

# 4

## De WMO: van zorg naar ondersteuning

- De WMO: innovatie of bezuiniging
- De basisverzekering: wetsvoorstel voor de zorgverzekeringswet
- Modernisering AWBZ: waar zijn we gebleven?
- Verslag 15<sup>e</sup> Algemene Ledenvergadering

## Colofon

Dertiende jaargang  
Nummer 4  
December 2004

### NOTA-ABBG

Nederlands Onafhankelijk Tijdschrift  
Alumnivereniging Beleid en Beheer van de  
Gezondheidszorg

### Redactieraad NOTA-ABBG

Noortje Staal  
Céline van Elst  
Ronald Hortensius  
Penny Senior  
Marloes Berkers  
Jeroen Havers  
Luc Pluijmen  
Maarten Veldstra

### Eindredactie

Ronald Hortensius

### Vormgeving

Ronald Hortensius

### Doelstelling ABBG

De Alumnivereniging voor Beleid en Beheer van de  
Gezondheidszorg (ABBG) is een vereniging voor  
oud-studenten van de studierichting Beleid en Beheer  
van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der  
Gezondheidswetenschappen van de Universiteit  
Maastricht.

De doelstelling van de ABBG, zoals in de statuten  
vastgelegd, is het onderhouden van contacten tussen  
de leden onderling en de faculteit. Zij ondersteunen  
elkaar door het uitwisselen van kennis, informatie en  
werkervaring via ledendagen, symposia en  
interviewgroepen.

### Bestuur ABBG

Jacco Aantjes, voorzitter/waarnemend secretaris  
Carina Parmentier, penningmeester  
Annemieke van der Meij, ledenadministratie /  
algemeen bestuurslid  
Brigitte van der Zanden, algemeen bestuurslid  
Rosian Schoenmakers, algemeen bestuurslid  
Joris Ruijters, algemeen bestuurslid/coördinator  
website

### ABBG on-line

e-mail: [info@abbg.nl](mailto:info@abbg.nl)  
homepage: [www.abbg.nl](http://www.abbg.nl)

### Uitgave

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de  
Gezondheidszorg

### Druk

SpectraFacility B.V.  
Oudlaan 4  
Postbus 9696  
3506 GR Utrecht

### Kopij

Sluitingsdatum 21 februari 2005  
Verschijning NOTA 1 week 11  
Kopij sturen naar:  
ABBG o.v.v. redactie 'NOTA'  
postbus 616  
6200 MD Maastricht

### Advertenties

Voor informatie:  
e-mail: [info@abbg.nl](mailto:info@abbg.nl)  
Sturen naar:  
ABBG  
postbus 616  
6200 MD Maastricht

### Abonnementen

Gekoppeld aan lidmaatschap ABBG.  
Lidmaatschapsbijdrage € 25,00 voor leden en  
buitengewoon leden en € 15,00 voor aspirant-leden.  
Abonnementsgeld over te maken op gironummer  
3177804 t.n.v. ABBG te Maastricht o.v.v. 'contributie'.  
Opzegging van het lidmaatschap kan jaarlijks en  
dient vóór 1 december plaats te vinden.

## ..... Inhoud

Redactioneel	3
Uit het bestuur	4
Stelselwijziging in de care; de WMO: innovatie of bezuiniging?	5
De verschillende standpunten over de WMO	9
De basisverzekering: wetsvoorstel voor de zorgverzekeringswet	11
Modernisering AWBZ: waar zijn we gebleven?	15
On line	18
In Beeld	19
Bericht uit Maastricht	21
Verslag 15 <sup>e</sup> ALV	22
"UM-laut"	24
Verenigingsnieuws	25
ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier	26

## Redactioneel

*Door Ronald Hortensius*

**H**et kabinet heeft besloten tot een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal de lichtere vormen van hulp en ondersteuning door gemeenten laten organiseren. De AWBZ komt straks pas in beeld als 'zware zorg' is vereist: professionele zorg en verpleging. Hiermee hangt de discussie over de WMO samen met de omvorming van de AWBZ en rijst het vermoeden dat de WMO is ingegeven vanuit financiële motieven. De zorg voor mensen met een handicap zegt iets over de mate van beschaving van een samenleving. Laat dat door alle betrokken beleidsbepalers gerealiseerd worden.

In deze laatste NOTA van 2004 staat de WMO centraal maar wordt, zoals het aan het einde van het jaar hoort, ook de balans opgemaakt over de modernisering van de AWBZ. Daarnaast wordt een blik naar het volgende jaar geworpen, waarin het wetsvoorstel voor een nieuwe zorgverzekeringswet door de Eerste Kamer besproken zal worden.

De balans opmaken en vooruit blikken. De NOTA redactie wenst jullie allen een voorspoedig 2005.

## Uit het bestuur

*Door Joris Ruijters,  
namens het bestuur ABBG*

**T**raditioneel zou ik kunnen beginnen met de komende kerst- en feestdagen. Gezellige, drukke tijd. Genoeg tijd om de NOTA van voor naar achter en weer terug te lezen. Weer een jaar zo goed als afgerond, tijd om terug te kijken en een glimp van de toekomst te vangen.

Maar, net als de Nederlandse zorg is ook de ABBG onderhevig aan veranderingen in de maatschappij. Dat vraagt om een nieuwe koers die gericht is op de behoefte van jou als lid en rekening houdt met de huidige tijd. De enquête die we enige tijd geleden op de website plaatsten, helpt hierbij. Een uitgebreid verslag vindt je in deze NOTA nog niet terug, maar ik kan alvast verklappen dat voornamelijk de lay-out van de NOTA en de website zich wat zal moeten moderniseren om er ook in 2005 bij te horen. Dat is dan ook precies wat er komend jaar op het programma staat en waar we in de ALV aandacht aan hebben besteed. Naast een re-styling zullen we ook de ledenadministratie gaan moderniseren en je via internet extra mogelijkheden geven. En uiteraard organiseren we verschillende activiteiten, waaronder een voorjaars-symposium samen met onze collega's van de ABMG.

In de ALV blikten we terug op de activiteiten en de financiële situatie van de ABBG. Helaas hebben we door gebrek aan animo niet alle activiteiten kunnen laten doorgaan. Met een bestuur op volle sterkte verwachten we je het komende jaar een nog beter aanbod te doen. De financiële situatie is weer op orde en stabiel, zodat we daar niet meer alle energie in hoeven te steken.

Zo zie je dat je toch snel terugvalt in het oude patroon waar ik deze keer uit wilde blijven.  
Prettige feestdagen en veel leesplezier!

## Stelselwijziging in de Care

### *De WMO: innovatie of bezuiniging?*

Door Penny Senior

In 2002 werd door VWS een voorstel gepresenteerd dat erop gericht was bepaalde zorg- en welzijnsdiensten onder een aparte wet te brengen: de Dienstenwet. Het doel van de wet was meer samenhang in het versnipperde aanbod op dit terrein te creëren. Inmiddels zijn we wat jaren verder en is het voorstel bekend onder de naam Wet Maatschappelijke Ondersteuning (eerst nog Zorg): de WMO. Eigen verantwoordelijkheid en solidariteit naar toekomstige generaties zijn daarbij sleutelwoorden. Begin november heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen betreffende de WMO, op 9 december volgt een algemeen overleg. Als de Tweede Kamer op 9 december instemt, zal de WMO in 2006 van kracht worden.

**G**edurende 2004 is er veel discussie geweest over de WMO. Het eerste voorstel, de contourennota WMO "Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning", werd van alle kanten bekritiseerd. De Vereniging van Gemeenten (VNG), de koepelorganisaties van zorgaanbieders Arcares en de LVT, de MO Groep (koepel van welzijnsorganisaties), de landelijke Gehandicaptenraad, de patiëntenplatforms en vele anderen waren er niet van gecharmeerd. Ook de Tweede Kamer heeft maar liefst 366 vragen gesteld naar aanleiding van de contourennota, welke de minister in september beantwoord heeft. De Tweede Kamer heeft op 2 november een motie aangenomen over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. In de motie staat dat:

1. De WMO zorgvuldig en gefaseerd ingevoerd wordt.
2. Per 1 januari 2006 alleen de enkelvoudige huishoudelijke zorg uit de AWBZ naar de WMO gaat.
3. Nog deze kabinetsperiode de gehele huishoudelijke verzorging uit de AWBZ gaat.
4. In diverse gemeenten gestart wordt met pilots.

#### **Uitgangspunten van de WMO**

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning biedt één wettelijk kader voor maatschappelijke zorgverlening en vervangt daarmee de Welzijnswet, de Wet Voorziening Gehandicapten (Wvg), delen van de AWBZ en mogelijk op termijn delen van de ZFW en De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv). De uitgangspunten van de WMO zijn:

- minder overheidsregels,
- betrokkenheid van burgers bij beleidsvorming,
- grote eigen verantwoordelijkheid van burgers en 'civil society',
- overheidsverantwoordelijkheid primair bij gemeenten,
- maatschappelijke participatie voor mensen met beperkingen,

- goede zorg voor mensen met beperkingen,
- gewoon waar kan en speciaal waar dat moet,
- houdbaarheid (betaalbaarheid) van de AWBZ.

#### **Wat houdt de WMO in?**

Het kabinet maakt vanaf 2006 met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een strikt onderscheid tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'. Zorg valt na invoering van de WMO onder de AWBZ en behelst de onverzekerbare, zware langdurige verpleging, verzorging en begeleiding. Maatschappelijke ondersteuning valt straks onder de nieuwe WMO en gaat over de ondersteuning en begeleiding die het mensen mogelijk moet maken om volwaardig aan de maatschappij deel te nemen.

- De WMO regelt vormen van maatschappelijke ondersteuning die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren. Bijvoorbeeld begeleiding en huishoudelijke verzorging. Maar ook welzijnsactiviteiten, opvoedingsondersteuning, woningaanpassingen en informatie en advies. De gemeente krijgt de verantwoordelijkheid over de uitvoering van de WMO.
- Van een volksverzekering voor onverzekerbare risico's is de AWBZ verworden tot een vergaarbak voor heel diverse vormen van zorg en ondersteuning waarbij het de vraag is of men hier te maken heeft met onverzekerbare gezondheidsrisico's. De toekomstige AWBZ is alleen bedoeld voor zorg die zoveel kost dat ze moeilijk te verzekeren is bij een zorgverzekeraar. Met de volksverzekering AWBZ wil het kabinet in elk geval de zorg behouden voor ernstig en chronisch zieken, dementerende ouderen, zwaar gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten.

De kern van de wet is een hele principiële: huishoudelijke verzorging (en breder: wonen, welzijn, mobiliteit) is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de burger. Waar nodig bieden gemeenten een onder-

steunende rol. De gemeenten hebben overigens geen zorgplicht. Met andere woorden: mensen hebben niet automatisch, van overheidswege, récht op een voorziening. Dit is nu wel het geval voor AWBZ-zorg. Deze gedachtegang markeert een breuk met de trend sinds eind jaren '80 om de AWBZ steeds breder te maken en tegelijkertijd het gemeentelijk domein te verkleinen. Bijvoorbeeld: de huishoudelijke hulp (destijds: gezinsverzorging), die in 1989 van de gemeenten naar de AWBZ ging, keert in de WMO weer terug naar de gemeenten. Doel is het terugsnijden van de AWBZ naar de oorspronkelijke kern: de onverzekerbare zware, langdurige verpleging, verzorging en begeleiding.

