizen	16,7%	63,6%	11,5%	-7,9%	-11,3%	-28,6%	10,5%
Laren	9,1%	33,3%	41,7%	-20,0%	33,3%	0,0%	21,6%
Muiden	0,0%	66,7%	0,0%	500,0%	66,7%	0,0%	50,0%
Naarden	66,7%	83,3%	46,4%	9,1%	21,4%	0,0%	44,6%
Weesp	26,7%	140,0%	12,5%	-22,2%	-7,1%	0,0%	5,9%
Wijdemeren	-9,1%	77,8%	12,8%	25,0%	27,3%	0,0%	20,5%
Regio Gooi & Vecht	12,8%	61,2%	9,6%	-1,7%	2,8%	-9,7%	

Bron: Bureau jeugdzorg Noord-Holland

AMK Advies en Meldpunt Kindermishandeling
JHV Vrijwillige Jeugdhulpverlening
JR Jeugdreclassering
OTS Onder toezichtstelling

Kinderen met AWBZ begeleiding in 2011			
	Psychiatrie 0-17 jaar	Verstandelijk gehandicapt 0-17 jaar	Totaal
Blaricum	20	14	34
Bussum	1	10	11
Eemnes	37	35	72
Hilversum	158	128	286
Huizen	74	66	140
Laren	18	11	29
Muiden	9	5	14
Naarden	31	16	47
Weesp	16	19	35
Wijdemeren	39	33	72
G & V + Eemnes	403	337	740

bron: CIZ en Agis Zorgkantoor

Kinderen in de AWBZ met en zonder begeleiding
(Om privacy redenen zijn de aantallen afgerond op 5 of 10)

peildatum 1 juli 2011	0 -11 jaar met begeleiding	0 - 11 jaar AWBZ totaal	12 -17 jaar met begeleiding	12 -17 jaar AWBZ totaal	0 -17 jaar met begeleiding	0 -17 jaar AWBZ totaal
Blaricum	10	10	5	10	15	20
Bussum	20	35	10	20	30	55
Eemnes	5	15	5	10	10	25
Hilversum	95	140	45	80	140	220
Huizen	40	55	35	60	75	115
Laren	< 5	< 5	5	10	5	5
Muiden	5	10	< 5	5	5	15
Naarden	10	15	10	10	20	25
Weesp	10	20	15	30	25	50
Wijdemeren	15	20	20	25	35	45
G & V + Eemnes	210	320	150	260	360	580

Bron: CIZ (cijfers exclusief kinderen met psychiatrie die bij BJZ bekend zijn)

De grondslag van het aantal uitstaande indicaties in 2011

Gooi en Vechstreek + Eemnes	ZIN 0 - 11 jaar	ZIN 12 - 17 jaar	PGB 0 - 11 jaar	PGB 12 - 17 jaar	Totaal
Somatiek	10	1	21	16	48
Psychiatrie	39	24	322	406	791
Lichamelijke handicap	13	0	55	25	93
Verstandelijke handicap	109	49	303	258	719
Zintuiglijke handicap	7	3	12	9	31
Totaal	178	77	713	714	1.682
Totaal 0 - 17 jaar	255		1.427		1.682
Totaal percentage	15,2%		84,8%		100%

Bron: Agis Zorgkantoor

Aantal geïndiceerde functies in 2011 Bron: Agis Zorgkantoor				
Gooi en Vechtstreek plus Eemnes	Begeleiding Individueel	Begeleiding Groep Incl vervoer	Begeleiding Groep Excl vervoer	Kortdurend verblijf
ZIN 0 - 11 jaar	54	42	5	20
ZIN 12 - 17 jaar	32	13	4	14
PGB 0 - 11 jaar	206	205	38	135
PGB 12 - 17 jaar	253	93	128	140
Totaal ZIN	86	55	9	34
Totaal PGB	459	298	166	275
Eindtotaal	545	353	175	309

AWBZ begeleiding					
Aantal uitstaande indicaties in 2011 Zorg in natura			Bron: Agis Zorgkantoor		**Totaal**
Gemeente	**0-5 jaar**	**6- 11 jaar**	**12-17 jaar**	**18-23 jaar**	**Kinderen**
Blaricum	5	0	0	0	**5**
Bussum	6	15	6	10	**37**
Eemnes	3	3	0	2	**8**
Hilversum	27	44	33	34	**138**
Huizen	12	26	16	24	**78**
Laren	0	1	4	1	**6**
Muiden	0	0	0	2	**2**
Naarden	1	1	4	0	**6**
Weesp	2	13	8	6	**29**
Wijdemeren	2	17	6	9	**34**
Eindtotaal	58	120	77	88	**343**

AWBZ begeleiding					
Aantal uitstaande indicaties in 2011 PGB			Bron: Agis Zorgkantoor		**Totaal**
Gemeente	**0-5 jaar**	**6- 11 jaar**	**12-17 jaar**	**18-23 jaar**	**Kinderen**
Blaricum	5	46	37	10	**98**
Bussum	14	63	52	33	**162**
Eemnes	4	5	11	12	**32**
Hilversum	32	260	263	129	**684**
Huizen	14	102	152	74	**342**
Laren	0	33	38	14	**85**
Muiden	1	13	18	3	**35**
Naarden	6	36	54	5	**101**
Weesp	3	17	27	8	**55**
Wijdemeren	5	56	65	30	**156**
Eindtotaal	84	631	717	318	**1750**

BIJLAGE 6 BEGELEIDING DAGACTIVITEITEN EN VERVOER

Binnen de AWBZ is het zo geregeld dat de instellingen verantwoordelijk is voor het vervoer van cliënten van en naar dagbehandeling en of intramurale werkvoorzieningen.

