

Zorg van mensen onderling

D66



Een sociaal-liberale visie op
een toekomstbestendige
langdurige zorg in Nederland

Zorg van mensen

onderling

D66

**Een sociaal-liberale visie op
een toekomstbestendige
langdurige zorg in Nederland**

Den Haag, juni 2013

Michiel Verkoulen
Jan-Willem Verlijndonk
Robin de Roon
Bart Geerts
Paut Kromkamp

Visiedocument na consultatieprocedure

Deze visie op de langdurige zorg zoals beschreven in dit document kan als leidraad dienen bij het opstellen van lokale verkiezingsprogramma's voor de Gemeenteraadsverkiezingen van 2014 en het politieke optreden van D66-ers in de zorg.

Dit visiedocument is opgesteld na een consultatieprocedure. Een eerdere versie van deze visie is als consultatiedocument gepubliceerd op de website van de mr. Hans van Mierlo Stichting, gericht aan bestuurders, politici en kiezers. Hierop zijn verschillende reacties gekomen. Wij danken alle respondenten hartelijk voor hun constructieve bijdrage. Bij elke suggestie is een afweging gemaakt of die onze visie zou versterken of verhelderen. Waar dat naar onze overtuiging zo was hebben wij de visie aangepast of aangescherpt. De verantwoordelijkheid voor het uiteindelijke visiedocument ligt uiteindelijk bij de auteurs en de Permanente Programma Commissie van D66.

In de vele reacties en tijdens de verschillende besprekingen en bijeenkomsten over deze visie is gebleken dat er met grote betrokkenheid en enthousiasme gedacht wordt over – en gewerkt wordt aan een nieuw zorgstelsel. Dat heeft ons gesterkt bij het opstellen en is een steun in de rug bij verder uitdragen van deze visie in de komende periode.

Voorwoord

Een lang en gezond leven is wat wij wensen voor onszelf en onze dierbaren. Helaas krijgt iedereen ooit te maken met gezondheidsproblemen. Velen van ons kampen langdurig met deze problemen. Onze kwaliteit van leven wordt op die momenten sterk beïnvloed door de zorg die wij ontvangen en de wijze waarop wij deze zorg tot ons kunnen nemen. De zorg voor mensen die met gezondheidsproblemen kampen is daarmee een basisbehoefte in onze moderne samenleving. Als samenleving kunnen wij beslissen hoe we deze zorg organiseren, hoeveel keuzevrijheid en autonomie we mogelijk maken en ook hoe we deze kostbare zorg financieren. Niet verwonderlijk dus dat langdurige zorg daarmee ook een zeer belangrijk politiek onderwerp is.

De langdurige zorg en ondersteuning staat op dit moment meer dan ooit op de politieke agenda. Daar zijn een aantal aanleidingen voor. Allereerst is het systeem van langdurige zorg in Nederland vastgelopen. Maatwerk bieden voor mensen die hulp en zorg nodig hebben is te complex geworden. Daardoor staan kwaliteit en keuzevrijheid onder druk. Professionals zoals verpleegkundigen, begeleiders en maatschappelijk werkers zitten vast in een systeem dat onvoldoende vertrouwt op hun professionele oordeel. Daarnaast is het systeem financieel onhoudbaar geworden doordat de uitgaven sterk stijgen in een tijd waarin vrijwel alle andere collectieve uitgaven krimpen. Tenslotte zijn er grote hervormingen voorgesteld door het Kabinet Rutte II. Dit Kabinet stelt voor een groot deel van de langdurige zorg en ondersteuning te decentraliseren en onder verantwoordelijkheid van de gemeenten te brengen. Daarbij worden de uitgaven aan zorg ook flink beperkt.

De langdurige zorg zal de komende jaren veranderen. Voor de Permanente Programma Commissie (PPC) van D66 een aanleiding een sociaal-liberale visie op langdurige zorg en ondersteuning op te stellen. Een visie die duidelijk maakt hoe wij als sociaal-liberale partij vorm willen geven aan de inrichting en uitvoering van de langdurige zorg en ondersteuning. Deze visie is vooral gericht aan politici, vrijwilligers in lokale programmacommissies en betrokkenen bij de zorg in aanloop naar de Gemeenteraadsverkiezingen in maart 2014. Dit zijn de eerstvolgende verwachte verkiezingen waar langdurige zorg een belangrijk onderwerp zou moeten zijn.

We hebben onze visie allereerst gepresenteerd in de vorm van een consultatiedocument. Een vorm waarmee wij iedereen die zich betrokken voelt bij het onderwerp, de kans hebben gegeven om mee te denken. Dat past in een traditie van D66 om veel en steeds meer mensen te betrekken bij het tot stand komen van onze verkiezingsprogramma's. Mede op basis van de vele reacties tijdens de consultatieperiode met verschillende suggesties voor verbetering, heeft de PPC een definitief visiedocument opgesteld.

Ik dank de auteurs van dit visiedocument van harte. Michiel Verkoulen, Jan-Willem Verlijsdonk, Bart Geerts, Robin de Roon en Paut Kromkamp hebben zich in hun vrije tijd ingezet om onze visie onder woorden te brengen. Zij kregen daarbij veel hulp en deskundig advies van Yvonne Hijnen en een klankbordgroep bestaande uit Vera Bergkamp, Victor Everhardt en Ad van Vugt. In meerdere feedback-sessies, een bijeenkomst op het 97e congres van D66 en gedurende de consultatieperiode namen vele deskundigen en betrokkenen de moeite om te adviseren en kritisch te beschouwen. Ik dank al deze mensen namens het bestuur van D66 daar hartelijk voor.

Ik hoop dat dit document u inspireert om bij te dragen aan een omslag die de langdurige zorg in Nederland ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar houdt en zo bijdraagt aan ons grootste goed: een gezond, vrij en gelukkig leven.

Marty Smits

Voorzitter Permanente Programma Commissie, vice-voorzitter Landelijk Bestuur D66

Inhoudsopgave

Samenvatting 8

1 Probleemanalyse van de langdurige zorg..... 12

1.1 Langdurige zorg en ondersteuning via AWBZ en Wmo 13

1.2 Verstikkende institutionalisering 15

1.3 Paradoxe effecten 17

1.4 Onbeheersbare kostenstijging van zorg 18

2 De zorg opnieuw geordend 21

2.1 Ons doel: De eigen kracht niet langer verstrikt 21

2.2 Sociaal-liberale richtingwijzers 22

2.3 Ordeningsprincipes 23

3 Een toekomstbestendige zorg volgens D66..... 26

3.1 Eigen kracht: zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid..... 27

3.2 Mensen onderling: samenredzaamheid 30

3.3 Overheid en markt: waarborgen van toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie..... 34

3.4 Politieke dilemma’s voor sociaal-liberalen bij het hervormen van de zorg 38

4 Knelpunten en kansen voor een langdurige zorg volgens D66..... 39

4.1 Aanknopingspunten rapporten 39

4.2 Politieke vertaling van de hervormingsbeweging in verkiezingsprogramma’s 40

4.3 Kabinetsbeleid..... 42

4.4 Kansen voor D66 binnen de brede hervormingsbeweging 44

5 Tien concrete handvatten voor lokale bestuurders en politici 46

Verantwoording 52

Bronnen 53

Bijlage 1: Regelgeving en financiering van de langdurige zorg 55

Samenvatting

Goede zorg is van zeer grote waarde in onze samenleving. De langdurige zorg en ondersteuning in Nederland zijn echter verworpen tot een uitdijend stelsel van rechten en regels. Deze bureaucratisering belemmert maatwerk tussen zorgvrager en de professional. Bovendien is het zorgstelsel ongebreideld gegroeid en is het organisatorisch en financieel onhoudbaar geworden. Om de zorg toekomstbestendig te maken, is een omslag nodig. D66 streeft naar een zorgstelsel dat uitgaat van de eigen kracht van mensen en de verbondenheid tussen mensen onderling. Dan kan zorg op maat worden geboden, met meer aandacht voor de zorgvrager, meer ruimte voor de zorgverlener en tegen lagere kosten. Op deze manier kan de zorg voor hen die deze nodig hebben, gewaarborgd blijven.

Probleemanalyse van de zorg

De langdurige zorg in Nederland, geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), is van zeer hoog niveau. De afgelopen decennia zijn de aanspraken op zorg sterk toegenomen en is de organisatie van de zorg complexer geworden. De uitbreiding van het zorgstelsel veroorzaakt een snellere stijging van onze uitgaven aan zorg dan in vergelijkbare landen.

De relatie tussen zorgverlener en zorgbehoevende wordt meer dan ooit geregistreerd door een systeem van rechten en regels. Hierdoor gaan burgers zich, vaak onbewust, steeds minder als patiënten en steeds meer als calculerende klanten gedragen. Dit schaadt het gevoel van collectieve verantwoordelijkheid en onderlinge verbondenheid en ondermijnt de ruimte voor de zorgprofessional. Zorg is van een voorrecht een recht geworden. Het zorgaanbod richt zich bovendien teveel op wat mensen niet kunnen, in plaats van wat mensen wél kunnen. De eigen kracht van mensen wordt hierdoor verstikt en raakt verstrikt in het bureaucratische stelsel.

De zorg opnieuw geordend

Volgens D66 is een omslag nodig in het denken over en de organisatie van de zorg. In een sociaal-liberale ordening van de zorg staat de eigen kracht van mensen centraal, zowel van zorgvrager als zorgverlener. Ondersteuning en zorg zijn nodig bij mensen

met een afgenomen eigen kracht, maar dienen er op gericht te zijn om de eigen kracht te ontsluiten, te maximaliseren en waar nodig aan te vullen. Mensen onderling zijn geneigd verhoudingen vrijwillig en op basis van verbondenheid en betrokkenheid te regelen. Een overheid (bureaucratie) ordent haar handelen doorgaans via wetten en regels en kan daarmee rechtvaardigheid en veiligheid bieden. Op een markt vinden vrijwillige transacties plaats op basis van vrije toetreding waarmee efficiëntie en innovatie bereikt kunnen worden. De zorg in Nederland kent veel trekken van een bureaucratie. Iedereen is van zijn rechten verzekerd, maar de zorg is weinig efficiënt en nog minder betrokken. Om het aanbod van zorg meer passend te laten zijn bij de zorgvraag en te zorgen voor meer verbondenheid en betrokkenheid, zou het principe van ‘mensen onderling’ leidend moeten zijn bij de ordening van zorg.

Een toekomstbestendige zorg volgens D66

Om de zorg toekomstbestendig te maken, zijn ingrijpende hervormingen nodig. Een zorgstelsel dat uitgaat van de eigen kracht van mensen en dat meer gebaseerd is op de relaties tussen mensen onderling, biedt passende zorg waar mensen ook echt behoefte aan hebben. Dit doet een beroep op de eigen kracht en verbondenheid van mensen. Het beperken van de groei van zorguitgaven is daarbij pijnlijk, maar noodzakelijk om de zorg voor mensen die deze echt nodig hebben ook in de toekomst te kunnen waarborgen.

Zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid:

Mensen hebben allereerst een individuele verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, die zij kunnen beïnvloeden door gedrag en leefstijl. Die verantwoordelijkheid kan nadrukkelijker worden benadrukt en gestimuleerd. Bij het organiseren van zorg en ondersteuning ligt er ruimte en een rol voor mensen zelf om invulling te geven aan hun individuele behoeftes. E-health kan hier een rol bij spelen. Ook een persoonsgebonden budget (PGB) of persoonsvolgend budget (PVB) is, onder de juiste voorwaarden, daarvoor een goed instrument. Daarnaast zal van mensen in toenemende mate ook een financiële verantwoordelijkheid gevraagd worden, in de vorm van een eigen bijdrage naar draagkracht en via zorgsparen.

Samenredzaamheid:

Bij de behoefte aan zorg en ondersteuning is de natuurlijke volgorde om eerst te kijken hoe de omgeving (familie, vrienden of vrijwilligers) kan helpen. Daarom zal er ruimte moeten zijn voor mantelzorg. Waar nodig wordt de informele zorg aangevuld door professionele zorg. Zorgbehoevende en zorgverleners zorgen er samen voor dat passende zorg wordt geleverd, waarbij verspilling en onnodige zorg worden voorkomen. D66 pleit daarbij voor het aanstellen van coördinatoren die budgetverantwoordelijkheid dragen, fungeren als hét aanspreekpunt tussen cliënt, zorgaanbieders en gemeente en zorgen voor de (niet-medische) coördinatie van eventuele care en de cure.

Toegankelijke, goede en efficiënte zorg:

Wanneer meer zorg nodig is dan de omgeving kan bieden, dient er professionele hulp te zijn. De overheid die het dichtste bij mensen staat –de lokale overheid– is het beste in staat deze zorg te organiseren. Zij kan keuze bieden in het aanbod van zorg. In een sociaal-liberaal zorgstelsel worden zorgprofessionals geprikkeld én krijgen zij de ruimte en het vertrouwen om te zorgen dat de formele zorg en ondersteuning goed aansluiten bij zowel informele- als de medische zorg. Marktmechanismen kunnen worden toegepast, waar dit de efficiëntie en kwaliteit bevordert en verspilling en onnodige zorg wordt voorkomen. De landelijke overheid blijft een vangnet bieden voor mensen met een zware en complexe zorgvraag. D66 vindt dat mensen recht hebben op onvoorzienbare en onverzekerbare zorg in een kern-AWBZ. Bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg en bij zware geestelijke gezondheidszorg zal er altijd een recht op zorg moeten zijn, vormgegeven volgens de AWBZ- principes.

Knelpunten en kansen voor de zorg volgens D66

Er is sprake van een brede hervormingsbeweging in de zorg. Het Kabinet Rutte II neemt maatregelen, waarbij het overhevelen van een groot deel van de zorg in de landelijke AWBZ naar de door gemeenten uitgevoerde Wmo centraal staat. Daarnaast worden de financiering van wonen en zorg gescheiden. Deze decentralisatie en extramuralisering gaan gepaard met forse bezuinigingsopgaven.