### *De WMO is het einde van de wettelijke aanspraak op basiszorg*

Achterliggende gedachte is dat er op deze manier meer zorg op maat geleverd kan worden. Bovendien zorgt deze maatregel ervoor dat de AWBZ-kosten in de toekomst niet nóg verder stijgen. Niet onbelangrijk gezien de vergrijzinggolf die eraan komt.

In de visie van de huidige bewindslieden dient het pakket AWBZ aan twee kanten teruggesneden te worden:

- De 'maatschappelijke rand' (wonen, welzijn, dienstverlening) gaat richting gemeenten.
- De 'medische rand' (behandeling, kortdurende zorg) gaat richting ziektekostenstelsel en zal straks onder de basisverzekering vallen.

Met de WMO is eerstgenoemde operatie aan bod; de laatstgenoemde volgt pas na 2007.

Het doel van de WMO is niet alleen het overhevelen van delen van de AWBZ. In de WMO worden drie belangrijke gemeentelijke instrumenten in elkaar geschoven:

- De Welzijnswet: welzijnsdiensten voor ouderen en andere doelgroepen en maatschappelijke opvang.
- Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG): woningaanpassingen, vervoer en hulpmiddelen.
- Delen van de AWBZ: huishoudelijke verzorging en extramurale begeleiding voor de lichtere doelgroepen.
- Daarnaast wordt nog een aantal kleinere en tijdelijke regelingen in de WMO ondergebracht, waaronder de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg, subsidies voor bepaalde doventolken, zorgvernieuwingprojecten GGZ en subsidieregeling coördinatie vrijwillige thuishulp.

De eens gescheiden domeinen lopen straks onder de WMO vloeiend in elkaar over. Dagactiviteiten voor ouderen, maaltijdvoorzieningen, huishoudelijke verzorging, woonbegeleiding, sociale alarmering, rolstoelen en scootmobielen, het valt straks allemaal onder de WMO. De bijbehorende infrastructuur in de wijk is daarbij inbegrepen.

### **Recht op zorg**

De WMO brengt onder andere (huishoudelijke) hulp en ondersteuning onder bij de gemeentelijke overheden. De WMO betekent daarmee het einde van de wettelijke aanspraak op deze basiszorgvoorzieningen: de verschuiving van een recht op zorg naar een gunst. Bovendien wordt door deze overheid van burgers verwacht dat zij eigen verantwoordelijkheid nemen voor de inrichting van hun leven. Pas als zij problemen en kleine zorgvragen niet (meer) binnen hun eigen sociale systeem kunnen oplossen en/of daartoe

niet voldoende financiële middelen hebben, kunnen zij aanspraak maken op

collectieve voorzieningen. Een voorbehoud wordt vooralsnog gemaakt voor die voorzieningen die:

- noodzakelijk zijn i.v.m. de (gevolgen van de) beperking en (in zijn algemeenheid) niet behorend tot de gebruikelijke levensvoorzieningen,
- noodzakelijk zijn voor een menswaardig bestaan.

Het kabinet verwacht dat het schrappen van aanspraken kan worden gecompenseerd door eigen draagkracht en intensiever gebruik van mantelzorg. Belangenverenigingen van bijvoorbeeld patiënten delen die verwachting niet. Volgens hen zal de WMO de zelfredzaamheid in de thuissituatie zeer sterk verminderen en huishoudelijke zorg ontoegankelijk maken voor grote groepen zorgafhankelijke ouderen, gehandicapten en cliënten met psychosociale problemen.

### **Financiering WMO**

De WMO zal gefinancierd worden uit meerdere bronnen. Ten eerste het geld in het gemeentefonds voor welzijn, ongeveer 3 miljard euro. Ten tweede het geld in het gemeentefonds voor de Wvg, ongeveer 1,1 miljard euro. Ten derde het geld overgeheveld uit de AWBZ, ongeveer 1 tot 1,6 miljard euro. Naar schatting 20% hiervan zal besteed worden aan (tijdelijke) implementatiekosten en (structurele) overheadkosten.

Via de WMO kan er ook een eigen bijdrage geheven worden net zoals nu in de AWBZ gebeurt. Elke gemeente is vrij om dit in te voeren. Het is mogelijk en aannemelijk dat er straks twee eigen bijdrage regelingen zullen ontstaan: AWBZ en WMO. AWBZ klanten die vanaf 2006 ook producten vanuit de WMO ontvangen zullen hierdoor zwaardere lasten krijgen.

De WMO biedt geen wettelijke aanspraken maar slechts een gemeentelijke 'zorgplicht', net als in de huidige WVG. Dit betekent dat de gemeente niet via de rechter gedwongen kan worden om maatschappelijke ondersteuning te verstrekken, indien het budget dit niet toelaat. Lees: als de gemeente het budget uitgeeft aan nieuwe wegen of een theater, heeft de zorgbehoevende burger pech. De WMO is dus een gebudgetteerde regeling, geen open einde regeling. Wel zal de gemeente in de WMO worden verplicht om voor acht prestatievelden verantwoording af te leggen

aan haar burgers en aan de gemeenteraad. De lokale democratie zal een voldoende prestatieniveau moeten waarborgen. Er komen dus onvermijdelijk verschillen in prestatieniveau tussen gemeenten.

### Nieuwe rol voor de gemeenten

De invoering van de WMO heeft een aantal consequenties voor de (taken van de) gemeenten:

- Er wordt niet expliciet aangegeven welke beleids-terreinen tot het algemene maatschappelijke zorgbeleid van de gemeente behoren. Er is een grote gemeentelijke beleidsvrijheid om de prestatievelden die in de wet worden genoemd in te vullen. Het gevolg zal zijn verschillen tussen gemeenten, maar die worden geaccepteerd;
- Volgen, monitoren, informeren (aanbod en vraag in kaart brengen, benchmark tussen gemeenten);
- Burgers en gemeenteraad kunnen lokaal bestuur aanspreken op resultaten;
- Informeren, adviseren, ondersteunen (1 loket, cliëntondersteuning);
- Regie voeren over wonen, zorg en welzijn;
- Gemeente moet bepalen wat nodig is en kan anderen uitnodigen dit aan te bieden: openbare aanbesteding;
- Gemeente verantwoordelijk voor de invulling van lacunes: indien onderdelen van het beleid niet door marktpartijen verzorgd worden, dient de gemeente zelf verantwoordelijkheid te nemen;
- Zorgkantoor wordt belangrijke partij om mee af te stemmen;
- Gemeentelijke financiering, in combinatie met eigen bijdragen.

De gemeente krijgt er een forse en groeiende doelgroep bij, die ook gebruik zal wensen te maken van de huidige voorzieningen uit de WVG en de Welzijnswet. De gemeente kan bepaalde zaken zelf organiseren of kan deze inkopen bij andere organisaties. De indicatiestelling voor de WMO kan bijvoorbeeld ingekocht worden bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (vroeger Regionaal Indicatie Orgaan). Het aantal wijkfuncties dat door de gemeente wordt bekostigd zal toenemen. In veel plaatsen was de laatste tijd juist een terugtrekkende beweging te zien van de gemeente op het gebied van welzijn in de wijk. De gemeente zal naar verwachting niet de totale regie van wonen, zorg en welzijn naar zich toe trekken. Een meer realistische rolopvatting is om de vinger aan de pols te houden wat betreft vraag en aanbod, eventuele tekorten te signaleren en wijkvoorzieningen te sturen via de ruimtelijke ordening. Dit zijn ook de rollen die andere partijen aan de gemeente toeschrijven. Verder kan de gemeente een belangrijke rol spelen door te participeren in multifunctionele dienstencentra en door de neutrale loketfunctie te faciliteren.

### Kritiek van VNG

De VNG heeft namens de gemeenten in Nederland felle kritiek op de WMO geuit, met name betreffende de financiële kaders. De stelling dat de gemeenten worden opgezeald met de kosten van de vergrijzing werd echter heftig verworpen door VWS. Het overleg tussen VWS en de VNG werd zelfs opgezegd omdat beide partijen er samen niet uit kwamen. Op 9 november spraken kabinet en VNG af het overleg over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) weer te hervatten. Zij zijn het inmiddels eens over de bestuurlijke uitgangspunten van de WMO. Het overleg gaat over gefaseerde invoering van de WMO. In dat kader zijn ook de financiële randvoorwaarden aan de orde. Een structureel knelpunt zal namelijk zijn dat gemeenten een verbrede verantwoordelijkheid krijgen

### *Organisaties uit betrokken sectoren blijven sceptisch*

ten opzichte van hun burgers, zonder dat de beschikbare middelen navenant zullen meegroeien. De huidige budgetten van de over te hevelen functies worden zonder oormerk in het gemeentefonds gestort, maar over de toekomstige groei worden geen toezeggingen gedaan. De VNG stelt overigens dergelijke toezeggingen wel als voorwaarde voor haar medewerking.

### Kritiek vanuit de sector

VWS wil met de WMO de rol van de gemeente op het gebied van zorg en welzijn vergroten. Het principe van vermaatschappelijking van de zorg geniet brede steun, maar wat betreft de concrete uitwerking zijn o.a. de VNG, Arcare, Aedes en de LVT met voorwaarden en voorstellen gekomen. Het meest algemene bezwaar is dat men stukken van de AWBZ is begonnen af te snijden richting WMO zonder de kern van de AWBZ goed te definiëren. De AWBZ is en blijft er voor zware, langdurige en onverzekerbare zorg, aldus VWS, maar onduidelijk blijft wie en wat dat precies inhoudt. Hierdoor blijkt het mogelijk dat in elke volgende versie van de WMO nieuwe stukken van de AWBZ worden afgesneden zonder dat bij het snijden duidelijk wordt waar het vetweefsel ophoudt en waar de zenuwbanen beginnen. Aangezien de AWBZ verzekerde rechten kent en de WMO slechts een meer vrijblijvende 'zorgplicht', is voor bepaalde groepen kwetsbare cliënten de overheveling meer dan een technische lokettenkwestie. Voor de burgers kan het tevens betekenen dat zij geen vrije keuze meer hebben van zorgaanbieder, omdat de gemeente voor hen inkoopt. De vraag is of gemeenten voor de kwalitatief goede aanbieder zullen gaan of gewoon voor de goedkoopste. Dit terwijl de AWBZ sector de laatste jaren hard gewerkt heeft aan het vergroten van de keuzevrijheid.

Burgers in de hogere inkomensklassen zullen zelf hun huishoudelijke verzorging moeten regelen. De benodigde zorg valt namelijk niet meer onder de AWBZ en zij kunnen vanwege het inkomen geen aanspraak maken op de WMO. Voor de lagere inkomensklassen

geldt dat zij zorg via de gemeente kunnen krijgen. Echter door de strengere indicatieprocedure (gebruikelijke zorg) zullen er minder klanten geïndiceerd worden voor relatief “eenvoudige” hulp. De scherpere indicatiestelling op de functie verblijf - het scheiden van wonen en zorg - kan ertoe leiden dat de vraag naar extramurale zorg toeneemt. Deze vraag kan zowel in de WMO als in de AWBZ terecht komen. Echter er zullen ook - uit oogpunt van doelmatigheid - financiële grenzen worden gesteld aan de hoeveelheid zorg die thuis geleverd

kan worden: de zogenaamde omslagpunten. Waarschijnlijk blijven

vooral de meer complexe klanten voor de huidige thuiszorgaanbieders behouden. Voor deze groep zal het moeilijker worden de juiste zorg (in kwalitatieve en kwantitatieve zin) te leveren. Substitutie is dan immers niet meer mogelijk (een kleine groep hoogcomplexe klanten wordt gefinancierd door een grote groep laagcomplexe klanten).