De eerste indicatie is dat er gebruik wordt gemaakt van 14 (voornamelijk) regionaal georiënteerde vervoerders. Twee van deze vervoerders (Bestax en Hop-Taxi voeren ook werkzaamheden uit in het kader van de Wmo. Daarnaast zijn er ook instellingen die (delen van) het vervoer in eigen beheer realiseren. Binnen de structuur van het persoonsgebonden budget zijn er tevens bureaus die het vervoer regelen via vrijwilligers al dan niet met eigen vervoersmiddelen. Tot slot blijkt dat er in bepaalde gevallen gebruik gemaakt wordt van de voorziening van de Wmo-taxi die momenteel formeel niet voor dit soort doeleinden gebruikt dient te worden. De instellingen werken veelal solistisch daar waar het vervoer betreft. Er is slechts in een uitzonderlijk geval sprake van samenwerking tussen instellingen.

Uit de gesprekken met de vervoerder en één instelling is gebleken dat de contractering van de huidige 14 vervoerders op verschillende wijze is geregeld. Er worden afspraken gemaakt op basis van kilometervergoeding, ritprijzen of vaste inhuur. Tevens is geconstateerd dat een aantal vervoerders zowel zelf gecontracteerd zijn, maar daarnaast in onderaanneming rijden voor één of meer andere vervoerders. Dit gebeurt met name om de pieken in het vervoer op te vangen.

De ritten m.b.t. tot het vervoer verschillen van lengte in kilometers maar kennen grotendeels een regionaal karakter. Dit komt door het feit dat de meeste instellingen voor AWBZ-zorg binnen de regio Gooi en Vechtstreek zijn gevestigd. Een uitzondering hierop zijn ondermeer de instellingen Amerpoort en Sherpa met twee grote woon/behandelcentra in de gemeente Baarn.

Het vervoer kent een gesloten karakter met doorgaans vaste routes. De vervoerders anticiperen hierop (in relatie tot de problematiek van de cliënten met een beperking) door zoveel mogelijk gebruik te maken van vaste chauffeurs per route. Het vervoer kenmerkt zich tevens door een grote concentratie aan rolstoelvervoer. De uitvoering gebeurt doorgaans met zgn. Rolstoelbussen waarbij er maximaal 6 cliënten gelijk vervoert kunnen worden. De bezetting van de voertuigen is afhankelijk van de planning en/of de mogelijkheden tot het maken van combinaties. In sommige gevallen zijn combinatie contractueel niet toegestaan. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat de instellingen slechts deels of geen samenwerking kennen op dit gebied.

Binnen het vervoer zijn er grofweg twee groepen te onderscheiden; enerzijds volwassenen en anderzijds kinderen en jeugd tot 18 jaar. Deze twee groepen zijn niet te combineren binnen de vervoersstromen. Veelal door de beperkingen is er een grote cap tussen de leefwereld van beide groepen. Daarnaast is er een klein deel van de cliënten die niet gecombineerd kunnen worden binnen het vervoer wegens een beperking die negatieve invloed heeft op het welzijn van andere cliënten. Er is slechts in een incidenteel geval sprake van begeleiding van de cliënten tijdens het vervoer. Binnen de groep kinderen/jeugd komt dit vaker voor dan bij de volwassenen

In de relatie tot de geleverde zorg kan aangegeven worden dat het vervoer op zichzelf niet als zorg gezien kan worden, echter de uitvoering van het vervoer heeft wel een directe relatie met het doorlopen van de “zorgdag”. Indien het vervoer onjuist is uitgevoerd dan kan dit snel leiden tot negatieve effecten op het welzijn van de cliënten .

Financieel gezien zijn kan aangegeven worden dat het lastig om aan te geven welke kosten momenteel met het vervoer gemoeid zijn. Er is wel een vergoedingenlijst vanuit de overheid, echter het is de instellingen toegestaan om tot 75% van de kosten op basis van nacalculatie

in te dienen. De motivatie binnen de instellingen om binnen budget te opereren is in verschillende gevallen wel aanwezig. Enerzijds is dit gelegen in het feit dat er een verwachting heerst dat de nacalculatie in deze vorm vanuit de overheid zal verdwijnen. Anderzijds is het zo dat eventuele overschotten door scherp inkopen ten goede komen aan de instellingen.

Als eerste conclusie kan gesteld worden dat de component vervoer binnen de AWBZ specifieke aandacht vereist en dat een aanbesteding voor het vervoer een optie zou zijn. Hierbij dient echter wel rekening gehouden te worden met het feit dat dit type van vervoer zich niet leent voor abrupte overgang. De inwerktijd voor een dergelijk contract wordt geschat op minimaal een half jaar vanuit de vervoerders. Daarnaast is het operationeel niet wenselijk om een onderscheid te maken tussen oude en nieuwe cliënten. Trapsgewijze invoer per instelling lijkt wel voor de hand te liggen. Een van de hoofdvragen binnen de operationele uitvoering zal zijn wie de coördinatie van het vervoer ter hand neemt. Hier lijkt in eerste instantie een duidelijke voorkeur naar een onafhankelijke partij.