D66 steunt de hoofdlijn van deze hervorming –eruit wat er niet in hoort en decentraal organiseren– maar zoekt wel naar ruimte voor flexibele oplossingen die nodig zijn om de zorg echt toekomstbestendig en mensgerichter te maken. D66 let daarom scherp op de ruimte voor mantelzorg, ruimte voor keuzevrijheid, op de grens waar het scheiden van wonen en zorg nog haalbaar is en op waar het recht op zorg overgaat in een voorziening. D66 zal de omvang en het tempo van de hervormingen en de inzichtelijkheid en uitvoerbaarheid van de decentralisaties bewaken. Politici van D66 hebben zowel landelijk als lokaal de taak om slim in te spelen op de hervormingsbeweging teneinde de zorg toekomstbestendig te maken en een vangnet voor mensen met een verminderde eigen kracht te behouden.

Tien concrete handvatten voor politici en bestuurders

De Gemeenteraadsverkiezingen van 2014 bieden een kans aan politici, beleidsmakers en zorgverleners om de zorg daadwerkelijk patiëntgerichter te maken. In dit visiedocument geven wij hen tien concrete handvatten om dit doel te bereiken:

1. Gemeenten, pak de kans om de zorg beter te maken. De lokale overheid is aan zet om veel zorgtaken over te nemen. Dat lukt alleen als zij die verantwoordelijkheid direct en volledig oppakt en daarbij de zorg niet organiseert volgens de huidige bureaucratische principes.
2. Een integrale aanpak werkt beter. Bezuinigen en tegelijk passende oplossingen vinden voor de hulpvraag van mensen gaat beter als binnen de domeinen Werk & Inkomen, Zorg & Welzijn en Jeugdbeleid integrale oplossingen worden gezocht zonder schotten.
3. Ruimte voor de zorgcoördinator. De coördinator die zorg indiceert en organiseert rondom mensen en met de eigen kracht als uitgangspunt, moet voldoende professionele competentie en ruimte hebben. Controle is er door professionele toetsing en mandaat uit de Gemeenteraad.
4. Investeer in de mensen die de zorg tot een succes maken. Het loont om te investeren in het vinden en opleiden van goede en zelfstandige zorgcoördinatoren, zorgprofessionals, ambtenaren én lokale politici en bestuurders.
5. Maak succes meetbaar. Het succes van nieuw beleid kan worden gemeten door bijvoorbeeld een nulmeting te doen naar de tevredenheid van zorggebruikers en hun omgeving over de zorg voor het invoeren van nieuw beleid en deze daarna op gezette tijden te herhalen.
6. Stimuleer keuze en transparantie. Door zorgvragers keuze te geven in het aanbod van zorg en transparantie te bieden in kwaliteit en kosten, worden zorgaanbieders gestimuleerd tot het bieden van passende zorg tegen een goede prijs/kwaliteit verhouding. Een (online) keuzeplatform is daartoe een goed instrument, evenals een persoonsgebonden budget (PGB) of een persoonsvolgend budget (PVB) onder de juiste voorwaarden.
7. Voorkom belangenverstrengeling en perverse prikkels. Zorg dat iedereen in de keten belang heeft bij het leveren van goede zorg tegen een passende prijs. Ook het voorkomen van fraude en misbruik is een prioriteit.
8. Definieer wat effectieve preventie is en stimuleer dat. De juiste preventie kan zorgkosten voorkomen. Partijen die zorgkosten elders in de zorgketen dragen (bijv. zorgverzekeraars) kunnen een bijdrage leveren aan effectieve preventie.
9. Wees creatief met het aanbieden van zinvolle dagbesteding. Een divers aanbod van dagbesteding met zoveel mogelijk kans op verdere participatie is van grote waarde. Dat kan geboden worden als (kleinere) gemeenten samenwerken en het aanbod afstemmen op de vraag.
10. Niets doen is geen optie. De zorgtaken die op gemeenten afkomen zijn zeer fors. Gemeenten die niet nu al starten met het opstellen van een visie en samenwerking zoeken, komen in later in de problemen met uitvoering en budget. D66 bouwt op alle politieke niveaus aan een goede, betaalbare en toegankelijke zorg met een menselijke maat.

1 Probleemanalyse van de langdurige zorg

Een organisatorisch en financieel onhoudbaar systeem

Het overgrote deel van de mensen in Nederland heeft voldoende eigen kracht en kan zich goed redden in de maatschappij, al dan niet met hulp van naasten of door zelf hulp in te schakelen. Er is echter ook een groep mensen waarbij er sprake is van verminderde eigen kracht en een minder sterk sociaal netwerk. Zij hebben ondersteuning nodig en zijn soms aangewezen op zorg.

Wat bedoelen wij met zorg? [Afbakening document]

In dit document spreken we over *zorg*. Daarmee bedoelen we langdurige zorg en ondersteuning, of welzijn. We gebruiken het woord *zorg* in de betekenis van het Engelse woord *care* in contrast met het woord *cure* of *gezondheidszorg*.

Langdurige zorg is zorg die niet gericht is op genezing –in tegenstelling tot bijvoorbeeld huisartsenzorg of medisch specialistische zorg– zoals verpleging en verzorging voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.

Met ondersteuning en hulp bedoelen we de hulp aan mensen die niet zelf in de eigen verzorging of dagelijkse activiteiten kunnen voorzien. Het gaat bijvoorbeeld om huishoudelijke taken zoals schoonmaken en boodschappen doen, persoonlijke begeleiding, hulp en dagbesteding.

De Jeugdzorg is volgens deze afbakening ook grotendeels onder de zorg te scharen. Vanwege de afgebakende structuur van de Jeugdzorg in Nederland laten we deze om redenen van consistentie en focus echter buiten beschouwing in dit document. Dat zijn vooral pragmatische overwegingen, de visie in dit document zal goeddeels ook voor de Jeugdzorg van toepassing kunnen zijn.

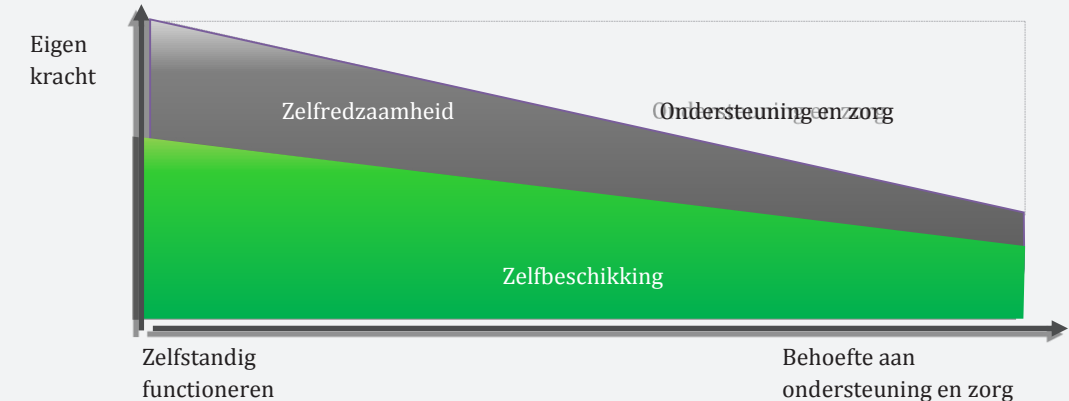
De zorg in Nederland is van zeer hoog niveau, maar is ook zeer complex geworden. De rechten op collectieve zorg zijn sterk uitgebreid de afgelopen decennia. In combinatie met het toenemend aantal chronisch zieken en de vergrijzende bevolking, zorgt dit er voor dat het zorgstelsel financieel onhoudbaar is geworden.

Eigen kracht en gezondheid

Ieder mens heeft eigen kracht. Deze is opgebouwd uit zelfbeschikking (eigen regie - richting geeft aan eigen leven) en zelfredzaamheid (eigen verantwoordelijkheid - de richting in het leven zelfstandig kunnen realiseren en verantwoordelijkheid daarvoor dragen).

Eigen kracht en gezondheid hangen sterk met elkaar samen. Een goede gezondheid geeft mensen optimale kansen om zelfstandig te functioneren, zich te ontplooien en om actief te deel te nemen aan de maatschappij. Gezondheid betekent “het vermogen tot aanpassing en zelfredzaamheid” in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen.¹ Als gevolg van een slechte gezondheid zijn sommige mensen minder goed in staat om deel te nemen aan de maatschappij. Zij hebben minder eigen kracht.

Voor mensen met een afgenomen eigen kracht kunnen ondersteuning en zorg nodig zijn, om hun eigen kracht te ontsluiten, maximaliseren en waar nodig aan te vullen. Daardoor kunnen ook zij meedoen in het dagelijkse leven en een waardevolle bijdrage leveren aan de samenleving. Goede zorg en ondersteuning zijn daarom van vitaal belang, zowel voor het individu als voor de maatschappij.



Figuur 1. Eigen kracht en behoefte aan ondersteuning en zorg

De bovenstaande figuur toont het verband tussen eigen kracht en de behoefte aan ondersteuning en zorg. Voor een goed begrip van deze uitgangspunten in de zorg is het nodig te benadrukken dat dit niet betekent dat elk mens maximale zelfbeschikking en zelfredzaamheid kan behalen. Iemand met een zware handicap heeft altijd zorg nodig. De vraag is hoe de behoefte aan zorg en ondersteuning zo kan worden ingevuld dat de eigen kracht die er altijd is, gestimuleerd wordt en optimaal benut. De bovenstaande figuur helpt bij de idee dat het huidige systeem de zelfredzaamheid en zelfbeschikking soms beperkt – de driehoeken worden als het ware naar beneden gedrukt in plaats van omhoog getrokken.

1.1 Langdurige zorg en ondersteuning via AWBZ en Wmo

De organisatie van de langdurige zorg in Nederland is gebaseerd op verschillende wetten (zie bijlage 1). In Nederland waren er in 2010 ongeveer 600.000 aangewezen op langdurige zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), uitgevoerd door de zorgkantoren. Zij krijgen deze zorg thuis (380.000) of in een instelling (220.000).² Nog eens 200.000 mensen

¹ Zie www.bmj.com/content/343/bmj.d4817.long

² www.zorgatlas.nl/zorg/langdurige-zorg

ontvingen ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), uitgevoerd door gemeenten. De mate waarin mensen zorg en ondersteuning nodig hebben, wordt sterk beïnvloed door de (sociale) omgeving, relaties, werk, inkomen en wonen.³

Mensen met minder eigen kracht in Nederland

Chronisch zieken

Nederland telt momenteel ongeveer 4,5 miljoen mensen met een chronische ziekte. Dat is ruim een kwart van de totale bevolking. Naar verwachting zal dit aantal de komende decennia nog flink toenemen. Ook het aantal mensen met meer dan één chronische ziekte stijgt. Dit betekent dat steeds meer mensen in Nederland een beroep zullen doen op chronische of langdurige zorg. De zorgvraag van deze mensen zal bovendien zwaarder zijn. Circa de helft van de mensen met een chronische ziekte ervaart lichamelijke beperkingen die de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie kunnen aantasten.⁴

Meervoudige problematiek

Van alle volwassenen heeft 7,4% te maken met een combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen en 13,3% met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen, zoals bijvoorbeeld schulden. Meervoudige problematiek komt vooral voor bij ouderen (19% van de 75-plussers heeft te maken met meervoudige problematiek) maar bijvoorbeeld ook bij laagopgeleiden (19%), niet-westerse migranten (26%) en mensen die in een sociaal-economisch ongunstige buurt wonen (21%). Kijken we op gezinsniveau, dan heeft 85% van de gezinnen in Nederland weinig of geen problemen. 15% kampt wel met problemen. Van hen heeft 3 tot 5% te maken met meervoudige en zware problemen waarvoor hoe dan ook hulp en zorg nodig is. Ruw geschat betreft dit tussen de 75.000 en 125.000 gezinnen met thuiswonende kinderen.

Kwetsbaarheid bij ouderen

Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,6 miljoen in 2011 tot een hoogtepunt van 4,6 miljoen in 2039.⁵ Ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar; zij hebben een verhoogd risico is op negatieve gezondheidsuitkomsten als gevolg van een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Het aandeel kwetsbare ouderen neemt met de leeftijd snel toe. Van de 85+-ers is ruim driekwart als kwetsbaar aan te merken.⁶

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in 1968 ingevoerd om te voorzien in zorg voor mensen met een langdurige onverzekerbare aandoening, zoals bijvoorbeeld een ernstige verstandelijke beperking of zware dementie. In de loop der tijd is de reikwijdte van de AWBZ echter steeds verder uitgebreid. De AWBZ kent op dit moment vijf functies waarop aanspraak gemaakt kan worden: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.

³ www.rvz.net/publicaties/bekijk/regie-aan-de-poort (7 december 2012)

⁴ Afhankelijk van de definitie van chronische ziekten, kan de schatting variëren. We gaan hier uit van de meest recente cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM). Bron: Zorg voor chronisch zieken, NIVEL 2011.

⁵ www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst

⁶ Kwetsbare ouderen in de praktijk. Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.

De AWBZ is een volksverzekering, die wordt betaald via een afdracht in de loonbelasting. De AWBZ maakt deel uit van het Budgetair Kader Zorg (BKZ). Overschrijdingen van het BZK moeten worden opgevangen in de rijksbegroting en gaan derhalve ten koste van het budget voor andere sectoren zoals onderwijs of sociale zekerheid. Voor de meeste vormen van AWBZ-zorg is het nodig om een indicatie te verkrijgen. Een indicatie geeft de cliënt recht op zorg. Burgers betalen een eigen bijdrage voor het gebruik AWBZ-zorg. De burger kan de AWBZ-zorg afnemen in natura bij een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder of zelf organiseren via een persoonsgebonden budget⁷.

Wmo

In 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Daarmee is de huishoudelijke ondersteuning vanuit de AWBZ verplaatst naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Daarnaast zijn gemeenten op basis van de Wmo ook verantwoordelijk voor onder meer woningaanpassingen voor mensen met een beperking en maatschappelijke opvang. Sinds 1 januari 2013 hebben gemeenten daarnaast van het rijk budget gekregen voor het aanstellen van wijkverpleegkundigen.