Ook de tegenstrijdigheid van het overheidsbeleid wordt bekritiseerd: zowel mannen als vrouwen worden in onze maatschappij gestimuleerd te werken, maar door de gevolgen van de WMO zal een groter beroep op mantelzorgers gedaan moeten worden. De indruk dat een bepaalde groep zorgbehoevenden tussen wal en schip gaat vallen wordt door velen gedeeld.

De bestuursvoorzitters van AGIS en Menzis, beide zorgverzekeraars, gaan nog een stap verder in hun kritiek. Zij zijn van mening dat de hele WMO niet nodig is: ‘stop het allemaal maar in de basisverzekering’ (Zorgvisie, september 2004). De bestuursvoorzitters

vinden dat staatssecretaris Ross met de WMO niet het echte probleem aanpakt. ‘De WMO zal niet leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg die wel hard nodig is’.

### **Kans of bedreiging?**

Gelukkig zien bepaalde organisaties ook kansen in de WMO: meer zorg op maat voor burgers, een samenhangend systeem met 1 loket voor burgers en meer marktwerking onder zorgaanbieders worden soms

genoemd. Ook woningcorporaties zien nieuwe kansen om hun

aandeel binnen het terrein van wonen, welzijn en zorg te vergroten. Toch blijven veel organisaties uit de betrokken sectoren enigszins sceptisch bij het horen van de mooie woorden van VWS, niet in de laatste plaats de gemeenten zelf die de WMO straks moeten gaan uitvoeren. En kan je ze eigenlijk ongelijk geven, kijkend naar de vorige stelselwijzigingen en hoe die verlopen zijn?

### **Bronnen**

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

[www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl)

[www.lvt.nl](http://www.lvt.nl)

[www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)

[www.aedes.nl](http://www.aedes.nl)

### ***De WMO zal niet leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg***

## De verschillende standpunten over de WMO

Door Marloes Berkers

### De politieke partijen

Volgens de PVDA is de WMO er nog lang niet. Het kabinet streeft weliswaar naar invoering op 1 januari 2006, maar vooralsnog hebben de gemeenten de onderhandelingen met het kabinet over dit dossier gestaakt en kunnen bij die streefdatum steeds meer vraagtekens worden geplaatst. Het wetsontwerp zet de verhouding tussen Rijk en gemeenten onder druk. Het CDA heeft 'inhoudelijk geen principiële bezwaren'. Tijdens de begrotingsbehandeling pleitte het CDA voor een zorgvuldige en gefaseerde invoering waardoor gemeentes zich goed kunnen voorbereiden op hun nieuwe taken. Er werd een, door de PvdA medeondertekende motie ingebracht waardoor in eerste instantie alleen de enkelvoudige huishoudelijke hulp per 1 januari 2006 naar de gemeenten wordt overgebracht. Aan de hand van pilots wordt gekeken hoe de overige taken kunnen worden overgebracht. Pas als blijkt dat overheveling ook echt verantwoord kan zal het CDA akkoord gaan. Ook de VVD is in de Tweede Kamer kritisch over de WMO. Er zijn nog veel onopgeloste problemen waarbij de centrale vraag is: kunnen gemeenten de taak die zij door de WMO toebedeeld krijgen wel aan? Is daarvoor genoeg kennis en mankracht aanwezig in (kleine) gemeenten?

D66 heeft eveneens grote aarzelingen. Natuurlijk is er nu vaak gebrek aan samenhang tussen verschillende voorzieningen, maar overheveling naar de gemeenten is geen garantie voor een betere samenhang, terwijl er wel grote risico's mee worden gelopen. Immers, verzekerde aanspraken veranderen in mogelijke aanspraken bij de gemeente, maar het is afhankelijk van in welke gemeente je woont, hoe goed of hoe slecht die gemeente het voor mekaar heeft, of je ook inderdaad binnen een redelijke termijn verzekerd bent van zorg.

### De gemeenten (VNG)

Optimale beleidsvrijheid bij de gemeentelijke uitvoering, horizontale verantwoording en daaruit voortvloeiend ruimte voor verschillen tussen gemeenten zijn de voorwaarden waaronder gemeenten hun verantwoordelijkheid willen en kunnen waarmaken, stelt de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). De VNG heeft daarnaast benadrukt dat overheveling van een AWBZ-pakket van substantiële omvang noodzakelijk is om een complete stelselwijziging te rechtvaardigen. Het aanbod van de VNG om daarom per januari 2006 te starten met de invulling van drie prestatievelden (naast de enkelvoudige huishoudelijke verzorging ook de prestatievelden die betrekking heb-

ben op de lokale loketten en de ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers) is door de staatssecretaris positief ontvangen. De VNG is bereid te onderzoeken of zowel de enkelvoudige als de meervoudige huishoudelijke verzorging door de gemeenten kan worden uitgevoerd. De informatie is echter onvoldoende om te kunnen beoordelen of dit vanuit burgerperspectief gewenst is en voor de gemeenten hanteerbaar.

### De Landelijke Vereniging Thuiszorg

De belangrijkste elementen uit de standpunten Landelijke Thuiszorg Vereniging (LTV) zijn:

- Alleen de enkelvoudige huishoudelijke verzorging zou uit de AWBZ mogen. Daarbij is absolute voorwaarde dat voor kwetsbare groepen een collectieve voorziening bij de rijksoverheid of de gemeente overeind blijft.
- Huishoudelijke verzorging moet in het verzekeringspakket blijven als deze gecombineerd wordt met andere vormen van zorg, zoals persoonlijke verzorging en verpleging. Dat zou de Algemene Verzekering kunnen zijn i.p.v. de AWBZ.
- Gemeenten moeten voldoende financiële middelen krijgen, die bovendien speciaal voor hun nieuwe taak gereserveerd zijn.
- De eigen verantwoordelijkheid van mensen is alleen meer dan een loze kreet als mensen ook echt de keuze hebben. Dit is niet zomaar geregeld.
- De overheid moet consistent zijn in het beleid dat zij voorstaat. Om een voorbeeld te noemen: zij stimuleert dat zowel mannen als vrouwen gaan werken. Daar tegenover vraagt de overheid om meer inzet van de omgeving (mantelzorg). Dat zijn twee dingen die lastig samengaan.

### De CG-raad

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-raad) stelt dat alle plannen voor de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van tafel moeten. In een brief aan de Tweede Kamer schreef de CG-Raad dat 1.700.000 mensen hun recht op zorg zouden kwijtraken. Verzorgingshuizen en activiteitencentra dreigen te verdwijnen. De CG-Raad vindt de voorstellen van staatssecretaris Ross-van Dorp onacceptabel. Als de plannen zouden worden doorgevoerd verdwijnen per 1 januari 2006 de structurele AWBZ-financiering voor verzorgingshuizen, woonvormen, activiteitencentra, gezinsvervangende tehuizen, eigen kleinschalige wooninitiatieven met Persoonsgebonden Budget (PGB), zorgboerderijen en doventolken. Daarmee zou het voortbestaan van deze voorzienin-

**1.700.000 mensen raken hun recht op zorg kwijt**

gen in groot gevaar zijn. Alleen mensen met een zware indicatie, ongeveer 14%, hebben nog recht op zorg uit de AWBZ. Dat betekent dat 1.700.000 mensen (86% van de mensen) met een minder zware indicatie en/of een Wvg-voorziening, geen enkele zekerheid meer hebben over de beschikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de voorzieningen. De CG-raad is tevreden over de uitkomst van het debat op 9 december tussen Staatssecretaris en de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid. Zo zal

er een onderzoek komen naar de manier waarop individuele aanspraken op zorgvoorzieningen in de wet gewaarborgd kunnen worden. Dit werd door kamerleden als het belangrijkste pijnpunt gezien. De informatie van gemeenten zal transparant en vergelijkbaar moeten worden; ook dit zal in de wet worden geregeld.

\*\*\*\*\*

Kijk ook eens op de website: [www.abbg.nl](http://www.abbg.nl)



ABBG, Alumnivereniging Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg - Microsoft Internet Explorer

Bestand Bewerken Beeld Favorieten Extra Help

Vorige Zoeken Favorieten

Adres <http://www.abbg.nl/> Ga naar Koppelingen

**abbg**

Nieuws  
 Netwerkgroep  
 Activiteiten  
 Verslagen  
 Nota  
 Organisatie  
 Notulen  
 Lidmaatschap  
 Reageer  
 Vacatures  
 Links  
 Forum  
 Actief worden

**abbg**  
 Alumnivereniging  
 Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg

Welkom op de website van de ABBG, de Alumnivereniging Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg. De ABBG is een vereniging voor oud-studenten van de studierichting "Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg" aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. De ABBG is in 1990 opgericht en heeft inmiddels ruim 350 leden.

De doelstellingen van de ABBG zijn het bevorderen van contacten tussen leden onderling, het bevorderen van de deskundigheid van de leden en het bevorderen van de contacten tussen de universiteit en het werkveld. Activiteiten die de ABBG hiertoe onderneemt zijn ledendagen, symposia, intervisiegroepen en het uitgeven van een eigen verenigingsblad, de Nota.

Op deze website kun je naast het laatste nieuws over de ABBG informatie vinden over de activiteiten die de ABBG organiseert, de nota, interessante links en vacatures. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om lid te worden of je persoonlijke gegevens te wijzigen.

© ABBG - Alumnivereniging Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg, 2003.  
 Alle rechten voorbehouden.

## De basisverzekering

### Wetsvoorstel voor de zorgverzekeringswet

Door Jeroen Havers & Maarten Veldstra

In september heeft Minister Hoogervorst de wetsvoorstellen voor de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag naar de Tweede Kamer gestuurd. Een meerderheid van de Tweede Kamer is inmiddels akkoord gegaan met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet. De wetsvoorstellen worden in het voorjaar 2005 behandeld in de Eerste Kamer. Met de wetsvoorstellen wordt beoogd om op 1 januari 2006 een basisverzekering curatieve zorg in te voeren. Deze ziektekostenverzekering voor alle Nederlanders komt dan in de plaats van het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke regeling voor ambtenaren. Hieronder wordt ingegaan op het wetsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet. In het kader op pagina 12 wordt kort ingegaan op de Wet op de Zorgtoeslag.

**D**e zorgverzekeringswet  
De nieuwe Zorgverzekeringswet moet de nadelen van het huidige zorgverzekeringsstelsel wegnemen. De kern van de nieuwe wet is dat er één verzekering komt waarvoor de overheid het verplichte basispakket bepaalt en waarvoor verzekeraars iedereen moeten accepteren, ongeacht leeftijd of gezondheidsrisico's. Alle verzekerden gaan een inkomensafhankelijke nominale premie betalen die per verzekeraar kan verschillen. Mensen die een te groot deel van hun inkomen aan zorgpremie betalen worden tegemoet gekomen in de kosten met een wettelijke zorgtoeslag.

