

Datum
6 februari 2024

Bijlage(n)
-

Contactpersoon
Esmé Wiegman

Doorkiesnummer
06-21703581

Esmé.wiegman@valente.nl

Onderwerp
Reactie op internetconsultatie van wetsvoorstel
"Afschaffing abonnementstarief Wmo 2015"

Ons
VA24-009

kenmerk

Geachte staatssecretaris Van Ooijen,

Graag reageer ik namens brancheverenigingen Valente en DeNLggz op de internetconsultatie van het wetsvoorstel "Afschaffing abonnementstarief Wmo 2015".

Inleiding

Valente is de brancheorganisatie voor participatie, begeleiding en veilige opvang. Als lid zijn aangesloten vrijwel alle zorgaanbieders die Wmo-zorg bieden aan cliënten die dak- en thuisloos zijn, die wegens huiselijk geweld niet meer in hun eigen huis kunnen verblijven of die vanwege een psychische aandoening of verslaving begeleiding of beschermd wonen nodig hebben. In het kalenderjaar 2022 werden ruim 150.000 cliënten bediend door 74 lid organisaties.

De Nederlandse ggz is de branchevereniging voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. We richten ons op belangenbehartiging, samenwerken, kennis delen en innovaties. Voor leden bieden we een platform om van elkaar te leren, te vernieuwen en samen elke dag nog beter te worden. Samen met ggz-aanbieders en partners binnen en buiten de ggz-sector werken wij aan de best mogelijke geestelijke gezondheidszorg via de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Wet forensische zorg. Want een goede geestelijke gezondheid is van ons allemaal. Iedereen kan bijdragen. Samen zijn we de Nederlandse ggz en proberen we de organisatie van zorg zo effectief en efficiënt mogelijk in te richten. De Nederlandse ggz vertegenwoordigt zo'n 100 lid organisaties, waaronder zorgaanbieders die Wmo-zorg bieden.

Kwalitatief goede zorg kost altijd geld. Daar weten de leden van Valente en deNLggz alles van. In het kader van de participatie van burgers en hun eigen verantwoordelijkheid voor de zorg die zij nodig hebben is het niet onlogisch dat een inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage (= afgekort ivb, conform de MvT) wordt geheven. Op hoofdlijnen kunnen Valente en deNLggz dan ook instemmen met het wetsvoorstel. Hoe meer geld er rechtstreeks aan Wmo zorg besteed kan worden voor de doelgroep die dit echt nodig heeft, hoe beter dat is voor de mensen met een ondersteuningsbehoefte. Daarbij is het goed te bedenken dat de meeste cliënten van onze leden op het bestaansminimum leven en vaak kampen met schulden en afbetalingsregelingen. Wijzigingen in eigen bijdrage regelingen kunnen ongewenste en onbedoelde effecten meebrengen. We vinden het van belang dat de wetgever deze effecten zoveel als mogelijk in beeld brengt en zo nodig passende maatregelen treft.

Wij zien ook, als branchevereniging van Wmo-zorgaanbieders in de opvang en GGZ, dat bij een wetswijziging als deze in de technische en financieel-administratieve sfeer veel mis kan gaan. Hoewel veel van de zorgpunten ook al door uw departement zijn gesignaleerd en voorzien van een mogelijke oplossing, kan het geen kwaad om vanuit de brancheverenigingen onze zorgpunten eveneens aan te dragen.

Reactie op de opties t.a.v. vaststelling eigen bijdrage voor algemene voorzieningen in duurzame hulpverleningsrelatie

Valente en deNLggz zijn van mening dat de beleidsvrijheid van gemeenten op het gebied van zorginkoop in de Wmo en Jeugdwet regelmatig zorgt voor vermijdbare extra administratieve lasten. Dit heeft zowel op de cliënt als op de zorgaanbieder directe of indirecte impact. Wij pleiten daarom volmondig voor optie 1, te weten dat de maximale hoogte van de eigen bijdrage voor deze voorzieningen wordt vastgesteld door de minister in een algemene maatregel van bestuur. Het is eenvoudig, en biedt zekerheid en overzicht.

Definieer de 'zorg met duurzame hulpverleningsrelatie' meer expliciet

In navolging van de vorige paragraaf vinden we dat de 'zorg met duurzame hulpverleningsrelatie' beter gedefinieerd moet worden. Zeker omdat dit begrip in het nieuwe wetsvoorstel een bepaalde status zal krijgen zou een opname van deze term in de alfabetische lijst, met een beschrijving in de toelichting, of op z'n minst nadere definiëring in een beleidsregel niet misstaan. Dit voorkomt onduidelijkheid en wildgroei, voor alle betrokken partijen en de cliënt. Daarnaast lijkt het ons zinvol om in andere, aanpalende wet- en regelgeving te checken in hoeverre andere definities overeenkomen met de 'zorg met duurzame hulpverleningsrelatie' of deze aanvullen.

Wij vragen om een brede uitvoeringstoets

In 2019 is door de VNG een uitvoeringstoets gedaan inzake de stapelfacturen. Daaruit bleek dat zowel de tijdigheid van gegevensaanlevering als de kwaliteit van gegevens gestapelde facturen tot gevolg kan hebben. De nu in de MvT voorgestelde oplossing, om in plaats van 12 maanden slechts 3 maanden met terugwerkende kracht te mogen declareren, is nog uiterst onzeker. Wanneer deze (door o.a. weerstand vanuit gemeenten die deze vorm van 'inkomsten' zien verdwijnen zoals ook al geschetst in de geciteerde uitvoeringstoets) niet wordt aangepast is het risico op stapelfacturen tot max 12 maanden ivb levensgroot.