De Wmo kent negen zogenaamde “prestatievelden” waarop de gemeente ondersteuning en zorg biedt aan haar burgers (zie bijlage 1). Wmo-zorg wordt betaald uit het gemeentefonds, waardoor de gemeente zelf kan bepalen in hoeverre zij geld besteedt aan ondersteuning of zorg, of aan andere zaken zoals infrastructuur of onderwijs. Tegenvallers in de Wmo-uitgaven moeten door de gemeente zelf worden opgevangen in hun begroting.

De Wmo kent geen recht op zorg (in tegenstelling tot de AWBZ), maar een compensatiebeginsel: de gemeente moet haar inwoners in staat stellen mee te doen met de samenleving. Elke gemeente bepaalt zelf welke diensten zij daartoe wil aanbieden en aan wie. Hierdoor is er veel diversiteit in het aanbod. Gemeenten bepalen zelf hoe en welke de indicaties voor Wmo-zorg gesteld worden en of zij een eigen bijdrage willen vragen van burgers. Ook het soort verstrekking kan verschillen: soms kan de burger alleen gebruik maken van een door de gemeente gecontracteerde zorgaanbieder, soms is er de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget.

1.2 Verstikkende institutionalisering

Eeuwenlang was zorg en ondersteuning iets van mensen onderling; mensen zorgden voor elkaar. Daarbij speelde vaak het ‘maatschappelijk middenveld’, zoals vrijwilligersorganisaties en kerken een belangrijke rol. Sinds de tweede helft van de vorige eeuw is de overheid steeds meer betrokken geraakt in de zorg. Dit beleid heeft zijn vruchten afgeworpen: de Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de wereldtop, met een hoge kwaliteit en toegankelijkheid voor iedere Nederlander. De collectieve voorzieningen voor met name ouderen en gehandicapten zijn zeer uitgebreid. In tegenstelling tot veel omliggende landen, behoren in Nederland behalve zware vormen van langdurend verblijf ook zaken als verzorging en verpleging thuis, lichtere vormen van verblijfszorg (voor ouderen, gehandicapten en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen), behandeling en dagbesteding tot de collectieve voorzieningen.

⁷ Een PGB kan alleen worden aangevraagd voor extramurale zorg. (Het is mogelijk om bij verblijf in een intramurale instelling een PGB aan te vragen, wanneer deze niet gerelateerd is aan de functie ‘verblijf’.)

Verhalen uit de zorg⁸ - Vooruitgang van de gehandicaptenzorg

Toine: “Toen ik 30 jaar geleden begon als verpleegkundige in een zwakzinnigeninstituut, zoals we dat toen nog noemden, hadden de afdelingen grote slaapzalen, waar 90 cliënten “woonden”. Er was weinig te doen en iedereen zat eigenlijk de hele dag in pyjama.

Een heel verschil met nu: iedereen heeft zijn eigen slaapkamer en zijn eigen spulletjes en er worden leuke dingen georganiseerd. De kosten van de AWBZ zijn hierdoor gestegen, maar de cliënten krijgen er een veel hogere kwaliteit van leven voor terug. Dat moeten we niet vergeten.”

Tegelijkertijd is de zorg echter verworpen tot een uitdijend geheel van instellingen, regelingen, overheidsinstanties en financieringskanalen.⁹ Met grote gevolgen. De relatie tussen zorgverlener en zorgbehoevende wordt meer dan ooit gereguleerd door een systeem van regels en marktprincipes. Er bestaan schotten tussen de verschillende organisaties, die allemaal vanuit hun eigen perspectief kijken naar de cliënt in plaats van samen te werken aan een passende oplossing.

Medicalisering¹⁰, bureaucratisering en juridisering van de langdurige zorg zijn zowel een gevolg als een oorzaak van de groeiende focus van burgers en professionals op hun individuele belang en rechten, ten koste van het gevoel van collectieve verantwoordelijkheid en onderlinge verbondenheid. Van een voorrecht werd de zorg een recht.

Het systeem van langdurige zorg en ondersteuning leidt er toe dat burgers, vaak zonder dat zij zich hiervan bewust zijn, zich steeds minder als patiënten en steeds meer als consumenten gaan gedragen. De ontwikkeling van de verzorgingsstaat en de steeds hogere verwachtingen van burgers op het gebied van gezondheid en zorg zijn de afgelopen decennia hand in hand gegaan. Burgers hebben steeds meer uiteenlopende wensen en mogelijkheden, en het credo ‘wat kan, dat moet’ lijkt steeds meer de overhand te krijgen. De kwaliteit van de voorzieningen in de langdurige zorg is hierdoor enorm gestegen. Maar het werkt ook de claimcultuur in de hand: het is aantrekkelijker om aanspraak te maken op voorzieningen dan om zelf dingen te regelen binnen de eigen omgeving.

Verhalen uit de zorg – De moeder van Irene

Irene: "Mijn moeder van 75 belde mij laatst op dat ze na de 20 jaar de werkster heeft opgezegd. Ze vond het niet leuk, maar de thuiszorg heeft aangegeven vanaf volgende week bij haar te komen poetsen, dus voor haar gevoel had ze geen keus."

De manier waarop zorg en ondersteuning tot nu geboden worden, sterk gebaseerd op het medische model: onderzoek, diagnose en behandelplan. De AWBZ-systematiek is oorspronkelijk weliswaar gebaseerd op het ICF-model van de WHO¹¹, maar hiervan is steeds meer afgeweken omdat ‘dit de toegang zou beperken’. Het gevolg is dat de focus in de zorg teveel ligt op wat

mensen niet kunnen, in plaats van wat mensen wel kunnen. Door mensen middels een diagnose of indicatie in een hokje te plaatsen, is er sprake van een geïnstitutionaliseerde medicalisering van het dagelijks leven. De eigen kracht van mensen raakt verstikt door alle regelgeving.

Verhalen uit de zorg – Oma vertelt

Wij waren vroeger thuis met 8 kinderen. Mijn jongste broer Jan was een beetje simpel. Overdag mocht hij mee met de melkboer. Hij verzorgde het paard, sjouwde met de melkbussen en kende de hele buurt. Toen hoefde alles nog niet zo snel. Nu zorgt niemand nog voor een ander en wordt alles door professionals gedaan. Ik ben blij dat onze Jan dat niet hoeft mee te maken.

1.3 Paradoxe effecten

Het belangrijkste doel van de van de regels in de zorg is enerzijds het waarborgen van de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorgverlening en anderzijds het beheersen van de kosten. We hebben daarmee in Nederland een zeer sterk systeem van zorg ontwikkeld waar we trots op mogen zijn. De opeenhoping van de vele regels zorgt er echter ook voor dat deze hun doel vaak voorbij schieten. Sterker nog, ze werken contraproductief. De fragmentatie en de schotten maken het zorgveld onoverzichtelijk, waardoor het voor zorgbehoevenden erg lastig is om hun weg te vinden in het zorgsysteem. Dit maakt de zorg juist minder toegankelijk voor burgers, vermindert de continuïteit en kwaliteit van zorg en leidt tot frustratie bij de burger. Ook zorgprofessionals hebben minder bewegingsvrijheid om zorg op maat te leveren voor hun patiënten, waardoor zij soms ontmoedigd raken door het systeem. Bovendien leidt de complexiteit van de langdurige zorg tot inefficiëntie en tot onnodige kosten door dubbel werk en onnodige bureaucratie.

Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor langdurige zorg is in de loop van de jaren gestegen. Dit is het gevolg van o.a. de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken, maar ook van een sterke uitbreiding van de aanspraken voor langdurige zorg. Allerlei vormen van zorg, die wellicht wel privaat verzekeraar waren¹², zijn om verschillende redenen ondergebracht in de regelingen van de AWBZ. De vaak oprechte behoefte een bepaalde voorziening te regelen voor enkelen die het niet zelf konden organiseren, is door het gelijkheidsdenken, verworpen tot een recht op een voorziening voor allen. De toegenomen vraag naar zorg wordt mede veroorzaakt door de steeds hogere verwachtingen van burgers ten aanzien van de gezondheidszorg en het claimen van ‘hun recht op zorg’. Daarnaast zijn er nauwelijks partijen in de zorg die belang hebben bij het beheersen van de uitgaven. Economisch gezegd: er zijn sterke prikkels tot groei van uitgaven en onvoldoende prikkels tot het beheersen van die groei.

⁸ In dit document vullen we de theorie en de visie aan met verhalen uit de realiteit van de zorg in Nederland. Het zijn illustratieve verhalen opgetekend uit de eerste hand uit de omgeving van degenen die aan dit document hebben bijgedragen. De namen van de personen zijn echter gefingeerd uit privacyoverwegingen.

⁹ Bijlage 1 geeft een overzicht van hoe de zorg zich heeft ontwikkeld heeft en hoe complex deze is vormgegeven.

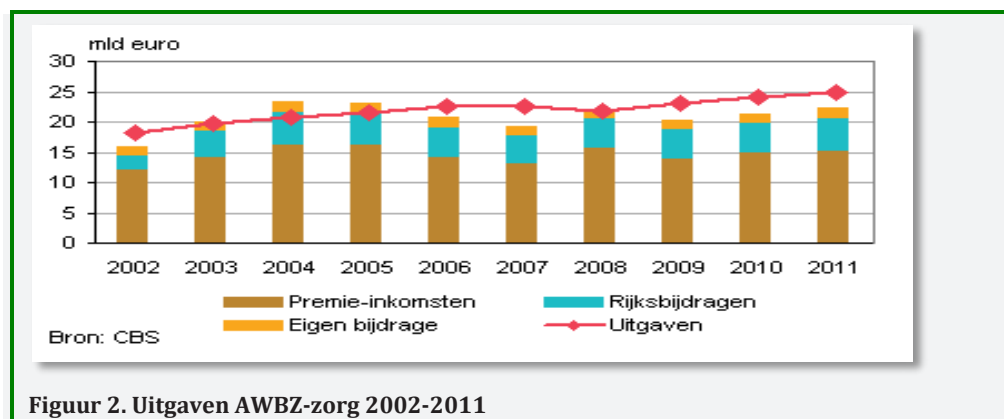
¹⁰ Medicalisering houdt in dat wat vroeger zelf werd opgelost, nu vaak onder de noemer ‘zorg’ in het medisch domein valt.

¹¹ De 'International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF) is een referentieclassificatie van de WHO die beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.

¹² De premie voor een verzekering wordt theoretisch gezien bepaald door de hoogte van de kosten maal het risico dat deze kosten daadwerkelijk worden gemaakt. Als een risico zich met 100% zekerheid zal voordoen en de kosten bovendien hoog zijn – zoals bij een zware aangeboren beperking – kan een individu deze verzekering niet zelf betalen en spreken we van “onverzekerbare zorg”. Hier moet de maatschappij bijspringen. Zijn de kosten of de kans dat je kosten zult maken te overzien, dan is zorg verzekeraar. Denk bijvoorbeeld aan “mildere” vormen van ouderenzorg, zoals verzorging of verpleging thuis (die niet iedereen nodig heeft), of behandeling voor geestelijke gezondheidsklachten.

1.4 Onbeheersbare kostenstijging van zorg

Figuur 2 toont dat de totale uitgaven aan AWBZ-zorg in tien jaar tijd met ongeveer 7 miljard euro toe namen tot ruim 25 miljard euro. Dat is onder meer toe te schrijven aan de vergrijzing, uitbreiding van de aanspraken op langdurige zorg en de persoonsgebonden budgetten.¹³ Bovendien toont de figuur dat de inkomsten voor AWBZ zorg (uit premies en eigen bijdragen) sterk achterblijven bij de uitgaven. De complexiteit en inefficiëntie van de langdurige zorg en met name het toegenomen aantal aanspraken op zorgvoorzieningen van steeds hogere kwaliteit heeft tot gevolg dat de zorg financieel onhoudbaar is geworden.



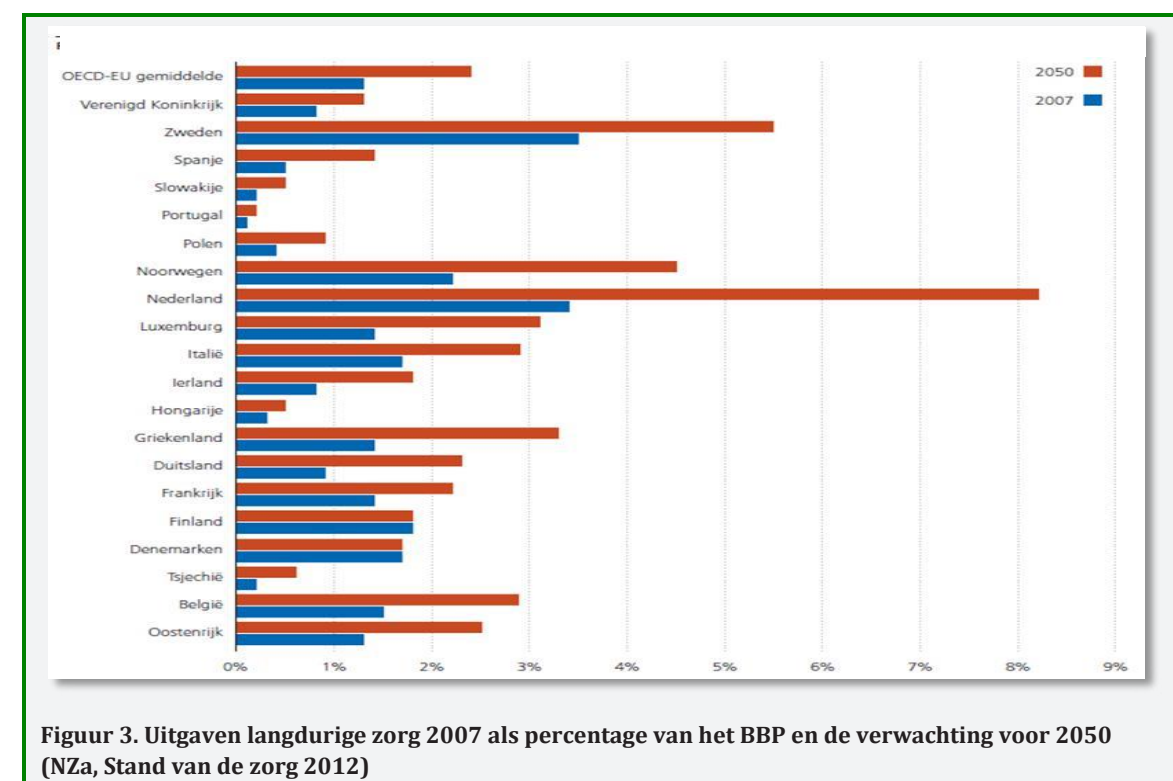
Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over de Wmo-uitgaven. Bovendien is het moeilijk conclusies te verbinden aan Wmo-uitgaven omdat iedere gemeente andere aanspraken hanteert. Een toename van de kosten kan daardoor het gevolg zijn van pakketuitbreiding, maar ook van toegenomen gebruik.