Het wetsvoorstel voorziet in het aanbrengen van gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden, en in het versterken van rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekerders, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg. Burgers krijgen zowel meer financiële verantwoordelijkheden als meer invloed en reële keuzevrijheden bij het bepalen van hun zorgverzekering. Daarmee komen zorgverzekerders in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen.

#### Solidariteit

De solidariteit binnen het stelsel komt tot uitdrukking in een verzekeringsplicht voor de burgers en een acceptatieplicht voor de zorgverzekerders. Zorgverzekerders hebben de plicht om iedereen, ongeacht persoonlijke kenmerken, tegen gelijke condities een zorgverzekering aan te bieden. Verzekeraars kunnen hun verzekerden keuzemogelijkheden voorleggen wat betreft de wijze van vergoeding, service-elementen en de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Het kostenbewustzijn van de verzekerde wordt gestimuleerd door een nominale premie en een no-claimteruggaveregeling. De verzeke-

raar mag zelf de nominale premie vaststellen, maar dient aan iedereen voor hetzelfde verzekeringsarrangement dezelfde premie in rekening te brengen. De maximale hoogte van de teruggave uit hoofde van de no-claimteruggaveregeling is voor iedereen gelijk.

#### Uitvoering

De uitvoering van de Zorgverzekeringswet wordt in handen gegeven van private ziektekostenverzekeraars. Doelstelling van de regering is dat concurrentie tussen de zorgverzekerders uiteindelijk leidt tot een zo efficiënt en klantvriendelijk mogelijke inrichting van de zorg. Als extra stimulans voor die concurrentie staat de regering toe dat de zorgverzekerders bij de uitvoering van hun taak winst beogen. Een zorgverzekerder moet in geheel Nederland werkzaam zijn, tenzij hij een verzekerdenbestand van minder dan 850.000 personen heeft. In dat geval mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer *gehele* provincies. Het is niet toegestaan in gedeeltes van provincies werkzaam te zijn. Aldus wordt voorkomen dat "witte vlekken" zouden ontstaan in het dekkingsbereik van de Zorgverzekeringswet doordat zorgverzekerders zich zouden concentreren op gebieden met relatief gezonde mensen, door bijvoorbeeld de grote steden te mijden.

#### Zorgplicht

De zorgverzekerder heeft cq. krijgt een rol, welke als zorgplicht wordt aangeduid. Het wetsvoorstel geeft de verzekerde recht op de zorg waaraan hij behoefte heeft (naturamodel) of vergoeding van de kosten van deze zorg alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutiemodel). De zorgovereenkomst tussen de zorgverzekerder en de verzekerde concretiseert de manier waarop de zorgverzekerder voor de individuele verzekerde invulling geeft aan zijn zorgplicht. Hier kunnen twee hoofdlijnen onderscheiden worden, namelijk die

### Wet op de Zorgtoeslag

De Wet op de Zorgtoeslag waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen dan wat aan de hand van het voorstel als aanvaardbaar wordt berekend. De lasten van premies die daar boven uitstijgen komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag. Met de zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast. Zo krijgt de solidariteit die in het huidige stelsel op diverse wijzen, direct en indirect, is georganiseerd, een duidelijke en herkenbare plaats in het nieuwe stelsel. Maatgevend voor de premielasten zijn niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar het gemiddelde van de premies zoals die zich in de markt voordoen. Op deze wijze worden burgers gestimuleerd om kritisch te zijn ten aanzien van de aangeboden verzekeringspolissen. Zou van de werkelijke premie worden uitgegaan, dan zou een hoger dan gemiddelde premie via een hogere zorgtoeslag worden gecompenseerd en zou er voor de verzekerde geen incentive bestaan om op zoek te gaan naar een polis met een lagere premie. Daarmee zou de prikkel verdwijnen om de verzekeringspolis ook te beoordelen op de prijs.

De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming van het Rijk en valt als zodanig onder de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. De uitvoering van deze regeling wordt in handen gelegd van de Belastingdienst Toeslagen. De zorgtoeslag wordt – bij een tijdige aanvraag – uitbetaald in twaalf termijnen te beginnen in de maand december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt berekend. Deze systematiek brengt mee dat maandelijks een bedrag aan zorgtoeslag wordt ontvangen, over het algemeen iets eerder dan de betaling van de nominale premie aan de verzekeraar plaats vindt.

van gecontracteerde zorg en die van niet-gecontracteerde zorg.

Bij gecontracteerde zorg zal de zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over de zorgverlening aan zijn verzekerden. Afgesproken zal ook worden hoe de zorgaanbieder betaald moet worden: rechtstreeks door de zorgverzekeraar (naturamodel) of door de verzekerde, die dan daarna de kosten weer declareert bij de zorgverzekeraar (restitutiemodel). Bij niet-gecontracteerde zorg zijn deze afspraken niet aan de orde. Er is geen relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder waar diens verzekerde zijn noodzakelijke zorg heeft gekregen. De rekening voor de verleende zorg wordt altijd door de zorgverlener gepresenteerd aan de verzekerde (restitutiemodel).

### De verzekerden

De Zorgverzekeringswet legt in beginsel een verzekeringsplicht op iedereen die verzekerd is ingevolge de AWBZ. Dat komt erop neer dat iedereen die legaal in Nederland woont, verplicht wordt om een zorgverzekering tegen ziektekosten te hebben. Niemand kan zich aan de zorgverzekeringsplicht onttrekken; dit is een belangrijke voorwaarde voor de verankering van de risicosolidariteit. Wel kunnen mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering als zodanig, van deze verzekeringsplicht worden uitgezonderd. In plaats van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen zijn deze mensen een verhoogd bedrag aan inkomstenbelasting verschuldigd.

Bij het sluiten van een zorgverzekering moet de burger bepaalde keuzes maken. Om te beginnen kiest hij een zorgverzekeraar. De burgers hebben bij het verplichte sluiten van de zorgverzekering de vrije keuze uit alle zorgverzekeraars die deze verzekering in hun provincie uitvoeren. De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht de burger die zich bij hem aanmeldt voor de zorgverzekering te accepteren. De verzekerde is verplicht aan de gekozen zorgverzekeraar de nominale premie te voldoen, die de zorgverzekeraar over het algemeen telkens voor een jaar vaststelt. De verzekerde kan ten minste éénmaal per kalenderjaar voor een andere zorgverzekeraar kiezen, maar bij tussentijdse verhoging van de premie is directe overstap mogelijk. Bij zijn keuze voor een zorgverzekeraar kan de burger zich laten leiden door de wijze waarop deze zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn zorgplicht, aan het wettelijk omschreven te verzekeren pakket (zie hieronder), de nominale premie die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden in rekening brengt en de service die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden verleent. Daarnaast is voor de verzekerde een punt van overweging of hij ervoor kiest om een eigen risico te nemen.

### Het te verzekeren pakket

De regering is van mening dat het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet betrekking moet hebben op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit

en noodzaak van collectieve financiering. Om dit te bereiken sluit de regering aan bij de criteria van de Commissie-Dunning. Daarmee worden de gelijke toegang en de solidariteit in de zorg gewaarborgd. De regering heeft besloten om het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet in grote trekken te laten aansluiten bij het verzekeringspakket van de ziekenfondsverzekering en de Wtz-verzekering. Het te verzekeren pakket zal periodiek worden getoetst aan de bovenvermelde criteria ten einde te bepalen of zorgvormen moeten worden toegevoegd of verwijderd.

**“... nominale premie niet afhankelijk van het inkomen verzekerde...”**

Aanpassingen van de hoofdlijnen van het op grond van de Zorgverzekeringswet te verzekeren pakket zullen plaatsvinden bij wetswijziging en dus in dialoog met het parlement.

### De financiering

De financiering van de zorgverzekering vindt plaats langs verscheidene wegen:

#### Nominale premie

Alle verzekerden van achttien jaar of ouder voor wie een zorgverzekering is gesloten, zijn een door de zorgverzekeraar vastgestelde, nominale premie verschuldigd. Die premie is *niet* afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. De zorgverzekeraars zijn vrij in het bepalen van de hoogte van de premie. De hoogte kan verschillen voor de verschillende varianten van de verzekeringsovereenkomsten die zij op de markt aanbieden, maar moet voor ieder die kiest voor hetzelfde model, gelijk zijn.

#### De inkomensafhankelijke bijdrage

Naast de nominale premie kent de Zorgverzekeringswet als financieringsbron een bij de verzekeringsplichtige geheven inkomensafhankelijke bijdrage.

De werkgeversbijdrage heeft een verplicht karakter. Een vrijwillige werkgeversbijdrage zou leiden tot aanmerkelijk grotere inkomenseffecten, doordat deze per werknemer sterk uiteen kan gaan lopen. Het gevolg van een en ander zou zijn dat de premiestructuur voor iedere verzekerde verschillend zou zijn, hetgeen het sociale verzekeringskarakter van de Zorgverzekeringswet zou aantasten.

#### Rijksbijdragen

De Zorgverzekeringswet kent een aantal rijksbijdragen ter medefinanciering van de verzekering. Voorzien wordt in een rijksbijdrage van voorsnog € 1,5 mld ter financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar. Verder wordt de mogelijkheid geopend van een rijksbijdrage ter dekking van eventuele kosten voortvloeiend uit molestsituaties zoals oorlogsomstandigheden of terrorisme. Ten slotte is in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid opgenomen van een rijksbijdrage bij betalingsonmacht van een zorgverzekeraar.

#### Financiële gevolgen voor verzekerden

Buiten de premie en de eventueel door hen zelf af te dragen inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen kent de Zorgverzekeringswet nog an-

	Overstap- mogelijkheid	Keuze- ruimte polis	Vrijwillig eigen risico	Risico- dragende uitvoering	Winst- beogende uitvoering	Inkomens- afhankelijke premies / bijdragen
<b>Particulier</b>	Gering	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
<b>Wtz</b>	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
<b>Ziekenfonds</b>	Ja	Nee	Nee	Deels	Nee	Deels
<b>Ambtenaren</b>	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels
<b>Basisverzekering</b>	Ja	Deels	Ja	Deels	Ja	Deels

**Tabel 1: de belangrijkste wijzigingen van de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de bestaande situatie**

Deze bijdrage dekt in totaal 50 procent van de totale macropremielast. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen is verschuldigd over het loon en over daarmee gelijkgestelde inkomensbestanddelen. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt geheven en geïnd door de Belastingdienst. Bij de inkomensafhankelijke bijdrage over het in de loonheffing betrokken loon zal de werkgever deze inkomensafhankelijke bijdrage inhouden op het loon en afdragen aan de Belastingdienst.

#### Werkgeversbijdrage

De Zorgverzekeringswet voorziet erin dat werkgevers bijdragen aan de financiering van de verzekering door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door deze werknemers verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aangewezen loon. Deze verplichting tot het verstrekken van een vergoeding geldt eveneens voor uitkeringsinstaties met betrekking tot de door de uitkeringsgerechtigden verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen.

dere financiële gevolgen voor de verzekerden. In de eerste plaats geldt hier de zogenaamde no-claimteruggaveregeling. Op basis daarvan ontvangen verzekerden een deel van de door hen betaalde premie terug indien zij geen of weinig zorg consumeren.