De opzet om de ivb niet meer te laten afhangen van de hoeveelheid zorg die wordt afgenomen, maar deze uitsluitend inkomens- en vermogensafhankelijk te maken is sympathiek en belooft veel administratieve lasten te vermijden die in het verleden golden bij de ivb. Echter hier zou, net als bij de invoering van het abonnementstarief, wel een zekere aanzuigende werking kunnen optreden als cliënten voor hetzelfde bedrag méér zorg kunnen krijgen, wellicht ook meer dan zij werkelijk nodig hebben.

Verder waarderen wij het dat de mogelijkheid wordt geboden om de zorg tijdelijk te pauzeren en dan ook de ivb te laten terugbetalen of niet te innen. Dit zorgt voor een eerlijker systeem, maar dreigt tegelijk wel een arbeidsintensieve maatregel te zijn die mogelijk niet in verhouding staat tot het totaal aan ivb dat in voorkomende gevallen geïnd wordt. Met andere woorden: zijn zorgaanbieders, gemeenten en het CAK niet vooral bezig met het aan- en uitzetten van de ivb en stijgen de kosten van al deze handelingen niet snel uit boven het totaal aan ivb?

Vanwege de bovenstaande zorgpunten pleiten wij ervoor om vóór de indiening van het wetsvoorstel een nieuwe, brede uitvoeringstoets te (laten) doen, niet alleen bij het CAK maar ook bij gemeenten en zorgaanbieders. Hierin zouden dan het risico van stapelfacturen, het risico op overmatig beroep op zorg als de ivb toch gelijk blijft én het risico op uitvoeringskosten die hoger liggen dan de opbrengst aan ivb in kaart gebracht moeten worden.

Breng de balans tussen de diverse Wmo doelgroepen terug

Wat in de MvT te zien valt (in tabel 2, pagina 9 en 10) is dat er over de periode 2018-2021 een totale toename is van 136.000 gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen. 119.000 (!) daarvan zijn voor huishoudelijke hulp. Als aandeel van het totaal bedroeg het aantal gebruikers HbH in 2018 36%, en in 2021 42%. Als deze toename (deels) verklaard wordt door de aanzuigende werking van HbH met abonnementstarief, wordt er dan ook gemonitord of dit percentage weer zal dalen?

Wat aan de tabel verder opvalt is dat slechts bij één inkomensgroep het aantal gebruikers van Wmo maatwerkvoorzieningen is afgenomen, en dat zijn juist de laagste (!) inkomens. Hier lijkt sprake van ongelijkheid in de beschikbaarheid van de voorzieningen juist voor de doelgroep die de eigen bijdrage zelf het moeilijkst kan betalen. Wordt hiervoor nog een verklaring gezocht en worden de effecten van de nieuwe wetswijziging voor deze doelgroep gemonitord? Valt te voorzien dat hier weer meer balans in komt, m.a.w. dat middelen die nu aan huishoudelijke hulp worden besteed, weer ten goede zullen komen aan andere doelgroepen?

Verder vragen wij ons af, wat betekent de invoering van de ivb voor specifieke doelgroepen (ambulante begeleiding en dagbesteding van o.a. mensen met ernstige psychische aandoeningen, vrouwen die met huiselijk geweld kampen, dakloze mensen) naast HH? Hoe gaat de nieuwe eigen bijdrage Wmo voor maatwerkvoorzieningen zich verhouden tot die van algemene voorzieningen (soms ook intramurale opvang voor volwassenen)? Ook deze vragen kunnen via een uitvoeringstoets worden behandeld of wellicht door onderzoek van andere registraties. Maar wij pleiten ervoor om het wetsvoorstel zo in te richten dat duidelijk wordt dat de Wmo middelen eerlijk en doelmatig worden ingezet, ook in het aspect van de diverse doelgroepen.

Voorkom zorgmijding en uitval van cliënten met een hoog inkomen.

Graag vestigen we nog de aandacht op een specifieke groep cliënten, vooral met ggz-problematiek, die vanwege een hoog inkomen nu weer voor de keuze staan om de noodzakelijke Wmo zorg toch weer te beëindigen. In gevallen waar sprake is van ernstige psychische problematiek en er een traject is geweest van ambulantisering, zou het zonde zijn als de bestaande ambulante zorg vanwege financiële motieven wordt beëindigd. De cliënt hoeft dan zijn eigen bijdrage weliswaar niet uit te geven, maar de ervaring leert dat deze stap na verloop van tijd alleen een nieuwe (en veel duurdere) klinische opname tot gevolg zou hebben. In dat geval is niet alleen de gemeente veel duurder uit, maar is de cliënt ook veel verder van huis en wordt een kwetsbaar herstelproces verstoord. Voor deze gevallen willen we adviseren dat gemeenten extra middelen vanuit de Wmo inzetten om te screenen of er sprake is van een dergelijk risico. We vragen het ministerie om zich hierover ook uit te spreken.

Ter afsluiting willen wij u bedanken voor dit wetsvoorstel. Wij onderschrijven van harte het uitgangspunt van dit wetsvoorstel om voor de Wmo zorg een eerlijke eigen bijdrage te vragen die past bij de financiële draagkracht van de burger en om tevens de burger waar mogelijk aan te moedigen om zelf in de eigen ondersteuningsbehoefte te voorzien.

Mede ondertekend namens branchevereniging De Nederlandse ggz,

Met vriendelijke groet,

E.E. Wiegman - van Meppelen Scheppink

Esmé Wiegman-van Meppelen Scheppink

Directeur Valente