Vragen van D66 Kamerleden Fatma Koser Kaya en Pia Dijkstra

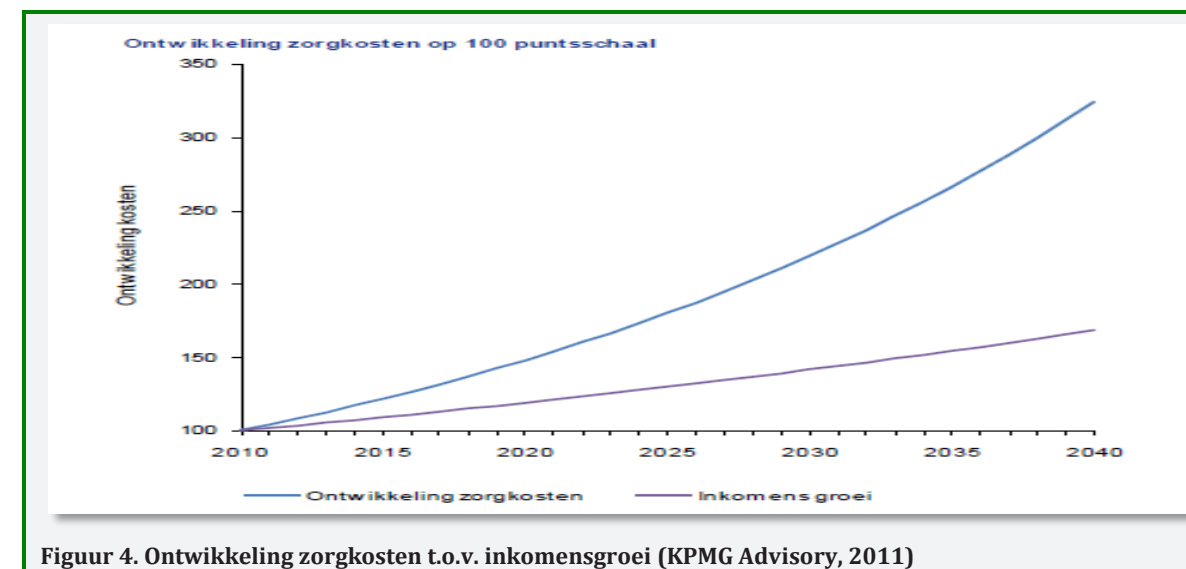
D66 Kamerleden Fatma Koser Kaya en Pia Dijkstra hebben herhaaldelijk Kamervragen gesteld om opheldering te krijgen over de verantwoording van de miljarden euro's uitgegeven aan AWBZ zorg. Een volledig sluitende verantwoording van de bestedingen kon tot op heden niet gegeven worden. Een oorzaak daarvoor ligt hoogstwaarschijnlijk bij het feit dat zorgkantoren, die namens de overheid de AWBZ uitvoeren, onvoldoende prikkel hebben om adequaat te verantwoorden wat er met het geld gebeurt.

Figuur 3 laat zien dat op Zweden na geen enkel land ter wereld in 2007 zoveel (publiek) geld uitgaaf aan de langdurige zorg dan Nederland. In vergelijking met omringende landen definiëren wij een groter deel als collectieve vergoede zorg. Daarnaast maakt een gebrek aan efficiency prikkels de zorg duurder en stijgt dat de levensverwachting sneller dan verwacht. We krijgen daar dan ook meer en betere zorgvoorzieningen voor terug. Figuur 3 toont bovendien dat de kosten van de langdurige zorg in Nederland de komende jaren bij ongewijzigd beleid verder fors zullen stijgen en de uitgaven in alle andere landen zullen doen verbleken. De figuur roept de vraag op hoe vergelijkbare landen als Nederland de zorg organiseren en of wij zoveel meer van de zorg uit collectieve middelen willen blijven besteden. In Duitsland bijvoorbeeld is de collectieve oudedagsvoorziening minder uitgebreid dan hier. Het gevolg is wel dat Duitsers zich over het algemeen op jongere leeftijd al gaan voorbereiden op de oude dag. De verantwoordelijkheid ligt niet louter bij het collectief maar ook bij individu en binnen de familie.

¹³ www.cbs.nl

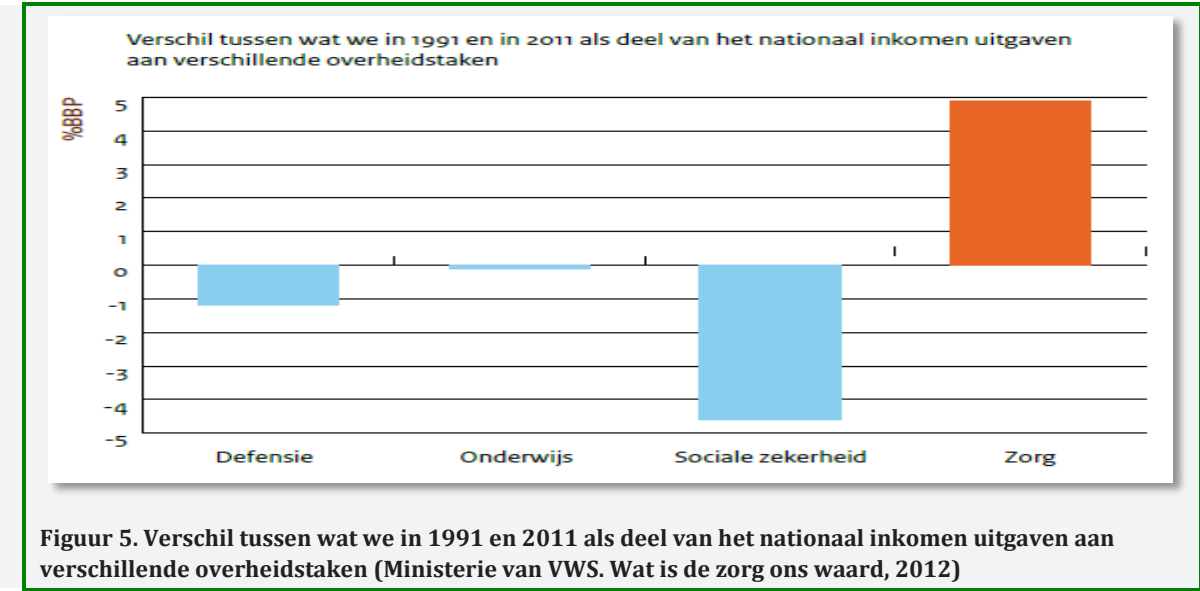


De totale zorgkosten in Nederland zijn de afgelopen decennia snel gestegen. Figuur 4 toont dat de totale zorgkosten bij ongewijzigd beleid veel sneller zullen stijgen dan het nationaal inkomen. Dit maakt helder dat de groei in uitgaven aan zorg afgeremd moet worden als wij de proportie van collectieve uitgaven in ons totale inkomen stabiel willen houden.



De uitgavenstijging in de zorg staat in schril contrast met de investeringen en uitgaven in andere sectoren, zoals onderwijs, sociale zekerheid, infrastructuur en veiligheid. Figuur 5 toont dat we sinds 1991 steeds een significant groter deel van ons nationaal inkomen zijn gaan uitgeven aan zorg, terwijl het deel dat we uitgeven aan defensie, onderwijs en met name sociale zekerheid

sterk is gedaald. Een interessante vraag hierbij is of, en in hoeverre, we dalende uitgaven aan sociale zekerheid compenseren met stijgende uitgaven aan zorg.



Bij het optuigen van ons uitstekende zorgsysteem in een tijd dat de financiële middelen volop beschikbaar waren, zijn er inefficiënties in geslopen. Die moeten er nu uit om zo het beste systeem ter wereld te behouden en op een gezondere wijze te financieren.

2 De zorg opnieuw geordend

Sociaal-liberale ordeningsprincipes en de zorg

Om ervoor te zorgen dat goede zorg ook in de toekomst beschikbaar blijft voor wie die nodig heeft, is een omslag nodig in het denken over en de organisatie van de langdurige zorg. Het vertrouwen in de eigen kracht van mensen en de principes van maatschappelijke ordening vormen voor D66 de uitgangspunten bij het nadenken over een transitie naar een toekomstbestendige zorg.

2.1 Ons doel: De eigen kracht niet langer verstrikt

Hoofdstuk 1 beschrijft hoe er in de langdurige zorg de afgelopen decennia in toenemende mate sprake is geweest van medicalisering, bureaucratisering en consumentisme. Daarmee is de persoonlijke relatie tussen zorgbehoevende en zorgprofessional - essentieel voor goede en efficiënte zorg - naar de achtergrond gedrongen. Er is te weinig ruimte voor eigen oplossingen, initiatieven en maatwerk. Terwijl deze ruimte juist essentieel is bij een persoonlijke dienst als de niet-medische zorg. Ze vormen de sleutel tot verbetering van de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de langdurige zorg en ondersteuning om op die manier de langdurige zorg toekomstbestendig te maken.

D66 pleit daarom voor een omslag in het denken over en de organisatie van de langdurige zorg. De maatschappelijke ordening die wij voor de zorg vanuit ons sociaal-liberale gedachtegoed voor ogen hebben, is gebaseerd op vertrouwen in de eigen kracht van mensen en stelt de verhoudingen en de samenwerking tussen mensen onderling centraal. Daarmee ontstaat een zorgstelsel dat (veer-)krachtiger, vrijer, opener, dynamischer en meer onderling verbonden is, ook in tijden van verminderde eigen kracht.

Dit transitieproces sluit uitstekend aan bij de fundamentele democratiseringsgedachte die D66 altijd voor ogen heeft gehad en zeer van toepassing is op de zorg; mensen in Nederland meer invloed op hun leven geven. Tegelijkertijd is het duidelijk dat de financiële ruimte ontbreekt om het individuele recht op zorg zo uitgebreid te houden als die nu is. Om de teruggang in publieke voorzieningen op te vangen zullen we meer terugvallen op hulp voor elkaar. Meer investeren in tijd voor elkaar dan in geld voor elkaar. Die combinatie maakt het tot een uitdaging om de individuele verworvenheden te behouden en te versterken en tegelijk de zorg sterker te funderen op collectieve arrangementen.

2.2 Sociaal-liberale richtingwijzers

D66 streeft naar een samenleving die gebaseerd is op een sociaal-liberaal maatschappijvisie. Bij het nastreven van haar sociaal-liberale politieke doelen hanteert D66 vijf richtingwijzers.

Sociaal-liberale richtingwijzers D66

- 1. Vertrouw op de eigen kracht van mensen
- 2. Denk en handel internationaal
- 3. Beloon prestatie en deel de welvaart
- 4. Streef naar een duurzame en harmonieuze samenleving
- 5. Koester de grondrechten en gedeelde waarden

Hoewel alle richtingwijzers van bij het inrichten van zorg van belang zijn, vormt de eerste richtingwijzer, ‘*vertrouw op de eigen kracht van mensen*’, een belangrijke basis van het denken over gezondheid en zorg. Ieder mens heeft het vermogen tot oordelen en tot handelen. Door dat te doen geeft de mens vorm aan zijn of haar leven en aan de maatschappij waar dat leven deel van uitmaakt. Het vertrouwen op de eigen kracht van mensen betreft niet alleen de manier waarop sociaal-liberalen naar de mens kijken. Het vormt ook het belangrijkste uitgangspunt bij het inrichten van de maatschappij. Het is van groot belang om de rol van eigen kracht en eigen regie te onderkennen, ondersteunen en ruimte te geven. De sleutel voor verandering ligt bij mensen zelf en wij willen dat de overheid daarbij aansluit. Wat mensen voor zichzelf en anderen kunnen doen is belangrijker en effectiever dan wat de overheid kan doen. Vertrouwen op eigen kracht betekent niet dat mensen geheel op zichzelf zijn aangewezen. Niet elk mens kan maximale zelfbeschikking en zelfredzaamheid behalen. Iemand met een handicap heeft zorg nodig en dient deze te krijgen. Uitgangspunt daarbij is dat de behoefte aan zorg en ondersteuning zo wordt ingevuld dat de eigen kracht die er altijd is, gestimuleerd en optimaal benut wordt.

Ook de overige richtingwijzers geven sturing bij het streven naar een toekomstbestendige zorg. De richtingwijzer ‘*streef naar een duurzame en harmonieuze samenleving*’ impliceert dat een zorgstelsel waarin de betrokkenheid en verbondenheid tussen mensen gestimuleerd wordt, bijdraagt aan een harmonieuze samenleving.

De richtingwijzer ‘*koester de grondrechten en gedeelde waarden*’ heeft ook betrekking op dit sociale aspect. Zorg is een primaire levensbehoefte en solidariteit is een belangrijke waarde onder ons zorgstelsel.

‘*Beloon prestatie en deel de welvaart*’ geldt ook voor de zorg; bij een rechtvaardige verdeling van de welvaart hoort dat mensen die zorg nodig hebben daar ook op terug kunnen vallen, maar dat een daarvoor ook redelijke bijdrage gevraagd mag worden.