Voorts kunnen verzekerden te maken krijgen met een eigen betaling van een deel van de rekening. Dit is het geval als zij hebben gekozen voor een naturopolis en in plaats daarvan incidenteel kiezen voor de wettelijk geregelde mogelijkheid om zorg in te roepen bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Daarnaast dienen verzekerden in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage te betalen, zoals die welke in de huidige ziekenfondsverzekering geldt bij geneesmiddelen en bepaalde hulpmiddelen. Ten slotte kunnen verzekerden van achttien jaar of ouder opteren voor een eigen risico. De Zorgverzekeringswet bepaalt de mogelijke niveaus daarvan. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de door de zorgverzekeraars aan-

geboden varianten makkelijk met elkaar zijn te vergelijken.

### **Beheer**

In het kader van de Zorgverzekeringswet wordt een instantie aangewezen die is belast met het dagelijks beheer van de uitvoering van de zorgverzekering. Deze beheerstaak wordt opgedragen aan het College Voor Zorgverzekeringen.

### **Bronnen:**

- [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)
- [www.zorgaanzet.nl](http://www.zorgaanzet.nl)
- Beleidsagenda 2005: Nieuwe fundamenten voor een toekomstbestendige zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, september 2004
- Wet van houdende regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)
- Wet van tot regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)
- De nieuwe zorgverzekering in kort bestek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, september 2004

## Modernisering AWBZ

### Waar zijn we gebleven?

Door Céline van Elst

In 2002 hebben we verschillende keren aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de AWBZ. Per 1 april 2003 werd immers met de modernisering van de AWBZ gestart. Inmiddels is het anderhalf jaar na de aftrap en dus tijd om de balans eens op te maken. Waar zijn we gebleven en wat zijn de consequenties van de modernisering AWBZ voor zorgaanbieders en hoe ver zijn ze in hun ontwikkeling?

#### Uhm...Modernisering AWBZ

Voor we de draad weer oppakken volgen hier in het kort de hoofdlijnen van de Modernisering AWBZ. Het is ten slotte niet voor iedereen dagelijkse kost.

Eén van de belangrijkste doelstellingen van dit project is het stimuleren van marktwerking in de zorg. In de Modernisering AWBZ is dit vormgegeven door de zogenaamde 'ontschotting', wat inhoudt dat de grenzen tussen de traditionele sectoren in het nieuwe stelsel zijn verdwenen. AWBZ-zorg is dan ook niet langer ingedeeld naar sector, maar naar een zevental functies<sup>1</sup>. Dit heeft tot gevolg dat zorgaanbieders over de hele breedte van de AWBZ diensten mogen verlenen; thuiszorginstellingen mogen diensten verlenen aan gehandicapten, verpleeghuizen mogen thuiszorg gaan aanbieden en instellingen voor gehandicapten mogen diensten aanbieden voor niet-gehandicapten.

Behalve ontschotting is er ruimte gecreëerd voor nieuwe toetreders op een aantal specifieke functies. Door verruiming van het zorgaanbod wordt de concurrentie - op kwaliteit, prijs en beschikbaarheid - tussen zorgverleners gestimuleerd.

Een extra prikkel tot marktwerking moet uitgaan van de cliënt. De cliënt heeft op basis van de indicatie de mogelijkheid om te kiezen voor zorg in natura of een Persoonsgebonden Budget (PGB)<sup>2</sup>. Bovendien is de cliënt vrij in de keuze van de zorgverlener.

Naast ontschotting en meer keuzevrijheid voor de cliënt gaat ook de outputfinanciering op de schop. In de gehele AWBZ-sector wordt afrekening op basis van daadwerkelijk geleverde zorg - natuurlijk gefaseerd - ingevoerd.

#### Zorgregistratie AWBZ<sup>3</sup>

Een groot deelproject binnen de Modernisering AWBZ is het opzetten van de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR). De AZR is een instrument om de vraagsturing

te ondersteunen en zorgvraag en -aanbod beter op elkaar af te stemmen. De AZR heeft onder andere tot doel om bij te dragen aan:

- het kunnen beschikken over betrouwbare wachtlijstsystemen;
- het kunnen volgen van de ontwikkeling in de zorgvraag;
- het kunnen nagaan of cliënten de geïndiceerde zorg op tijd hebben ontvangen;
- een efficiënt verloop van het proces van zorgtoewijzing.

De zorgregistratie is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van informatie tussen het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder. In figuur 1 is de rolverdeling tussen partijen die direct betrokken zijn bij de zorgtoewijzing toegelicht.

De kern van de zorgregistratie is dat de partijen in de zorg informatie uitwisselen via een digitaal registratiesysteem, met landelijk geldende standaarden. Het belangrijkste doel van de zorgregistratie is het ondersteunen van het proces van zorgtoewijzing en het bijhouden van de wachtlijsten in de regio. Maar naast deze doelstelling zorgt de zorgregistratie ervoor dat de communicatie tussen de ketenpartners soepel loopt. Berichtenstandaarden en uniforme handelwijzen zorgen ervoor dat informatie beter uit te wisselen is. Door de verbeterde informatievoorziening krijgen ketenpartners een beter beeld van wat er zicht afspeelt in de keten. Managers kunnen met deze informatie de bedrijfsprocessen verbeteren. Dit is niet alleen van belang in de regio waar de zorg wordt geleverd, maar ook landelijk wordt duidelijker hoe de keten werkt. Dit inzicht en het beter kunnen sturen, maakt de zorgtoewijzing efficiënter. De cliënt wordt minder vaak om informatie gevraagd en de administratieve termijnen van verwerking van gegevens worden korter.

In oktober 2004 is de laatste fase van de zorgregistratie ingevoerd. Het Expertise Centrum (HEC) heeft in opdracht van het Ministerie van VWS per 1 oktober onderzocht of RIO's, zorgkantoren en zorgaanbieders gerealiseerd hebben wat volgens de planning van de zorgregistratie klaar had moeten zijn<sup>4</sup>. Uit dit onder-

<sup>1</sup> De functies zijn: behandeling, verblijf, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging en huishoudelijke zorg.

<sup>2</sup> Het PGB geldt niet voor de functies behandeling en verblijf.

<sup>3</sup> Zie ook het 'Handboek Zorgregistratie AWBZ' op [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl).

<sup>4</sup> Audit invoering AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR) per 1-10-2004.

Figuur 1: Rolverdeling bij zorgtoewijzing



zoek blijkt dat men echter door praktische problemen slechts beperkt van start kon met het berichtenverkeer. De gegevens zijn nog niet volledig, betrouwbaar en tijdig. Er zijn achterstanden bij de RIO's en bij de zorgaanbieders. Veel kleine aanbieders zijn tot op heden slecht geautomatiseerd en hebben een slechte uitgangspositie op het gebied van informatie-uitwisseling. Bovendien levert de zorgregistratie voor de aanbieders vooralsnog weinig voordelen, maar wel veel administratieve rompslomp op. Pas als in de zorgregistratie meer informatie over cliënten wordt vastgelegd verwachten zorgaanbieders efficiëntievoordelen te kunnen boeken. In de loop van 2005 verwacht men pas dat de AZR betrouwbare informatie bevat voor wachtlijsten en zorgtoewijzing.

#### En... al lekker aan het ondernemen?

Per 1 januari 2005 gaat volgens plan ook de functiegerichte bekostiging van start. Instellingen krijgen dan niet meer betaald per bed of per klant, maar moeten het geleverde aantal uren zorg declareren, uitgesplitst naar verschillende werkzaamheden. Dit betekent een volledige omwenteling in een sector die, met uitzondering van de thuiszorg, van oudsher gefinancierd wordt op basis van budgetten. Je zou dan ook verwachten dat bestuurders druk doende zijn zich voor te bereiden op deze veranderingen. Niets is minder waar, uit onderzoek van Deloitte<sup>5</sup> in juli van dit jaar blijkt dat verpleeg- en verzorgingshuizen nog lang niet klaar zijn

voor prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging stelt nogal wat eisen aan bestuurders. Ze moeten weten wat de kosten en opbrengsten zijn van hun cliënten, zij moeten nieuwe klanten lokken op basis van hun

#### Hoeveel zorg wij leveren? Geen idee.

Deloitte ondervroeg 55 verzorgings- en verpleeghuizen om te achterhalen in hoeverre zij klaar zijn voor prestatiebekostiging. Enkele opvallende uitkomsten:

- De diverse processen binnen de organisatie hangen met elkaar samen: bij 32 procent wel, bij 68 procent niet.
- Leidinggevenden zijn betrokken bij het proces van strategie en beleidsvorming: bij 59 procent wel, bij 41 procent niet.
- Alle processen zijn beschreven en vastgelegd: bij 20 procent wel, bij 80 procent niet.
- De werkelijk geleverde productie aan cliënten wordt op cliëntniveau geregistreerd: bij 44 procent wel, bij 56 procent niet.
- Informatiesysteem levert op productniveau gegevens rond kosten en opbrengsten: bij 20 procent wel, bij 80 procent niet.
- Het opleidingsbeleid is structureel gericht op klantgericht werken: bij 41 procent wel, bij 59 procent niet.
- Het denken in afdelingen verdwijnt, medewerkers zijn zonnodig op meer plaatsen inzetbaar: bij 20 procent wel, bij 80 procent niet.

Bron: [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl)

<sup>5</sup> Lees hierover meer op [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) of [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl).

aanbod van producten, zij moeten medewerkers kostenbewust maken en de ontwikkelingen in hun omgeving permanent monitoren. Dit vergt samenhang in de beleidsvorming, besturing, werkprocessen, cultuur en informatievoorziening, die echter bij de meest instellingen nog ver te zoeken is. Om de organisatie goed te kunnen besturen is over al deze onderwerpen informatie nodig, vastgelegd in informatiesystemen. Bij driekwart van de onderzochte instellingen blijkt dat de informatiesystemen niet voldoen aan de behoefte van het management. Zo heeft meer dan de helft van de instellingen geen inzicht in hoeveel zorg cliënten daadwerkelijk krijgen.

### **Angst voor het onbekende?**

Waarom zijn instellingen zo afwachtend met het op orde brengen van hun systemen? De onderzoekers wijten het aan het feit dat niemand exact weet hoe de

prestatiegerichte bekostiging eruit gaat zien; niemand weet nog wat hoe de verschillende soorten zorg worden ingevuld en wat ze gaan opleveren. Dat geeft veel bestuurders de angst om te kiezen voor een verkeerd kostprijsstelsel. Onterecht volgens de onderzoekers, want het draait feitelijk om een betere bedrijfsvoering en daar kan nu best al mee gestart worden. Uiteindelijk draait het allemaal om ondernemerschap, iets waar veel bestuurders onervaren in zijn. Volgens de bestuurder van één van de onderzochte instellingen - die overigens goed scoorde in het onderzoek - is de overheid daar mede debet aan. "De overheid heeft de zorgsector geconditioneerd tot een ongezonde reflex. Als het moeilijk wordt ga je op je rug liggen met je pootjes omhoog en dan krijg je er geld bij." Of deze methode na 1 januari 2005 nog werkt zal moeten blijken.