De richtingwijzer ‘*denk en handel internationaal*’ geeft sturing bij het zoeken naar een toekomstbestendige zorg. Over de grenzen kan inspiratie worden gevonden voor nieuwe initiatieven in de zorg, terwijl goede Nederlandse ideeën geëxporteerd kunnen worden.

2.3 Ordeningsprincipes

De sociaal-liberale uitgangspunten bij de ordening van de maatschappij zijn allereerst gestoeld op het startpunt: vertrouwen op de eigen kracht van mensen. Een individu staat echter niet op zichzelf, maar is onderdeel van netwerken, groepen en relaties in de maatschappij. Daarop zijn maatschappelijke ordeningsprincipes van toepassing. Het visiedocument ‘*Ordening op Orde: Een sociaal-liberale visie op de verhouding mens, markt en overheid* (2011)’ van de Mr. Hans Van Mierlo Stichting onderscheidt drie ordeningsprincipes: mensen onderling, de overheid en de markt (zie figuur 6).



Deze ordening is ook van toepassing op de zorg. Voortvloeiend uit het uitgangspunt van de eigen kracht van mensen, ziet D66 in de eerste plaats een rol weggelegd voor mensen zelf en hun directe omgeving in het organiseren van zorg rond hun individuele en specifieke behoefte.¹⁴ Het tweede uitgangspunt na de eigen kracht van mensen, is daarom dat er volop ruimte moet zijn voor onderlinge verbanden tussen mensen.

Nederland is gebaat bij een functionerend zorgstelsel waarop haar inwoners kunnen terugvallen bij verminderde eigen kracht. In dat stelsel wordt rechtvaardigheid gevraagd (zorg die goed en toegankelijk is wanneer nodig) en efficiëntie (zorg die doelmatig en betaalbaar is). De rol van de overheid en de markt, is volgens D66 het waarborgen van rechtvaardigheid en veiligheid aan de ene kant en het bevorderen van innovatie en efficiëntie aan de andere kant.

¹⁴ Deze noties hebben een sterke overeenkomst met de *Big Society* gedachte. Dit concept, momenteel uitgedragen door de Britse regering, heeft als doel een klimaat te creëren waarin mensen en lokale gemeenschappen in staat gesteld worden maatschappelijk initiatief te nemen.

Mensen onderling

De ordening van mensen onderling is een groot goed gezien het feit dat mensen onderling vaak betere, efficiëntere en rechtvaardigere oplossingen kunnen bedenken voor maatschappelijke kwesties dan de overheid. Mensen dienen waar mogelijk zelf, binnen hun netwerk en/of met behulp van zorgprofessionals, oplossingen te bedenken en realiseren voor hun problemen. Wederkerigheid en vertrouwen spelen daarin een belangrijke rol.

Het ordeningsprincipe ‘mensen onderling’ is waarschijnlijk nergens meer van toepassing dan op het gebied van zorg. Een noodzakelijke voorwaarde om mensen weer de primaire actor in het vragen om hulp en het organiseren van hun eigen zorg te laten zijn, is dat zorg weer rondom de mens (en diens netwerken) wordt georganiseerd en het samenspel tussen mensen onderling centraal komt te staan. Juist door de vrijwilligheid, de wederkerigheid en het vertrouwen waarop zorg door mensen onderling is gebaseerd, kan deze vorm van zorg veel passender en doeltreffender georganiseerd worden. De sleutel voor verbinding – vaak de voorwaarde voor liefde en geluk van het individu – ligt bij mensen zelf. Bureaucratisering kan ook voorheen vrijwillig tot stand gekomen relaties formaliseren en daarmee het fundament onder die verbindingen aantasten. Het is daarom vaak de afwezigheid van overheidsbemoeienis met de gemeenschap van mensen die zorgt voor zelforganisatie, levendigheid en activiteit.

Mensen onderling ordenen de interacties met elkaar op basis van vertrouwen, reputatie, wederkerigheid en niet-afdwingbare maar ervaren rechten en plichten. Dat maakt de ordening van de langdurige zorg op basis van dit principe ook kwetsbaar. Interactie vindt plaats op basis van vrijwilligheid: mensen kunnen zich aan de groep of hun taak onttrekken. Dit impliceert dat er een grens zit aan wat mensen zelf vermogen in de organisatie van zorg. Daar waar een gebrek aan eigen kracht en verbondenheid tussen mensen de toegang tot goede en efficiënte zorg en ondersteuning belemmert, ligt een taak voor een overheid en de markt om die zorg te leveren. Denk daarbij aan mensen met een hulpvraag die een beperkt sociaal netwerk hebben of zeer complexe problemen. Voor hen is een vangnet nodig dat sociale veiligheid biedt, in dit geval toegang tot basale zorgvoorzieningen en het bieden van hulp om de eigen kracht en die van het netwerk te versterken.¹⁵

Overheid (bureaucratie)

Een toekomstbestendig zorgstelsel biedt sociale veiligheid door zorg die goed en toegankelijk is wanneer nodig. Een sociaal vangnet is in dat soort omstandigheden een teken van beschaving. Door het criterium van rechtvaardigheid kan een overheid sociale veiligheid bieden. De bureaucratie als ordeningsprincipe refereert aan een ordening van interactie op basis van afdwingbare rechten en afgedwongen plichten. De informatie die nodig is om binnen deze ordening te kunnen handelen, is administratief van aard. Iemand heeft recht op zorg als hij aan bepaalde criteria voldoet. En mensen kunnen verplicht worden tot het betalen van premies of bijdragen op basis van administratieve gegevens.

De wijze waarop de overheid een rol speelt in de zorg kan op meer gebaseerd zijn dan de principes van een bureaucratie. Vertrouwen op de eigen kracht van mensen betekent ook dat we steeds een passende overheidsrol moeten definiëren die uitgaat van wat mensen wél kunnen, in plaats van wat ze níet kunnen. Die overheidsrol is gericht op het creëren en garanderen van kansen en mogelijkheden voor mensen om hun eigen leven vorm te geven en te verbeteren.

¹⁵ Een ander aandachtspunt is de wederkerigheid in vrijwillige relaties tussen mensen. Als mensen een blijvende zware hulpvraag hebben (bijvoorbeeld iemand met een handicap) dan kan het ‘vragen om hulp’ zonder het gevoel te hebben iets terug te kunnen doen, zwaar en beperkend zijn.

Zo dient de overheid onnodige vorming van schotten te voorkomen. Dat betekent dat in de bekostiging en indicatie stelling ruimte moet blijven voor maatwerk. Het vergt ook een benadering die meer gericht is op het zoeken naar passende oplossingen bij de hulpvraag en minder op het verzilveren van rechten. Tegelijk dient daarbij wel een scherp onderscheid te worden gemaakt naar de zwaarte en complexiteit van zorg. De beschikbaarheid van zware en dure intramurale zorg (zoals zorg voor gehandicapten) heeft meer elementen van een recht dan een voorziening. Tenslotte dient overheidsoptreden in de zorg ruimte te bieden aan mondige en zelfbewuste zorgvragers en moeten faciliteren dat zorgaanbieders met een creatief, passend en doelmatig zorgaanbod komen.

Verschillen tussen de overheid *dichtbij* en de overheid *veraf*

Een bureaucratie handelt volgens wetten en regels die per definitie voor iedereen gelijk zijn. Dat maakt het niet het ordeningsprincipe dat het beste in staat is maatwerk te leveren.

Een overheid dichtbij (lokaal) hoeft in beginsel echter minder scherp de kenmerken te dragen van een bureaucratie dan een overheid veraf (landelijk) doorgaans doet. Een overheid dichtbij heeft beter zicht op de behoeften van haar inwoners en heeft meer vrijheid haar budget flexibel in te zetten waar nodig.

De Rijksoverheid is vanwege het principe van rechtvaardigheid vaak meer gebonden aan het aanbieden van gelijke diensten aan iedereen die aan algemeen geldende abstracte criteria voldoet. Daarmee is zij in beginsel minder goed in staat individuele behoeften van mensen in te schatten en op basis daarvan haar diensten vorm te geven.

Dat gegeven maakt de lokale overheid (‘dichtbij’) juist in de zorg veel meer de aangewezen bestuurslaag om voorzieningen voor mensen met een overzichtelijke hulpvraag te verzorgen. De verantwoordelijkheid voor zwaardere en complexe zorg past daarentegen beter bij de landelijke overheid vanwege de hoge eisen die aan deze zorg worden gesteld en de daaruit voortvloeiende noodzaak tot schaalgroten.

Markt

Door de mogelijkheid van vrije toetreding (betwistbaarheid) kan een markt tot efficiënte en innovatieve uitkomsten leiden. Onder concurrentie en keuze kan een patiëntgericht zorgaanbod tot stand komen. De rol van de markt in de zorg ligt vooral in het aanbieden van formele zorg; met name bij de extramurale zorg en de lichtere intramurale zorg.

Goede voorbeelden: Buurtzorg, Leven & Zorg en de Thomashuizen

Er zijn diverse uitzonderingen te noemen op een zorgstelsel dat sterk gebureaucratiseerd is en maatwerk verstikt. Denk aan organisaties als Buurtzorg (door ruimte voor de professional in staat patiëntgericht maatwerk te leveren tegen een goede prijs), Leven & Zorg (levert interculturele zorg en werkt flexibel en efficiënt op basis van moderne ICT-oplossingen) en de Thomashuizen (kleinschalige woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking, gerund door een inwonend paar zorgondernemers). Deze patiëntgerichte innovaties kunnen tot stand komen door toetreding van privaat initiatief, een kenmerk van een markt.

Een markt creëert echter geen verbondenheid en rechtvaardigheid en dat zijn elementen die cruciaal zijn voor een duurzaam zorgstelsel. Dat is de reden dat de principes van markt, overheid en mensen onderling in balans moeten zijn bij een toekomstbestendige zorgsector, waarbij we gezien de huidige stand van de zorg met name een verschuiving zoeken naar de betrokkenheid die mensen onderling kunnen bieden.

3 Een toekomstbestendige zorg volgens D66

Zorg met eigen kracht en onderlinge verbondenheid als uitgangspunt

De uitdaging bij het inrichten van een toekomstbestendige zorg ligt erin de zorg voor mensen die deze het hardst nodig hebben te waarborgen en tegelijkertijd door hervormingen de stijging van de zorguitgaven af te remmen.

De vergrijzing zal pas over 25 jaar haar hoogtepunt bereiken. We moeten nu maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat ook in 2038 goede zorg beschikbaar is voor de mensen die deze dan nodig hebben. Dit betekent dat we moeten streven naar een organisatie van de langdurige zorg waarbij zorgbehoevenden, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgorganisaties en (lokale) overheden de tijd en de instrumenten krijgen om de zorgtaken die op hen afkomen adequaat en op hun eigen manier op te vangen. Dit is mogelijk wanneer er in de zorg een omslag wordt gemaakt, waarbij de sociaal-liberale ordening de basis vormt voor de organisatie van de nieuwe langdurige zorg.

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt aan de hand van drie elementen beschreven hoe specifieke thema's worden opgelost in een toekomstbestendige zorg. Deze elementen komen overeen met drie uitgangspunten die we reeds geïntroduceerd hebben in het vorige hoofdstuk: 'eigen kracht', 'mensen onderling' en 'overheid en markt'.

Kader: Ringen van zorg

Toekomstbestendige zorg is gebaseerd op de natuurlijke volgorde van ondersteuning waar iemand met een hulpvraag terecht kan. Het is waardevol deze volgorde opnieuw scherp te benoemen, omdat in de huidige inrichting van de zorg en het debat daarover deze volgorde regelmatig over het hoofd wordt gezien.

Als de eigen kracht tekortschiet, kloppen mensen aan bij de mensen die het dichtste bij hen staan. Familie en vrienden worden ingeschakeld. Als deze ring of 'mantel' van mensen klein is, of de zorg die nodig is niet kan verlenen, komt de omgeving in beeld. De mensen in de omgeving kennen de hulpvrager wel, maar minder goed dan de mantel. Het gaat bijvoorbeeld om burens, collega's, klasgenoten of medeleden van een vereniging. Als deze mensen ook niet in staat zijn om voldoende ondersteuning te bieden, komt professionele hulp via de overheid in beeld. Dit kan via de overheid dichtbij zijn (wijk en gemeente) of via de overheid veraf (Rijk en Europese overheden). De overheid schakelt langdurig of tijdelijk zorg in waar eigen kracht, mantel en omgevingshulp tekort schieten en vult deze aan tot een maatschappelijk aanvaarde standaard.



Figuur 7. Volgorde van opvang bij verminderde eigen kracht
Elke ring is zowel afzonderlijk als in samenhang belangrijk bij het verlenen van zorg. De 'dikte' van elke ring geeft aan hoe snel geëscaleerd moet worden naar een volgende ring en deze verschilt per geval. De samenstelling van de ringen is afhankelijk van de grootte van de eigen kracht, en de mogelijkheden van de mantel en de omgeving. Daarnaast kan ook over een langere periode de eigen kracht verder afnemen door bijvoorbeeld ziekte, of juist door empowerment weer toenemen. Bij elke significante verandering in de hulpvraag kan opnieuw opschaling of terugschaling volgens de ringen plaatsvinden.

3.1 Eigen kracht: zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid

Bij vertrouwen op de eigen kracht van mensen hoort ook, voor zover mogelijk, verantwoordelijkheid verwachten van mensen ten aanzien van zowel het zorgproces als gedrag en leefstijl. D66 werkt aan een omslag waarin zelfredzaamheid én verantwoordelijkheid centraal staan; van 'zorg en ziekte' naar 'gezondheid en gedrag' en dan nóg een stap verder naar 'participatie en welzijn'.

Zorg rondom de mens

Zorg en welzijn moeten erop gericht zijn dat mensen zo lang en zoveel mogelijk zelfstandig en zelfredzaam blijven, waarbij de kwaliteit van leven zo groot mogelijk is. Waar mogelijk zijn mensen zelf intensief bij hun zorg- en ondersteuningsplannen betrokken. Interventies die gedaan worden door professionals dienen daarom gericht te zijn op zelfmanagement en kwaliteit van leven.