## **Consequenties voor zorgaanbieders**

### *Strategische heroriëntatie*

Vanaf 1 januari 2005 is er geen gegarandeerd budget meer. De zorgverlenende organisatie wordt afhankelijk van voldoende klanten. Iedere zorgaanbieder mag alle functies uitvoeren en de regionale grenzen gelden niet meer. Dit leidt voor de aanbieder tot de noodzaak om inzicht te krijgen in de cliëntwensen en te bepalen wat de omvang is van de potentiële cliëntenpopulatie.

### *Outside in benadering*

Instellingen zullen zich veel meer dan voorheen moeten richten op ontwikkelingen in hun omgeving. Om te kunnen onderhandelen met het zorgkantoor en PGB-cliënten is het noodzakelijk om aanbod uit te drukken in producten, gerelateerd aan doelgroepen en herkenbare vraagtypen. Het volgen van en inspelen op de markt zal een belangrijke activiteit moeten worden.

### *Cultuurverandering*

Om als instelling je hoofd boven water te houden is ondernemerschap een vereiste. Niet iedere bestuurder c.q. manager is op dit terrein ervaren. Medewerkers moeten leren denken in geïndiceerd aantal uren en de instelling moet met het zorgkantoor en PGB-houders onderhandelen over de verkoop van hun dienstverlening. Het denken in producten, doelgroepen en kost- en verkoopprijzen is nieuw en vereist een behoorlijke omslag in de cultuur van de instellingen.

### *Financiële sturing*

Voor een goede onderhandelingspositie moet elke instelling de kostprijs van producten bepalen en op basis hiervan een verkoopprijs instellen. De nadruk in de gemoderniseerde AWBZ ligt op kosten én opbrengsten.

### *Informatievoorziening*

Voor het goed kunnen sturen van de instelling wordt het erg belangrijker om tijdig en adequaat over informatie te beschikken. Er is veel meer informatie nodig op cliëntniveau (looptijd van indicaties, geleverde zorg, overeengekomen bedragen, etc.), immers de instelling wordt afgerekend op daadwerkelijk geleverde zorg. Daarnaast zal de behoefte aan managementinformatie drastisch wijzigen. Sec sturen op kosten en capaciteiten voldoet niet langer, cliënttevredenheid, marktinformatie, capaciteiten, kosten, opbrengsten en medewerkertevredenheid worden des te belangrijker. Dit zal nogal wat aanpassing vereisen in de informatiesystemen.

## Online

Door Maarten Veldstra

**V**irtuele oogarts  
CZ-verzekerden kunnen via de website [www.czmedicininfo.nl/virtueleoogarts](http://www.czmedicininfo.nl/virtueleoogarts) online voor advies terecht bij een oogarts. Het raadplegen van de oogarts werkt via een vragensysteem met tekeningen en foto's. Deze module is opgezet in samenwerking met een oogarts uit het Oogziekenhuis in Rotterdam. Het doel van het adviesprogramma is om mensen een beter inzicht te geven in de ernst van de klachten en ze attent te maken op symptomen die van belang kunnen zijn. Het programma werkt met vragen en antwoorden en aan het eind van een vragenlijst krijgt de bezoeker een advies over de aard en ernst van de oogklachten. Deze kan dan zelf bepalen of het nodig is wel of niet naar de huisarts, de optometrist of opticien te gaan.



### Kenniscentrum mantelzorg

Het Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ) is het landelijk kenniscentrum op gebied van informele zorg / mantelzorg. De missie van het EIZ is veranderingen en vernieuwingen te stimuleren en te ondersteunen die een bijdrage leveren aan het instandhouden en versterken van informele zorg/ mantelzorg. Het EIZ richt zich daarbij primair op organisaties en instanties die te maken hebben met mantelzorg(ers) of op beleidsniveau met mantelzorg bezig zijn. De internetsite van het EIZ ([www.eiz.nl](http://www.eiz.nl)) is een kennisplein voor de informele zorg / mantelzorg en brengt informatie van verschillende bronnen bij elkaar of verwijst er naar.



## In Beeld ...

**Consultant / praktijkmanager bij Tetragon Dental Support**

Door Stefan Pickee



**N**a vier verre reizen en een wereldreis in het kader van een tv-programma, vond hij het wel eens tijd om af te studeren. Of was het na een jaar bij TNO Preventie en Gezondheid gewerkt te hebben en inmiddels met een tweede baan te zijn begonnen eens tijd om af te studeren? Wellicht een mix van deze twee deed hem besluiten om eindelijk zijn felbegeerde bul op te halen. Het woord is aan Stefan Pickee.

Als student-assistent heb ik meegewerkt aan het iMTA (institute of Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit, te Rotterdam) aan een onderzoek voor het College voor Zorgverzekeringen betreffende "inperking van het geneesmiddelenpakket". Een actueel onderwerp aangezien de zorgbudgetten minder zorg toelaten waardoor keuzen onvermijdelijk zijn. Middels deze stageplek kon ik mijn ideeën over mijn eigen afstudeeronderzoek nader uitwerken; hierin wilde ik een vergelijking maken tussen verschillende rechtvaardigheidsprincipes waarmee eenduidige keuzen in de zorg kunnen worden gemaakt. Tegelijkertijd heb ik de maatschappelijke interpretatie van rechtvaardigheid, de voorkeur voor een specifieke verdelingsprincipe in het algemeen publiek, proberen te achterhalen. Mijn resultaten heb ik mogen presenteren op een international congres in Rotterdam (IS-POR 2002) en een artikel samen met mijn begeleider (Elly Stolk) is in een vergevorderd stadium (waarschijnlijk voor Health Policy). Conclusie in grote lijnen: niet de leeftijd van de patiënt maar de mate van verloren gezondheid is een belangrijke factor in stellen van prioriteiten; hoe meer gezondheid door een aandoening verloren gaat, hoe meer prioriteit wordt gegeven om deze patiënt te behandelen.

De meeste (oud)studenten kennen mij hoogstwaarschijnlijk van het avontuurlijk televisieprogramma PlanetRace, een RTL4-programma op primetime zaterdagavond, waarin acht kandidaten waaronder ikzelf over vijf continenten rondstruinden om met een minimaal budget verschillende eindbestemmingen te halen. Een mix tussen Expeditie Robinson en Jules Verne's reis om de wereld. Ik ben uiteindelijk als winnaar uit deze competitie gekomen wat mij een geldbedrag en het ambassadeursschap van het WNF opleverde.

Nu inmiddels gekomen van het avontuur sta ik middenin het bedrijfsleven en de gezondheidszorg. Sinds

juli dit jaar ben ik begonnen als consultant bij Tetragon Dental Support, een organisatie die zich richt op het ondersteunen van tandartsen bij de organisatie van hun praktijk. Namens dit bedrijf ben ik tegelijkertijd werkzaam als overkoepelende praktijkmanager van drie goeddraaiende tandartspraktijken. Een drukke baan waar ik vooralsnog zo'n 50 uur per week vol enthousiasme mee bezig ben.

De tandartssituatie in Nederland kan als volgt worden gekenschetst. Ongeveer 60% van de tandartspraktijken is gevestigd onder de woning van de tandarts. Veelal een solopraktijkvoering met een praktijkruimte van één à twee behandelkamers, waarin ook de mondhygiëniste werkt en de tandartsassistentes eveneens receptionistes zijn. De andere ongeveer 40% van de tandartsbevolking is werkzaam in een groepspraktijk. De verwachte situatie op middellange termijn is dat tandartsen vanwege de shared costs vaker hun praktijken gaan samenvoegen of de organisatie dusdanig gaan inrichten dat het rendement optimaal is, met andere woorden: iedereen doet waar hij goed in is; de tandarts besteedt al zijn tijd aan diagnoses stellen en kroon- en brugwerk en de mondhygiëniste verwijdert tandsteen. De nieuwe actor in de tandartsenpraktijk wordt de manager, die alle zaken omtrent deze organisatie regelt. In deze laatstgenoemde nieuwe markt opereert Tetragon Dental Support.

Mijn werkzaamheden bestaan enerzijds uit personeelszaken van de drie praktijken (ongeveer 25 medewerkers) en anderzijds het begeleiden van het gehele traject waarbij tandartsen zich gaan vestigen of reorganiseren. Deze tweeledige functie is een bijzondere en uitdagende baan. Personeelszaken onderhouden is op zich geen grote kunst maar het opzetten van een personeelssysteem en winnen van vertrouwen bij personeelsleden is de grootste taak binnen deze functie. Voorheen bestond de praktijk uit een tandarts en een tandartsassistent en that's it. Inmiddels zijn praktijken in rap tempo uitgegroeid tot heuse organisaties. Ik werk voor medische professionals die eigenlijk altijd aan de top van de keten hebben gestaan. Mondhygiënistes en tandartsassistenten zijn doorgaans ondergeschikt geweest aan de tandarts. Komt zo'n gezondheidswetenschapper langs, die voor de tandarts geen omzet genereert, maar vervolgens wel vertelt dat investeringen in bijvoorbeeld functione-

ringsgesprekken wel degelijk iets opleveren. Dat is soms lastig te bevatten voor een hoop tandartsen. Het begeleiden van tandartsen bij het opzetten van een praktijk is de meeste uitdagende functie die ik me kan wensen. Het vinden van een geschikte praktijk en die om te bouwen tot een voor de betreffende tandarts werkzame praktijk is bijzonder boeiend en enerverend. Je luistert naar de (vaak utopische) wensen van de tandarts en regelt samen het zo dat het er zo effectief en efficiënt mogelijk gewerkt kan worden. Hierbij ondersteunen wij de tandartsen tevens bij het implementeren van een door Tetragon ontwikkeld kwaliteitssysteem, waarmee wij voorlopen op de eisen op langere termijn van de NMT, de overkoepelende organisatie van de tandartsen.

De laatste jaren is een sterke stroom van buitenlandse tandartsen op gang gekomen. De situatie in bijvoorbeeld Duitsland is dat het Duitse equivalent van het ziekenfonds op de schop gaat en van de 70.000 werkzame tandartsen naar schatting slechts 50.000 tot 60.000 het hoofd boven water kunnen houden. Aangezien het tandartsentekort in Nederland al zo hoog is opgelopen, is er een zuigende werking op het

overschot in Duitsland. Een deel van deze tandartsen komt bij onze organisatie en vragen om onze begeleiding. Wij laten ze een dagje meekijken in één van onze praktijken om te laten zien hoe de Nederlandse cliënt zich gedraagt, hetgeen vaak al aanleiding genoeg is om zich niet in Nederland te vestigen, vanwege velerlei cultuurverschillen. Dit vergt enige omslag bij de Duitse tandarts. Vanuit Tetragon gaan wij tevens na in hoeverre mogelijke nieuwe toetreders tot de Nederlandse tandartsenmarkt wel de vereiste kwaliteit kunnen leveren en waar hierin bijsturing nodig is.

Afgelopen voorjaar heeft een Nederlandse ondernemer een tandartsenpraktijk in Almere overgenomen en vervolgens alle kwaliteitseisen laten varen. Hij is puur voor de winst gegaan, waardoor uiteindelijk zelfs de organisatie ten gronde is gegaan en inmiddels acht rechtszaken aan zijn broek hangen. Het verschil tussen mij en hem is dat ik Beleid en Beheer heb gestuurd en wel oog heb voor de geleverde kwaliteit van de tandartsen en hij oliemagnaat is geweest en een tandartsonderneming enkel en alleen als iets lucratiefs zag.