Eindig leven

Een maatschappelijke discussie is nodig over acceptatie van de eindigheid van leven, zelfstandigheid en gezondheid in deze nieuwe context. Als mensen beter betrokken worden bij alle opties bij ziekte in de laatste fase van het leven, inclusief níet behandelen, dan maken zij bewustere keuzes. Die verhogen de kwaliteit van leven en verminderen de vraag naar behandelingen. D66 zet in op deze *shared decision making*.

E-health kan een belangrijke rol bij spelen bij het organiseren van zorg rondom de mens. Een (online) keuzeplatform¹⁶ is daarbij een interessant concept. Dit is een soort van marktplaats waar vragers en aanbieders van zorg (zowel groot als klein, formeel en informeel) elkaar online kunnen ontmoeten. Op het keuzeplatform wordt elke individuele zorgvraag afzonderlijk aangeboden, waarna alle geïnteresseerde zorgaanbieders een bod kunnen uitbrengen op het leveren van de zorg. De hulpvrager kan hieruit, waar nodig met hulp van een (onafhankelijke) professional of coördinator, het beste aanbod kiezen. Een keuzeplatform geeft vooraf inzicht in de zorg, maakt maatwerk mogelijk, stimuleert toetreding, keuzevrijheid, dynamiek, innovatie en een doelmatig zorgaanbod.

Het persoonsgebonden budget (PGB) is een goed voorbeeld van zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid in de praktijk. Het PGB, dat er mede op initiatief van D66 is gekomen, stelt de zorgvrager - of een combinatie van zorgvragers en/of naasten - in staat om zelf de regie te voeren en de benodigde zorg te financieren. Mensen met een PGB kijken kritisch naar het aanbod van zorg en zijn creatief in het aanboren van nieuwe vormen van zorg, vaak informele zorg. Hoewel PGB's nooit voor elke hulpvrager een antwoord kunnen zijn, is wel gebleken dat ze een waardevolle impuls hebben gegeven aan de dynamiek in het zorgaanbod.

Goede voorbeelden: Het buurtschap Elst (NB)

De thuiszorg in Elst (NB) is zo georganiseerd dat ouderen gewoon in het dorp kunnen blijven wonen en leven. Verschillende mensen binnen de gemeenschap hebben hun PGB's bij elkaar gelegd en een duizendpoot aangenomen om hun zorgbehoefte te faciliteren.

Het bovenstaande neemt niet weg dat er ook problemen optreden bij PGB's. Naast de mogelijkheid van fraude met PGB's kan een nadeel van een PGB zijn dat dit erg gebonden is aan een exacte indicatiestelling. Dat is per definitie statisch en bureaucratisch en legt de nadruk op wat er niet goed gaat. Daarmee kan het de zorgconsumptie soms in de hand werken. Het PGB is als subsidievorm thans sterk gerelateerd aan een systematiek gebaseerd op een "recht op zorg" en niet aan een systematiek gebaseerd op compensatie, zoals de Wmo. Het inzetten van PGB's dient daarom gericht te gebeuren en vraagt wel om sterke coördinatie en helderheid vooraf. Dit persoonlijke budget zal in ieder geval aan drie eisen moeten voldoen: 1) het mag niet fraudegevoelig zijn, 2) het is alleen bestemd voor de betaling van professionals (formele zorg of hulp) en 3) het moet inzicht bieden in de werkelijke prijs van zorg en welzijn. De hoogte van het budget is afgestemd op de behoefte aan professionele ondersteuning en op de financiële draagkracht van de hulpvrager. D66 zoekt naar mogelijkheden om het PGB in de Wmo meer de vorm van compensatie te geven.¹⁷ Om fraude met PGB's tegen te gaan, dient gekeken te worden naar alternatieven zoals een persoonsvolgend budget (PVB).

Verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg

Mensen hebben een collectieve en individuele verantwoordelijkheid om eraan bij te dragen dat ons zorgstelsel voor de toekomst gewaarborgd blijft. Een houdbaar zorgstelsel begint met het voorkomen van onnodige vraag naar zorg. Mensen die hun verantwoordelijkheid nemen door gezond te leven, dienen daarbij waar nodig ondersteund te worden. Het stelsel staat niet langer toe dat hulp altijd geleverd wordt wanneer gewenst. Er is een bijdrage nodig van de mensen die een hulpvraag wél zelf of in hun omgeving kunnen oplossen om de professionele zorg voor de mensen die daar echt niet zonder kunnen, overeind te houden.

Allereerst dienen we ons af te vragen of een wens reëel is. Daarna moeten we beseffen dat een hulpvraag berust op een idee van solidariteit en, waar mogelijk, wederkerigheid. Deze concepten zijn steeds minder vanzelfsprekend. Financiële tekorten en de vergrijzing maken middelen schaarser. Dit maakt dat keuzes nodig zijn over wat wel en wat niet collectief vergoed wordt. De noodzakelijkheid, doelmatigheid en effectiviteit van zorg geldt als meetlat in deze afweging. Zaken die niet direct zorggerelateerd zijn, dienen mensen zelf te betalen. Dit betreft bijvoorbeeld de wooncomponent bij intramurale zorg.

Voor zorg zal van burgers in toenemende mate een eigen financiële bijdrage gevraagd worden, gebaseerd op draagkracht. D66 kiest ervoor te werken met eigen bijdragen van mensen met een voldoende inkomen en/of vermogen. D66 is een voorstander van zorgsparen waarbij iedereen tijdens het leven rekening houdt met zorgkosten die later waarschijnlijk zullen volgen. Daarvoor kan een deel van het vermogen of pensioen opzij worden gezet. Het doen van een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen in de zorg mag niet leiden tot willekeur of onacceptabele verschillen tussen mensen. Binnen de gestelde financiële en kwalitatieve kaders moet de positie van burgers/cliënten/patiënten goed zijn verankerd. Medezeggenschap, bijvoorbeeld door cliëntenraden, speelt hierin een belangrijke rol.

Levensloopbestendig wonen

Levensloopbestendig wonen kan volgens D66 in nog veel sterkere mate een rol spelen bij het ontsluiten van de eigen kracht van mensen. Door aanpassingen in het eigen huis kunnen mensen langer thuis blijven wonen. Dit wordt door velen niet alleen als erg plezierig ervaren, maar kan ook kostenbesparend werken omdat mensen niet naar een dure intramurale voorziening hoeven. Bovendien kan het inzetten op het levensloopbestendig maken van huizen een broodnodige impuls betekenen voor de bouwsector. Uiteraard is het niet voor iedereen mogelijk om in het eigen huis te blijven wonen. Ook wanneer dit niet kan is het voor mensen echter prettig om in de eigen wijk te blijven wonen. Beschut wonen in aangepaste woonvoorzieningen, zoals seniorenappartementen, kan voor deze groep een uitkomst bieden. In dit kader past ook het streven om wonen en zorg te scheiden. Daarmee wordt bedoeld dat zorggeld niet langer aan wonen wordt besteed. Het gaat om verschillende functies die minder vermengd moeten worden. Bovendien geeft het ruimte om creatieve oplossingen te vinden voor mensen die wel zorg nodig hebben maar wellicht zelf, of via andere arrangementen, in hun wonen kunnen blijven voorzien.

¹⁶ Het concept van een keuzeplatform is eerst geïntroduceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit in haar visie 'Care voor de Toekomst', NZa 2007.

¹⁷ Een alternatieve vorm voor het PGB is wellicht het eigen bijdragen aftrekbaar maken van de belastingen.

3.2 Mensen onderling: samenredzaamheid

Samen zoeken zorgbehoevende, omgeving (mantelzorg) en zorgprofessional naar passende oplossingen. Dát is samenredzaamheid.

Mantelzorg

In de zorg gaat het veel over compassie en wederkerigheid. Dat zijn lastige begrippen voor beleidsmakers. In een toekomstbestendig zorgstelsel is het meer een vanzelfsprekendheid om voor elkaar te zorgen. Maar thans geldt in de praktijk een andere dynamiek. Veel zorgbehoevenden, zoals mensen met een handicap of een chronische ziekte, voelen zich ook bezwaard om naasten uit de mantel of de omgeving om hulp te vragen. De ontwikkeling die onze samenleving heeft doorgemaakt biedt de ruimte om de zorgvraag te formaliseren, te verzakelijken. Door een beroep op collectieve zorg kan het schuldgevoel worden ‘afgekocht’. Er bestaat een enorme “vraagverlegenheid”: ouders willen hun kinderen niet om hulp vragen, terwijl die deze vaak best willen geven, mits passend bij hun leven. De relaties tussen mensen onderling zijn gestoeld op wederkerigheid; beide personen vinden waarde in de relatie. Daarin speelt een begrip als waardering een voorname rol. Een omslag naar een nieuwe manier van zorgen voor elkaar zal een culturele omslag vergen in het omgaan met deze begrippen.¹⁸ Mantelzorg begint met het gesprek erover openen. Met andere gesprekstechnieken en hulpmiddelen op het gebied van social media¹⁹ is veel progressie te boeken.

Mantelzorg en vrijwillige zorg kunnen professionele zorg per definitie²⁰ nooit volledig vervangen. Met goede afspraken kunnen zij deze zorg wel goed aanvullen en ondersteunen. D66 vindt dat zorgaanbieders er op moeten toezien dat mantelzorgers weten waar ze kunnen aankloppen voor ondersteuning. De Haagse Stichting Mantelzorg helpt bijvoorbeeld bij vragen over de mantelzorgpas, het mantelzorgcompliment en het in aanmerking komen voor Respijtzorg (vervanging van de mantelzorger).

De mantelzorguitdaging

Op initiatief van Tweede Kamerlid Vera Bergkamp komt er een onderzoek naar de belasting van mantelzorgers. De terechte wens om meer mantelzorg te organiseren stuit op een aantal issues:

- Hoe zwaar zijn mantelzorgers belast, en zorgt uitbreiding van mantelzorg voor uitval?
- Waar zit onbenut potentieel aan mantelzorg(ers)?
- Hoe kan mantelzorg gefaciliteerd en gestimuleerd worden? (O.a. het nieuwe werken, flexibele werktijden, schooltijden.)
- Hoe valt de wens tot vergroting van het arbeidsaanbod te rijmen met de wens tot meer mantelzorg?
- Voor mantelzorgers is dagbesteding vaak een randvoorwaarde om een dierbare thuis te kunnen laten wonen. Hoe behouden we dat?

¹⁸ Een initiatief dat mantelzorg makkelijker maakt en wederkerigheid in zich draagt is www.wehelfen.nl

¹⁹ Denk aan netwerken zoals www.contactdays.nl die de behoefte aan mantelzorg inzichtelijker maken.

²⁰ Definitie mantelzorg (Artikel 1b Wmo): mantelzorg is langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt.

- Hoe behouden we de kans op emancipatie door, op basis van de ontwikkeling in onze welvaart, letterlijk en figuurlijk afstand te nemen van onze afkomst en onszelf te ontplooiën hoe en waar wij willen? In fysieke zin: veel mensen wonen op grote afstand van hun familie en vrienden. Dat maakt mantelzorg niet eenvoudiger. De uitdaging is te zoeken naar manieren waarop we toch meer gaan zorgen voor elkaar zonder onafhankelijkheid op te geven.²¹

Inzetten coördinatoren

De manier waarop zorg en ondersteuning tot nu geboden zijn, is sterk gebaseerd op het medische model: onderzoek, diagnose, behandelplan. Dit schiet echter tekort als het gaat om meer sociaal-maatschappelijke vraagstukken en de wens om de eigen kracht van mensen te versterken en het netwerk meer in te zetten. Momenteel bestaat er een forse bureaucratie rond de indicatiestelling van de zorgvraag. De regelgeving rond zorgzwaartepakketten heeft tot gevolg dat de grotere zorgorganisaties specialisten in dienst hebben die zich alleen met de indicatieaanvraag bezig houden. Een vereenvoudiging van de indicatiestelling zou tot meer financiële middelen voor de werkelijke zorg kunnen leiden. We moeten daarom toe naar een andere vorm van het bieden van hulp en ondersteuning. Integraal kijken betekent dat we los moeten komen van het denken in hokjes: de burger zou niet langer voor ieder vraagstuk naar een ander loket en een andere medewerker toe hoeven gaan. Tegelijkertijd zal er altijd enige vorm van verantwoording nodig blijven bij het uitgeven van publiek geld. Het volledig wegnemen van administratieve lasten is dan ook onmogelijk en zelfs onwenselijk. Een forse vereenvoudiging ligt echter wel binnen bereik.

D66 pleit voor het aanstellen van coördinatoren die budgetverantwoordelijkheid dragen, fungeren als hét aanspreekpunt tussen cliënt, zorgaanbieders en gemeente en zorgen voor de (niet-medische) coördinatie van eventuele care en cure. We gebruiken hier het woord coördinator voor functies die in de praktijk buurtregisseur, Wmo-consulent, casemanager of wijkverpleegkundige kunnen heten. De coördinator is een generalist, die vooral gespecialiseerd is in het aangaan van het gesprek, waarin verkend wordt wat de doelen zijn, wat de eigen kracht is van de hulpvrager en van diens netwerk, hoe die eigen kracht nog meer ingezet zou kunnen worden en tot slot welke hulp of ondersteuning zo nodig door de gemeente geleverd wordt. Wij pleiten voor een coördinator (figuur 8) die de zorg van de verschillende ringen coördineert als de zelfregie hierin tekort schiet, en stimuleert om de regie en de eigen kracht te vergroten.²² De rol van de coördinator strekt zich ook uit buiten het zorgveld; ook schuldhelpverlening, werk en inkomen en jeugdzorg behoren idealiter tot de competentie van de coördinator. Alleen dan kan de belofte van een integrale aanpak, waarin maatwerk mogelijk is én bespaard kan worden, ook echt waargemaakt worden. In het beperkte aantal gevallen waarin de situatie te complex is voor de coördinator kan deze hulp inschakelen van een team van deskundige professionals.