## Bericht uit Maastricht

Door Ronald Hortensius

### Maastricht beste universiteit in KeuzeGids, middenmoter volgens Elsevier

De Universiteit Maastricht is net als vorig jaar de beste universiteit van Nederland, aldus de KeuzeGids Hoger Onderwijs die op 25 oktober verscheen. In weekblad Elsevier, dat twee weken eerder een eigen enquête publiceerde, gaan de medailles naar Utrecht, Tilburg en Eindhoven. De UM krijgt alleen eervolle vermeldingen bij geneeskunde en bedrijfswetenschappen.

Welke bron heeft het bij het rechte eind? Namens Elsevier vroeg TNS NIPO 4.535 studenten naar hun onderwijs, de studiefaciliteiten, de docenten en de mogelijkheid om naar het buitenland te gaan. Zo'n 1.100 hoogleraren werden vervolgens door het Nijmeegs onderzoeksinstituut ITS benaderd om te bepalen wie op hun vakgebied het beste is als het gaat om studieprogramma, wetenschappelijke publicaties, de staf en het niveau van de afgestudeerden. De studenten gaven hun mening over 23 studies (waaronder vijf UM-opleidingen) en zetten alleen de Maastrichtse geneeskundestudie op de eerste plaats. De professoren beoordeelden 26 opleidingen en vonden alleen het Maastrichtse bedrijfswetenschappen - ex aequo met Tilburg - een echte topper.

De KeuzeGids Hoger Onderwijs pakte het grootser aan en ondervroeg 18.000 studenten over onder andere de inhoud en samenhang van opleiding, de studeerbaarheid, de roosters en tentamens. Daarnaast werden de oordelen van de diverse visitatiecommissies meegenomen.

De ranglijsten in de KeuzeGids, maar ook die in Elsevier, laten zien dat de verschillen tussen universiteiten niet groot zijn. De Universiteit Maastricht staat in de Gids op een eerste plaats met het rapportcijfer 7,07 (studentenoordeel en visitatiecommissie samen), maar de universiteiten uit Eindhoven (7,03), Enschede (7,02) en Wageningen (7,00) volgen met minieme verschillen. Delft staat onderaan met 6,68.

Gezondheidswetenschappen, de European Law School en econometrie (niet onderzocht door Elsevier) staan net als vorig jaar op de eerste plaats in de KeuzeGids. Niet zo verwonderlijk, want voor deze drie zijn geen nieuwe enquêtes gehouden en geldt dus het oordeel van 2003. Geneeskunde is wel opnieuw onderzocht en komt (net als volgens de studenten in Elsevier) wederom als beste uit de bus met een 7,56. Goede tweede is Groningen (7,46), derde is Nijmegen (7,41).

De Maastrichtse psychologen zijn voor het eerst sinds de oprichting hun koppositie in de Gids kwijt, en wel aan Rotterdam. Ook internationale bedrijfskunde is na een jaar weer van het hoogste schavot verdwenen. Tilburg, dat vorig jaar wegens enquêteproblemen niet was opgenomen in de lijst, heeft die plek zowel in de Gids als Elsevier ingenomen. Economie staat ook nog steeds op twee, maar ook hier is iets aan de hand. De Maastrichtse studenten zijn, in tegenstelling tot hun collega's in de rest van het land, per abuis niet ondervraagd door de KeuzeGidsonder-

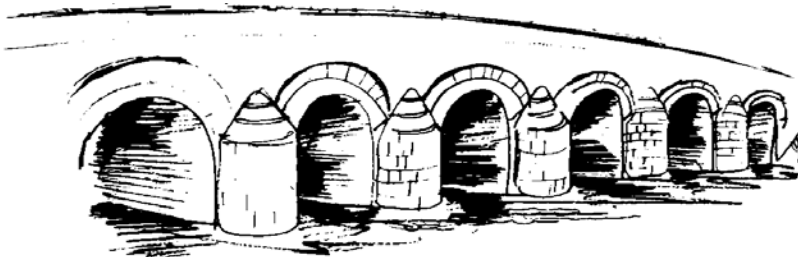
zoekers en dus staan de UM-uitslagen van 2002 in de lijst, terwijl de rest al verse scores heeft. Nijmegen keldert daardoor van de eerste naar de laatste plaats. Tilburg staat op kop. Nederlands recht zit in de lift en stijgt van vijf naar drie, net achter Tilburg (met éénhonderdste verschil) en Nijmegen. Voor kennistechnologie en fiscaal recht verandert er niets - allebei een derde plaats - want voor deze twee opleidingen zijn geen nieuwe onderzoeken gedaan. In Elsevier ontbreken ze. (Bron: Observant)

### Campus Randwijck moet internationale aantrekkingskracht UM vergroten

Het plan dateert uit 1999, leek jarenlang kansloos, maar wordt in 2005 werkelijkheid: Maastricht krijgt een grote universiteitscampus in Randwijck met studentenkamers, studio's, appartementen, winkels, kantoren, horecazaken, eigentijds sportcentrum en parkeergarage.

Provincie Limburg, Universiteit Maastricht en de gemeente Maastricht staan garant voor een tekort van negen miljoen euro op een bouwvergroting van 104 miljoen. Verwacht wordt dat de bouwstart begin 2005 zal zijn. De ingebruikname is voorzien in 2008. Het complex is een ontwerp van de wereldberoemde Spaanse architect Santiago Calatrava. Het is een langgerekt gebouw, met rondom water, eindigend in een toren van 63 meter hoog (alleen de St. Jan is hoger) met daar achter een schelpvormige constructie. Naast het sportcomplex, de kamers (grootte: tussen 20 en 28 vierkante meter, prijs: 325 euro inclusief) en studio's, is er vijfduizend vierkante meter gereserveerd voor startende bedrijfjes en komt er een parkeergarage met vierhonderd plaatsen.

(Bron: Dagblad de Limburger)



# **Verslag 15<sup>e</sup> Algemene Ledenvergadering (ALV)**

## ***Alumnivereniging Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg***

### ***3 december 2004, Utrecht***

*Door Rosian Schoenmakers*

**Aanwezige bestuursleden:** Jacco Aantjes (voorzitter), Carina Parmentier, Annemarieke van der Meij, Rosian Schoenmakers, Joris Ruijters

**Afwezige bestuursleden:** Brigitte van der Zanden

#### **1. Opening**

De voorzitter, Jacco Aantjes, opent de vergadering en heet iedereen van harte welkom.

#### **2. Notulen 14<sup>e</sup> ALV**

De notulen van de 14<sup>e</sup> ALV vergadering zijn vastgesteld.

#### **3. Terugblik activiteiten 2004**

##### Voorjaarssymposium in Venlo

Goed bezocht congres. Het was een geslaagde samenwerking met de Universiteit Maastricht (UM). Het was financieel een succes. Voor herhaling vatbaar. Foto's staan op de website ([www.abbg.nl](http://www.abbg.nl)).

##### NOTA

Net zoals voorgaande jaren zijn er vier NOTA's uitgebracht met vier verschillende thema's. Deze lijn wordt voortgezet naar 2005.

"UM-laut" is een nieuwe rubriek in de NOTA. In elke editie verzorgt een medewerk(st)er van de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg (BEOZ) deze column.

In 2004 hebben er wisselingen in de redactie plaatsgevonden. Drie leden zijn weggegaan. Vier leden zijn er bij gekomen. De redactie bestaat nu uit zeven leden.

##### Najaarsactiviteit

De najaarsactiviteit is niet door gegaan in verband met het geringe aantal inschrijvingen. Leerpunten zijn: Voorbereidingstijd was tekort en liep over teveel schijven.

De vraag bestaat of het onderwerp wel aansprekend genoeg was, dan wel of wederom (net als vorig jaar) een onderwerp van buiten de zorg voldoende aantrekkingskracht had.

Datum in de herfstvakantie kan een probleem zijn geweest.

Communicatie is eveneens te laat en te weinig.

##### Contacten UM

Er is een goede samenwerking met de UM. Vanuit BEOZ is duidelijk aangegeven dat het alumni-beleid van groot belang is. Zij onderschrijven de veranderende instroom van de ABBG en de daaraan gekoppelde problemen; a.g.v. van de BA-Ma structuur hebben studenten minder binding aan Beleid & Beheer en zal meer effort moeten zitten in het binden aan de ABBG en de UM. Voorstel is om studenten via een mail van de BEOZ te attenderen op de NOTA (via een link met de website). Studenten kunnen zich hiervoor opgeven middels een digitaal formulier. Dit vraagt aanpassing van de database. Daarnaast krijgen alle afgestudeerden, die ABBG-lid worden, een jaar lang de NOTA gratis van de UM.

##### Ledenboek

In oktober heeft elk ABBG-lid het nieuwe ledenboek voor 2005/ 2006 ontvangen. Het ontbreken van het voorwoord wordt door sommigen als een gemis ervaren. In 2005 en 2006 komt er geen ledenboek.

#### Netwerkgroepen

Vijf netwerkgroepen zijn actief. Vijf netwerkgroepen zijn nooit gestart. Een aantal is non-actief.

#### **4. Financiën ABBG**

De jaarrekening is goedgekeurd door de kascontrolecommissie.

Carina Parmentier, penningmeester, presenteert de totalen van 2003, 2004 en de begroting voor 2005. De definitieve afrekening van 2003 gaf een positief saldo.

De begroting 2005 voorziet in een post voor restyling van de website, de huisstijl (inclusief omslag van de NOTA) en het ontwikkelen van een ledendatabase, te benaderen via de website (i.p.v. ledenboek).

Het voorlopige resultaat van 2004 is € 5.000 positief, echter hier gaan nog af de rekeningen van twee NOTA's, het ledenboek, de afgelaste najaarslezing, de ALV. Hoe het resultaat na afsluiting van het jaar uitvalt is nog moeilijk te zeggen. De begroting 2005 wordt goedgekeurd.

#### **5. Vooruitblik 2005**

##### Activiteiten

In 2005 organiseren de ABBG en de aBMG een activiteit samen. Het idee is een vaardigheidstraining / cursus. Het jaar 2005 is een lustrumjaar van de aBMG.

Voorstel voor activiteiten voor de ABBG in 2005:

Vaker een kleinere activiteit organiseren op een middag. Voor de invulling worden gespecialiseerde bureaus en professionals benaderd.

Meer samenwerking met de aBMG

##### Reactie op Ba-Ma structuur

Alle Bachelor en Master afgestudeerden moeten het recht hebben om lid te worden van de ABBG. Met de huidige statuten is dat niet mogelijk. De voorzitter vraagt toestemming om de statuten te wijzigen waardoor het bovenstaande wel mogelijk wordt gemaakt. Hiermee wordt ingestemd.

##### Herziening contracten

In 2005 zal worden geïnventariseerd of het drukwerk elders goedkoper kan.

##### Internet

In 2005 wordt een onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van het doorgeven van de ledenmutaties via de website zoals het alumninet van de UM. Website upgraden in vormgeving. Samen met de NOTA redactieleden zal voor de website en NOTA een nieuwe huisstijl worden ontwikkeld. Functionele eisen worden nader opgesteld. Klaar eind 2005.