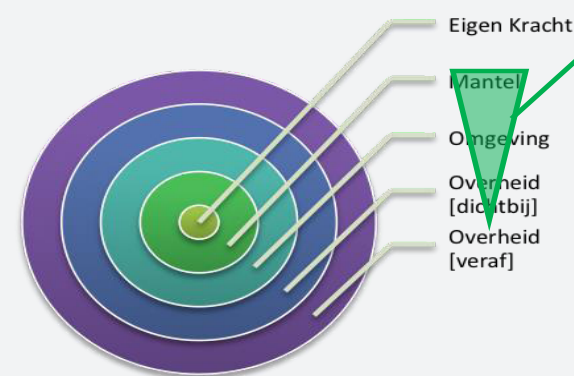
De coördinator werkt voor de gemeente en dient bij voorkeur zelf geen uitvoerend zorgprofessional te zijn. Daardoor kan de coördinator onafhankelijk van zorgaanbieders functioneren en kritisch oordelen. Het idee is dat de coördinator ruimte krijgt om te bepalen wanneer wordt opgeschaald naar zwaardere zorg (eerste of tweede lijn), maar ook wanneer

²¹ Een groot aantal van deze vragen is eerder aan de orde gekomen in de promotie van dr. Bernard van den Berg: http://repub.eur.nl/res/pub/31870/050114_Berg%2C%20Bernardus%20van%20den.pdf

²² Deze coördinator bevindt zich niet in het medische domein om medicalisering van de ondersteuning en langdurige zorg te voorkomen. Dat is een punt van aandacht wanneer de wijkverpleegkundige de aangewezen persoon lijkt om de coördinatorrol op zich te nemen.

bijvoorbeeld ingrijpen in een uitkering, schuldhulp of inschakelen van de politie nodig is. De coördinator dient goed getraind te worden in een goede indicatiestelling om onrechtmatige afwenteling vanuit de Wmo of Zvw naar de AWBZ tegen te gaan. Het doel van het inzetten van coördinatoren is onder meer om medicalisering te voorkomen en de tweede lijn (zowel in termen van zorg als van overige maatschappelijke problemen) bij de voordeur weg te houden zolang dat kan. Onrechtmatige afwenteling moet worden voorkomen, bijvoorbeeld door de partijen die er schade van ondervinden (bijv. zorgkantoor, zorgverzekeraar of AWBZ-fonds) instrumenten te geven om hiertegen op te treden. Door de indicatiestelling bij de coördinatoren te leggen, komt indicatiestelling door het CIZ te vervallen. De grote discretionaire bevoegdheid die de coördinator krijgt dient wel begrensd te worden, bijvoorbeeld door een krachtig systeem van professionele onderlinge toetsing. Het controlesysteem wordt vormgegeven en aangestuurd onder verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur (College en Gemeenteraad). Deze dienen de wettelijke mogelijkheden te krijgen om deze verantwoordelijkheid te nemen en benutten.

Figuur 8. De rol van de coördinator



Het Keukentafelgesprek

Een coördinator bepaalt samen met de zorgvrager en zijn omgeving wat de hulpbehoefte precies inhoudt en hoe de zorg wordt ingericht. Dat is een goede werkvorm mits a) de coördinator daadwerkelijk speelruimte heeft om een passend aanbod vorm te geven en b) de coördinator en de zorgvragers een prikkel hebben de begrenzingen van de solidariteit in de zorg in acht te nemen. Het risico bij een keukentafelgesprek is echter dat het een instituut op zichzelf wordt en verwachtingen wekt. Een gesprek met de familie of omgeving komt dan niet tot stand uit verwachting dat de coördinator wel langskomt om dit te initiëren.

Een coördinator komt in principe pas in beeld als iemand met een hulpvraag komt. Dat kan de hulpbehoevende zelf zijn of zijn of haar omgeving. Uiteraard kunnen ook signalen van bijvoorbeeld een leraar, huisarts of een wijkagent als een hulpvraag worden gezien. De coördinator werkt dus vraaggericht. Een coördinator houdt in een buurt oren en ogen open en houdt goed contact met andere sleutelfiguren in de buurt. Maar de coördinator hoeft niet, zoals nu vaak het geval is (met name bij zorgaanbieders), zelf actief zorg aan te bieden aan mensen die al dan niet een latente zorgvraag zouden kunnen hebben. Daarmee zou de eigen verantwoordelijkheid van mensen worden ondermijnd en een perverse consumptieprikkel gevormd. Mensen die tussen wal en schip dreigen te vallen, worden op een zeker moment opgemerkt door hun omgeving en gesignaleerd. Daarbij speelt bovendien dat problematiek die nog niet is opgemerkt, waarschijnlijk ook moeilijk door een overheid kan worden opgelost. Actieve *case finding* wekt dan valse verwachtingen.

Verhalen uit de zorg: Gaby en casemanager Gerda

Gaby (25 jaar) kreeg op haar 17e haar eerste kind. Inmiddels is zij moeder van drie kinderen, van verschillende vaders met wie zij geen contact meer heeft. Zelf heeft Gaby geen goede jeugd gehad: ze woonde verschillende keren in een pleeggezin, omdat haar vader – die alcoholist werd toen haar moeder overleed – niet voor haar kon zorgen en haar misbruikte. Daarom wilde Gaby maar één ding, haar kinderen een veilig thuis bieden. Maar omdat zij nooit een opleiding heeft afgemaakt, is het moeilijk om werk te vinden. Daardoor zit Gaby flink in de schulden. Bovendien kampt Gaby met psychiatrische problemen als gevolg van haar misbruikverleden en vindt zij het heel moeilijk om in haar eentje drie kinderen op te voeden.

In het verleden kwamen er meer dan 10 verschillende hulpverleners over de vloer bij Gaby en moest ze steeds weer haar verhaal vertellen. Sinds kort is casemanager Gerda in de plaats gekomen van al die verschillende hulpverleners. Gerda is opgeleid tot maatschappelijk werker, en raadpleegt wanneer zij het zelf niet weet gespecialiseerde zorgverleners. Op die manier is er voor Gaby één gezicht, en kan ze met Gerda besluiten in welke volgorde alle problemen worden aangepakt (in plaats van op 10 borden tegelijk te moeten schaken). Zo heeft Gerda met Gaby afgesproken dat ze eerst gaat proberen haar school af te maken, zodat ze meer kans krijgt op een baan, en uit de schulden raakt. Voor Gaby is er nu een overzichtelijke situatie ontstaan. Ze ziet de toekomst weer positief tegemoet.

Samenredzaamheid door zorgvrager en professional

Samenwerking in de zorg is gebaseerd op de professionaliteit van de zorgverleners en de mondigheid van zorgvragers. Professionals moeten het lef hebben en in staat gesteld worden om verantwoordelijkheid te nemen, zowel voor de inhoud van zorg als de kosten daarvan. De zorgvrager staat centraal bij het stellen van kaders, maar de professional (de coördinator en de zorgprofessionals) speelt daar ook een rol in.

Samenredzaamheid vraagt niet alleen een andere opstelling van burgers, maar ook van de overheid en de hulpverlening.²³ Vakspecialisatie heeft zeer zeker een plaats, maar komt pas aan de orde als duidelijk is voor welk stukje iemand daadwerkelijk hulp en advies nodig heeft. Dan wordt pas echt maatwerk geleverd en wordt over schotten heen gedacht. Het kan immers veel zinvoller zijn om eerst de energie te steken in het verbeteren van iemands financiële situatie, en daarna pas aan de slag te gaan met andere vraagstukken. En achter een eerste verzoek om een scootmobiel blijkt soms een toenemende eenzaamheid schuil te gaan, en dan zijn hele andere oplossingen passend.

Verhalen uit de zorg: Hoe moet dat nu verder?

Henk (78 jaar): “Mijn vrouw Mia en ik zijn al 52 jaar getrouwd en we wonen al 45 jaar in deze straat. Maar er is veel veranderd. Mia was de laatste tijd zo afwezig. De diagnose dementie was eerlijk gezegd geen verrassing. Maar ik was wel bang voor de toekomst. Moet Mia naar een verpleeghuis? En blijf ik dan alleen achter? Ik ben ook de jongste niet meer en onze kinderen wonen ver weg.

Gelukkig hebben we Monique. Zij is casemanager bij de thuiszorg. Ik kan mijn vragen bij haar kwijt. Ook heeft ze geregeld dat Mia een dag in de week naar de dagverpleging kan. Mia komt daar altijd vrolijk van thuis, en ik heb dan wat tijd voor mezelf. Onlangs ben ik in het buurthuis met Mia naar het Alzheimer-café geweest. We zijn duidelijk niet de enigen die dit meemaken. En het is fijn om daar samen over te praten. Hopelijk houden we het zo samen nog een tijdje vol.”

²³ Een interessant gegeven in deze context is ‘The Community Right to Challenge’ dat Britse inwoners hebben. Het stelt gemeenschappen van mensen in staat de overheid uit te dagen op het moment dat zij denken bepaalde diensten beter te kunnen organiseren.

3.3 Overheid en markt: waarborgen van toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie

Wanneer er meer zorg nodig is dan de omgeving kan bieden, dient er professionele hulp te zijn. De overheid die het dichtst bij mensen staat – de lokale overheid – is het best in staat deze zorg te organiseren. Zij kan keuze bieden in het aanbod van zorg. In een sociaal-liberaal zorgstelsel worden zorgprofessionals geprikkeld én krijgen zij de ruimte en het vertrouwen om te zorgen dat de formele zorg goed aansluit bij zowel informele zorg als medische zorg.

Empowerment

Tot de instituties die horen bij een ontplooiingsmaatschappij hoort in ieder geval een overheid die activerend, faciliterend en voorwaarden scheppend functioneert voor diegenen die nog voldoende eigen kracht hebben om zelfstandig te leven. In plaats van het opleggen van meer regels moet de overheid zich proactief naar zorgprofessionals en zorgbehoevendenden opstellen. Dit betekent nagaan wat zij nodig hebben om een beter resultaat te bereiken en hoe dit gefaciliteerd kan worden. Bijvoorbeeld door partijen bij elkaar te brengen of te zorgen voor financiële speelruimte. Deze ondersteuning is maatwerk. Eén gezin, één coördinator, één plan; de coördinator is een generalist. Een aanpak die werkt voor een bepaalde groep zorginstellingen of een specifieke wijk zal niet automatisch elders ook werken. Tegelijk verschilt de organisatiekracht per wijk. Maatwerk is daar nodig naar voorbeeld van *community organizers*.²⁴

Er is ook een rol voor de overheid om de drempel om hulp te vragen aan de eigen omgeving te verlagen. Uitdaging voor de overheid is hierbij vooral het activeren van de sociale omgeving en het maximaliseren van de eigen kracht; kortom, het herstellen van de zelfregie, met name bij de extramurale zorg. De rol van de overheid zou hierbij hoofdzakelijk moeten zijn: het stimuleren van zelfregie, het op- en uitbouwen van eigen kracht waar deze ontoereikend is (*empowerment*), en uiteindelijk het bijspringen waar eigen kracht, mantel- en omgevingszorg onvoldoende beschikbaar zijn. Het individu staat hierin centraal en draagt primair de verantwoordelijkheid voor het organiseren van zijn/haar welzijn. De omgeving en de mantel kunnen hulp bieden als zij worden gevraagd of zelf een gebrek aan eigen kracht signaleren. Dit vormt de basis van een nieuwe ordening in de zorg maar biedt ook kansen voor besparingen. In principe is dus het individu organisator van de zorg en kan de overheid hierbij helpen.

Verhalen uit de zorg: Toegankelijkheid voor gehandicapten

Wanneer de overheid mensen met een handicap wil empoweren en hen de mogelijkheid wil geven regie te nemen in het leven, dan is een minimale stap het toegankelijk maken van haar eigen, openbare gebouwen. Nederland loopt niet voorop als het gaat om toegankelijkheid voor gehandicapten. Gelukkig begint de politiek het belang van toegankelijkheid steeds beter in te zien. Nederland gaat het verdrag van de Verenigde Naties (VN) inzake de rechten van personen met een handicap ratificeren en sinds maart 2013 is het gebouw van de Tweede Kamer volledig toegankelijk voor mensen met een handicap.

²⁴ Bij maatwerk horen verschillen tussen mensen, wijken en gemeenten. Dat is niet erg zolang de zorg passend en democratisch gelegitimeerd is. Het wordt een uitdaging voor gemeenten om een manier te vinden waarop de toekenning van zorg maatwerk blijft en tegelijkertijd voldoende consistent en transparant is. Daarbij is willekeur van de overheid onwenselijk en dient tegelijkertijd te worden voorkomen dat een systeem van volledig gelijk afdwingbare rechten ontstaat dat de zorg opnieuw zal doen bureaucratiseren.

Keuze in het zorgaanbod

Op dit moment is de gezondheidszorg nog sterk aanbodgestuurd. In een meer vraaggestuurde aanpak daarentegen staat het individu en diens behoeften centraal. Dit betekent dat, daar waar mogelijk, hij/zij de regie voert over het eigen zorgproces. Daarbij krijgt de zorgbehoevende burger de ruimte de zorg zo te organiseren dat die het meest passend is, maar is hij zich tegelijkertijd bewust van het beroep dat hij doet op de solidariteit in de zorg.

Keuze en concurrentie tussen zorgaanbieders kan een positieve rol spelen bij het leggen van de regie bij de patiënt. Hulpvragers hebben recht op keuze uit het aanbod van zorg. Juist voor een dienst zo ingrijpend en belangrijk als langdurige zorg dienen mensen de vrijheid te hebben een eigen keuze te kunnen maken in de zorg die ze nodig hebben. Ook als niet iedere zorgvrager een bewuste keuze kan of wil maken, is het verstandig keuzes te bieden. De mensen die wél een bewuste keuze maken – al dan niet met hulp van familie, vrienden, coördinator of huisarts – vormen een stimulans voor alle zorgaanbieders om scherp te blijven wat betreft de kwaliteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van hun aanbod. De gemeente kan hier invloed op uitoefenen door ruimte te bieden voor verschillende zorgaanbieders bij aanbestedingen in de zorg. Ook voor kleine innovatieve zorgaanbieders en bijvoorbeeld aanbieders die werken vanuit een bepaalde levensovertuiging moet, binnen de gestelde financiële en kwalitatieve kaders, ruimte zijn. Op dit moment is het beeld dat bij gemeenten voor bijvoorbeeld de thuiszorg juist grote organisaties worden uitgenodigd. Dit lijkt makkelijker en goedkoper op de korte termijn, maar houdt innovatie en dynamiek tegen en kan op de lange termijn daardoor een gemiste kans betekenen. Zorgaanbieders die willen voorsorteren op de transitie in de zorg dienen hiervoor ruimte te krijgen, zolang gemaakte afspraken over kwaliteit en financiën hierdoor niet in het gedrang raken.