##### Enquête

Er waren 35 respondenten. Uitkomsten worden in NOTA 1, 2005 bekend gemaakt.

##### Aanvulling bestuur

Het bestuur draagt de volgende leden voor:

Ledenadministratie: Annemarieke van der Meij

Penningmeester: Carina Parmentier

Secretaris: Rosian Schoenmakers

##### Rondvraag

Carina Parmentier vraagt of iedereen voor 2005 de declaraties naar haar wil opsturen

##### Sluiting

Jacco Aantjes sluit de vergadering en nodigt iedereen uit voor een borrel in café Heerenplein

## " UM-laut "

*In elke editie van de NOTA vult een medewerk(st)er van de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg deze column. Hans Maarse geeft het stokje door aan Wim Groot.*

### **Problemen AWBZ niet afschuiven maar aanpakken**

De kosten van de AWBZ zijn behoorlijk uit de hand gelopen. Van elke Euro die in Nederland wordt verdiend, wordt al bijna 5 cent uitgegeven aan de AWBZ. Over enkele jaren zal ook de babyboomgeneratie gebruik gaan maken van de AWBZ voorzieningen. Als we willen dat straks voor hen ook nog thuiszorg hulp klaar staat en er een plekje in een verpleeg- of verzorgingshuis is, moet een einde worden gemaakt aan deze extreme kostenstijgingen.

Staatssecretaris Ross van VWS denkt dat door overheveling van AWBZ voorzieningen naar gemeenten de kosten beter beheersbaar worden. Enige tijd geleden heeft de staatssecretaris een contourennota voor een Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bekend gemaakt. Deze wet regelt wat burgers van hun gemeente mogen verwachten aan ondersteuning op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Onderdeel van de wet zal waarschijnlijk zijn dat delen van de thuiszorg en de verzorgingshuizen en de maatschappelijke ondersteuning voor verstandelijk gehandicapten uit de AWBZ worden gehaald en voor de verantwoordelijkheid van de gemeente komen.

Cynici zullen zeggen dat deze overheveling niet meer dan een bezuinigingsmaatregel is. De staatssecretaris heeft toegezegd dat de middelen die in het jaar voor invoering van de WMO aan deze voorzieningen worden besteed 'euro voor euro' beschikbaar komen voor maatschappelijke ondersteuning in de gemeenten. Dit is op zich al een verkapte bezuiniging. Aangezien de kosten van de AWBZ jaarlijks stijgen, is een budget voor de WMO dat afhangt van de uitgaven in het jaar voor invoering al een flinke bezuiniging.

In elke gemeente zullen ambtenaren bezig gaan met de uitvoering van de WMO. Hierdoor zullen de uitvoeringskosten van de WMO veel hoger uitpakken dan die voor de AWBZ. In veel gemeenten hebben zorginstellingen de afgelopen jaren een monopoliepositie verkregen. Kleinere gemeenten zullen vrij machteloos zijn in hun onderhandelingen met deze monopolisten in de zorg. Dit zal leiden tot hogere prijzen voor zorg van mindere kwaliteit.

De overheveling kan ertoe leiden dat gemeenten het geld aan andere leuke dingen gaan besteden. De eerste jaren zullen de gelden voor de WMO als een doeluitkering aan de gemeenten worden verstrekt. Na enkele jaren zullen deze middelen waarschijnlijk onderdeel gaan vormen van de algemene uitkering van het Rijk aan de gemeenten. Gemeenten kunnen de middelen dan aan andere zaken gaan besteden.

Gemeenten hebben er weinig belang bij om meer dan het absolute minimum aan zorg en ondersteuning te bieden. Als ze meer doen zijn ze niet alleen meer geld kwijt – geld dat ze niet aan andere meer prestigieuze projecten kunnen besteden – ze lopen ook nog eens het risico dat de gemeente aantrekkelijker wordt voor ouderen en gehandicapten om er zich te vestigen. Wethouders willen hun stad of gemeente profileren als 'jong, bruisend en energiek', niet als een 'rolstoel en rollator paradijs'. De problemen in de AWBZ moeten worden opgelost, niet afgeschoven. Dit kan door betere controle op het gebruik van zorg en door van gebruikers een redelijke eigen bijdrage te vragen voor de zorg die ze ontvangen.

Onnodig gebruik kan worden tegen gegaan door hogere eigen bijdragen. Begin dit jaar zijn de eigen bijdragen al flink verhoogd. Deze verhogingen lijken effect te sorteren. Het College voor Zorgverzekeringen verwacht dat de groei van de AWBZ dit jaar nog maar de helft zal bedragen van die van vorig jaar. Naast hogere eigen bijdragen zou ook kunnen worden gedacht aan herinvoering van de vermogenstoets voor verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. Waarom zou de samenleving opdraaien voor de kosten van het verzorgingshuis zolang mensen zelf de middelen hebben om dit te betalen? Door een vermogenstoets betalen kinderen – via hun erfenis – ook mee aan de kosten van zorg voor hun ouders.

Al te vaak wordt reorganisatie als oplossing van een probleem gezien. Als de echte oorzaken niet worden aangepakt, lost reorganisatie niets op. Omgekeerd, is voor een echte oplossing van het probleem een reorganisatie helemaal niet nodig. Reorganisatie is wel vaak het excuus om de echte problemen niet aan te pakken.

Wim Groot,  
Hoogleraar gezondheidseconomie,  
Universiteit Maastricht.  
[w.groot@beoz.unimaas.nl](mailto:w.groot@beoz.unimaas.nl)

## Verenigingsnieuws

### AFGESTUDEERDEN

Naam	Titel	Telefoon (privé)
<i>September 2004</i>		
Anne Bovy	Vertegenwoordiging in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap	06-48177324
Marcel van Ham	Indicatoren en kwaliteit; tweespant of tweespalt?	040-2366867
Jorn Leistra	Hartslag Limburg: effecten in kwaliteit van leven	06-26810605
<i>Oktober 2004</i>		
Jackelien van Damme	Sleutel tot succes? Patiënten als co-actoren in het implementatie-proces	06-15432910
Yvonne Goertz	Kwaliteit van het verpleegkundig spreekuur voor Parkinson-patiënten: patiënten aan het woord	0475-532507
Gerda Linthof	Onderzoek naar de toepasbaarheid van portfolioanalyse in het Academisch Ziekenhuis Maastricht	06-28351051
Angela Pasma	Verzet en verzet is twee: onderzoek naar de omgang met verzet van dementerende ouderen in de verpleeghuiszorg	06-18515619
<i>November 2004</i>		
Christiane Aarts	Werken aan een VITALE toekomst; de bewoners aan zet	06-47394192
Mariëlle van Gansewinkel	Het verwijzen van patiënten door medici naar diëtisten	06-28637617
Eric Glaudemans	De onderneming in balans	06-45112594
Sanne Gorissen	Op welke wijze geven zorgverzekeraars de relatie met verzekerden vorm?	06-24877224
Patricia Jaspers	Ethical review practice	043-3214598
Sabine Roos	Op weg naar een nieuw inrichting van het oncologische zorgproces	026-3647887

### NIEUWE LEDEN

Naam	Functie	Telefoon (werk)
Ingrid Essenberg-Hartjes	Beleidsmedewerker, Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport	070-3649818
A.R. Ho-dac	Algemeen directeur Medizorg B.V.	030-6692101
Ineke Hoogenstrijd	Werkzoekend	0573-258896
Joyce Hulshof	Werkzoekend	06-41153441
Leti Vos	Werkzoekend	043-3214512

### WIJZIGING FUNCTIE

Naam	Functie	Telefoon (werk)
Ilse van Berkel	Medewerker planning & control: Meander Medisch Centrum	033-4214768
Astrid Bijker-Cramer	Ondernemer Cramers Consult: interim- en projectmanagement	06-44866425
John Franssen	Divisiemanager: Thuiszorg Midden Limburg	0475-318551
M. den Hartog	Directeur-bestuurder RIO Regio Leiden	071-5810999
Ardine de Wit	Projectleider RIVM: afdeling Preventie en Zorgonderzoek	ardine.de.wit@rivm.nl

## ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier

Naam : \_\_\_\_\_ Voorletters : \_\_\_\_\_  
 Studentnr. : \_\_\_\_\_

**Betreft:**     **Aanmelding**             **Wijziging privé-adres**             **Wijziging Functie**

Vul onderstaande gegevens alléén in als deze gewijzigd of nog niet bij ons bekend zijn!!!

### PERSONALIA

Naam : \_\_\_\_\_ Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
 Adres : \_\_\_\_\_ PC en Woonplaats : \_\_\_\_\_  
 Telefoonnr. : \_\_\_\_\_ E-mail adres : \_\_\_\_\_  
 Bank-/Gironr. : \_\_\_\_\_ Afstudeerjaar : \_\_\_\_\_

### WIL ACTIEF ZIJN BINNEN DE ABBG

Ja : \_\_\_\_\_  Nee : \_\_\_\_\_

### WERKGEGEVENS

Werkgever : \_\_\_\_\_  
 Afdeling : \_\_\_\_\_  
 Functie : \_\_\_\_\_  
 Kerntaken : \_\_\_\_\_  
 Postadres : \_\_\_\_\_ PC en Woonplaats : \_\_\_\_\_  
 Telefoonnr. : \_\_\_\_\_ Faxnummer : \_\_\_\_\_  
 E-mail adres : \_\_\_\_\_

Geef aan bij welke functie- en instellingscode u ingedeeld wenst te worden. Deze codes worden gebruikt bij de diverse sorteringen in het ledenboek.

### FUNCTIECODE (Maximaal twee)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ondernemer               | <input type="radio"/> Marketing/commercieel | <input type="radio"/> Financiën/economisch            |
| <input type="radio"/> Personeel en Organisatie | <input type="radio"/> Logistiek             | <input type="radio"/> Kwaliteit                       |
| <input type="radio"/> Onderzoek                | <input type="radio"/> Algemeen management   | <input type="radio"/> Automatisering/Informatievoorz. |
| <input type="radio"/> Organisatie-advies       | <input type="radio"/> Algemeen beleid       | <input type="radio"/> Opleidingen                     |
| <input type="radio"/> Overig                   |   |   |

### INSTELLINGSCODE (Maximaal één)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ziekenhuis          | <input type="radio"/> Verpleeghuis                | <input type="radio"/> Verzorgingshuis                |
| <input type="radio"/> Thuiszorg/Kruiswerk | <input type="radio"/> Universiteit                | <input type="radio"/> Verzekeraar                    |
| <input type="radio"/> Overheid            | <input type="radio"/> Adviesbureau                | <input type="radio"/> Maatschappelijk dienstverlener |
| <input type="radio"/> Onderzoeksgaan      | <input type="radio"/> Farmacie                    | <input type="radio"/> Eerstelijnszorg                |
| <input type="radio"/> Gehandicaptenzorg   | <input type="radio"/> Geestelijke gezondheidszorg | <input type="radio"/> Automatisering                 |
| <input type="radio"/> Overig              |   |  |

Stuur het ingevulde formulier aan ABBG, Postbus 616, 6200 MD MAASTRICHT.  
 (of vul dit formulier in op de website [www.abbg.nl](http://www.abbg.nl), onder lidmaatschap)

Handtekening : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_