Een passend zorgaanbod en samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals en mantelzorgers om te komen tot geïntegreerde zorg worden door de gemeente gestimuleerd. Buiten het PGB om faciliteert de gemeente het contact tussen hulpvrager, coördinator en zorgaanbieder en zorgt dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over de meest effectieve aanpak en het achteraf verantwoorden van de geleverde zorg. Zorgprofessionals krijgen de ruimte om de zorgverlening zelf verder in te vullen.

Spreading en concentratie (laagdrempelige voorzieningen dichtbij huis, complexe voorzieningen geconcentreerd) kan de kwaliteit van zorg verbeteren. De behoefte aan specialisatie en schaalvergroting in de zorg staat echter vaak op gespannen voet met het concept van zorg dichtbij en met keuze en concurrentie in het zorgaanbod. In het bijzonder voor krimpregio's geldt dat de toegankelijkheid van basisvoorzieningen (zoals de huisarts of maatschappelijk werk) bijzondere aandacht heeft. Een goede ontwikkeling waarin een brug geslagen wordt tussen schaalvergroting enerzijds en zorg dichtbij anderzijds, zijn de proeven met de introductie van laagdrempelige, cliëntgerichte wijkcentra, die zowel medische als maatschappelijke zorg en ondersteuning bieden.

Ontschotting door verbinding en ruimte voor de professional

Ontschotting houdt in dat er minder in domeinen wordt gedacht en dat de verbinding tussen verschillende professionals, instellingen en lijnen in het behandelen van de zorgvraag van een patiënt wordt bevorderd. Het is geen doel op zich maar een middel om te komen tot

patiëntgerichte zorg, waarin de zorgbehoevende centraal staat en er effectief en integraal naar zijn/haar ondersteuningsbehoefte wordt gekeken.

Samenwerking en betere afstemming van zorg- en ondersteuningsplannen biedt verschillende mogelijkheden tot verbetering van de zorg, waaronder het eerder en beter signaleren van problemen, het tegengaan van overbodig medicijngebruik en het voorkomen van onnodige medische ingrepen. Bovendien draagt ontschotting bij aan het effectiever gebruik van zorgvoorzieningen, doordat deze meer kunnen worden toegespitst op de behoeften en wensen van het individu. Uiteindelijk kan hierdoor de kwaliteit van zorg stijgen en kunnen de zorgkosten dalen. Met name bij complexe meervoudige problematiek kan ontschotting bijdragen aan efficiëntieverbetering, omdat het risico dat een element van de problematiek onbehandeld blijft, wordt verkleind. Uiteraard dient bij samenwerking en afstemming de privacy van de burger goed gewaarborgd te worden.

De overheid faciliteert samenwerking, brengt partijen bij elkaar, controleert het samenwerkingsproces (zonder over-controle) en dwingt waar nodig af. Dat betekent dat de zorgprofessional en de zorgvrager beiden medeverantwoordelijk worden gemaakt om de zorg binnen de (financiële en kwaliteits-) kaders te organiseren. Zorgprofessionals krijgen meer ruimte en zo wordt onnodige bureaucratie voorkomen. Zorgprofessionals dienen in staat te worden gesteld om deze verantwoordelijkheid op te pakken. Deskundigheidsbevordering is dan ook een belangrijk element, waar de gemeente niet alleen eisen aan mag stellen, maar ook een faciliterende rol in kan spelen.

Om de rol van zelfregie en de rol van de coördinator effectief vorm te geven, is er duidelijkheid nodig t.a.v. wie wat doet en wat onder AWBZ, de Wmo en andere voorzieningen valt. Dit zal ook voor de financiering van gemeenten en regio nodig zijn om duidelijkheid te geven hoe deze rollen in te vullen zijn.

Inzetten op preventie

Een belangrijke functie van de zorg is het voorkomen van erger. Preventie van vraag naar tweedelijns zorg en ondersteuning, maar ook naar andere collectieve middelen (schuldhulp, justitie) is een belangrijke maatstaf voor gemeenten. Omdat het hoogtepunt van de vergrijzing nog voor ons ligt, is preventie bovendien belangrijk om de zorg ook op lange termijn betaalbaar te houden.

Mensen hebben op de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid om met een gezonde levensstijl zorgvraag te voorkomen. De overheid en marktspelers kunnen daarin faciliteren en sturen met gerichte interventies. De definitie van preventie is echter niet eenduidig en vaak blijken interventies gericht op preventie niet effectief of soms zelfs contraproductief (kostenverhogend). Een valkuil is bijvoorbeeld *case-finding*; op zoek gaan naar mensen met een hulpvraag zonder dat zij zelf, of hun omgeving, die vraag hebben geformuleerd. Dat kan nieuwe zorgbehoeften blootleggen maar daarmee de kosten van zorg of de gezonde participatie van mensen onnodig schaden. Overheden doen er dus goed aan af te bakenen wat men bedoelt met preventie (bijv. kosteneffectiviteit of gezondheid).

Preventieve acties die wel effectief zijn kunnen samen met o.a. zorgverzekeraars worden opgezet op specifieke plaatsen of voor specifieke bevolkingsgroepen. Voor het veranderen van een leefwijze volstaat individuele advisering niet altijd, maar kan een vorm van ‘groepsaanpak’ nodig zijn. Waar mogelijk wordt dit met behulp van burens, familieleden en vrienden opgezet.

Juist zij zijn in staat om hun naasten te helpen gezonde keuzes te maken. Effectmeting is noodzakelijk om ineffectieve projecten tijdig te kunnen stoppen. Samenwerking dient te worden gezocht met zorgverzekeraars. Het invoeren van populatiebekostiging in de eerste lijn biedt daarvoor een aanknopingspunt. Investeren in effectieve preventie kan ook de vorm aannemen van het inzetten op gezonde wijken en levensloopbestendig bouwen. Dat past in een toekomstbestendig stelsel, al is het belangrijk deze investeringen niet als zorg te bestempelen.

Vangnet

De overheid kan veiligheid en rechtvaardigheid bieden. De belangrijkste rol voor de (landelijke) overheid in dat kader is het blijven garanderen van zwaardere zorg. De overheid blijft een vangnet bieden voor mensen met een zware en complexe zorgvraag. Er zijn groepen mensen die nooit volledig zelfredzaam zullen zijn en veel zorg en begeleiding nodig hebben: de oorspronkelijke AWBZ-doelgroep (denk aan verstandelijk gehandicapten die niet kunnen praten/lopen etc. of heel zwaar dementerenden). Voor deze groep is terugkeer in de wijk niet reëel en voegt het ook niks toe. Vaak is deze zorg duur en onvoorspelbaar. D66 vindt dat deze mensen recht hebben op onvoorzienbare en onverzekerbare zorg in een kern-AWBZ.

De AWBZ terug naar de kern

Volgens D66 moet er een kern van zorg in de AWBZ blijven als een vangnet voor onvoorzienbare en onverzekerbare ziekten. Het gaat om mensen met een (aangeboren) zware en/of complexe handicap (gehandicaptenzorg), zware ouderenzorg en ernstige geestelijke gezondheidsklachten (langdurige zware GGZ). De financiële lasten van deze zorgvraag zijn zo hoog dat private verzekering vrijwel onmogelijk is en de kwaliteitseisen die aan de zorg gesteld worden zo complex dat enige schaalgrootte nodig zal zijn. Bovendien is de geruststelling dat deze zorg gegarandeerd wordt nu typisch een voorbeeld van de veiligheid die een overheid kan en zou moeten bieden.

Dat maakt dat het waarborgen van deze zorg een blijvende opgave is voor de Rijksoverheid. Het grootste deel daarvan zal het best in een kern-AWBZ georganiseerd kunnen worden, een deel ervan ook in het basispakket van de Zvw, bijvoorbeeld waar de samenhang met de medische zorg cruciaal is of selectieve zorginkoop voor kwaliteit en efficiëntie kan zorgen.

Efficiëntie

Marktmechanismen kunnen worden toegepast waar dit de efficiëntie en kwaliteit bevordert en verspilling en onnodige zorg voorkomt. In de huidige organisatie van de AWBZ is de lage overhead van zorgkantoren bij de uitvoering daarvan aantrekkelijk, maar ontbreken prikkels voor doelmatige en cliëntgerichte zorg. Het potentieel van de markt kan alleen gerealiseerd worden binnen duidelijke randvoorwaarden. Er moet een transparant mechanisme zijn waarbinnen hulpvragers en professionals een keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Zo worden deze geprikkeld tot verbetering en creativiteit. Beleidsmakers dienen zich te realiseren dat bij te veel markt binnen de bureaucratie het gevaar bestaat dat te veel (complexe) regelgeving wordt opgesteld die de beoogde effecten teniet doet.

Toezicht

Wanneer zorgaanbieders zorg verlenen met publiek geld, is er een taak voor de overheid om toezicht te houden. Daarbij dient eerst gezegd dat de primaire verantwoordelijkheid van het goed besteden van zorggeld bij de zorgaanbieder ligt. Ook degene die de zorg gebruikt, heeft een verantwoordelijkheid om aan de bel te trekken wanneer de zorg onnodig, onnodig duur, of

onder de maat is. Waar toezicht op de besteding van geld en de uitkomsten van de zorg bij de overheid ligt, is het wenselijk dat vorm te geven op basis van veel vertrouwen en verantwoordelijkheid bij de aanbieders (high trust, high penalty). Als er meer zorgtaken naar gemeenten worden verplaatst, zouden zij ook meer bevoegdheden moeten krijgen om toezicht te houden. Zorg dient te voldoen aan landelijke eisen en de controle hierop kan door landelijke instanties (bijvoorbeeld de IGZ) gebeuren, maar de eindverantwoordelijkheid voor toezicht en handhaving ligt bij de gemeenteorganisatie en de Gemeenteraad.

3.4 Politieke dilemma’s voor sociaal-liberalen bij het hervormen van de zorg

Een aantal van de keuzes die het bouwen aan een toekomstbestendige zorg met zich meebrengt, kan moeilijke afwegingen vergen van een sociaal-liberaal. We beschrijven deze keuzes beknopt om eenieder die hiermee geconfronteerd wordt mee te geven welke overwegingen een rol spelen. Het doel is niet tot een eenduidig antwoord te komen, maar om rekenschap te geven van de gedachten die bij deze complexe keuzes spelen.

- 1. Het gemeenschapsidee, waarbij familie of vrienden weer meer voor hun naasten moeten gaan zorgen, kan op gespannen voet staan met de emancipatiegedachte waar D66 zo voor strijdt. Een individu de ruimte geven zich te ontplooien en daarbij afstand te nemen van de eigen kring is een groot goed.

Verhalen uit de zorg - De randstedelijke dertiger uit Brabant

Björn is 33, woont in Utrecht en werkt in Amsterdam. Eén of twee keer per maand bezoekt hij zijn ouders in Deurne, soms met zijn vriend, soms alleen. “Ik vind het best leuk om terug te gaan naar Deurne, maar oh wat ben ik blij als ik weer in de trein naar de Randstad zit. Dáár heb ik mijn vrienden, werk en mijn huis. En na mijn *coming out* vond ik er mijn partner.”

Nu zijn ouders ouder worden denkt Björn na over de zorg voor ze. “Ik wil best wat vaker naar Brabant in de toekomst om ze te helpen als dat nodig is. En mijn zus wil dat ook. Maar we kunnen er niet elke dag zijn. Misschien kunnen de burens, de vrienden van m’n ouders bij de bridgevereniging en de zorg in de buurt ook wat meehelpen”.

- 2. D66 spant zich in om het arbeidsaanbod te vergroten. Meer mensen moeten de kans en de prikkel krijgen om aan het werk te gaan of langer te gaan werken. Meer uren per week en meer jaren in een leven. Die participatie is goed voor mensen en voor de economie. Tegelijkertijd wil D66 mantelzorg stimuleren. Waar dat op gespannen voet staat met een groter arbeidsaanbod worden creatieve oplossingen gezocht.
- 3. Aan de ene kant streeft D66 ernaar dat begrippen als waardering en wederkerigheid een groter belang krijgen in de zorg. Daar staat tegenover dat de waardigheid van anderen niet tot last willen zijn ook een plek verdient.
- 4. Als een coördinator namens de gemeente bij een keukentafelgesprek probeert te faciliteren dat de omgeving van de hulpvrager ook informele zorg gaat leveren, bestaat het risico dat vrijwillige relaties tussen mensen onderling verstoord worden. Mensen die in een andere situatie wellicht initiatief hadden genomen kunnen een afwachtende houding aannemen als de overheid het probleem komt oplossen. Het vergt een scherp gevoel van de coördinator en de gemeente om daarin een balans te vinden.
- 5. Een eigen bijdrage voor zorg op basis van inkomen of vermogen is wenselijk vanuit het oogpunt van solidariteit en de betaalbaarheid van zorg. Dit idee is bovendien in overeenstemming met de (helft van de) richtingwijzer ‘deel de welvaart’. Het kan echter nivellerend werken en gaan schuren met de richtingwijzer ‘beloon prestatie’. Ook hier is het zaak een goede balans te vinden in de politieke keuzes.

4 Knelpunten en kansen voor een langdurige zorg volgens D66

Aanknopingspunten binnen de huidige politiek-maatschappelijke verhoudingen

Het huidige Regeerakkoord vloeit voort uit het groeiende besef dat de langdurige zorg hervormd moet worden. De grote lijn van beleid van het huidige Kabinet komt dan ook overeen met de visie zoals hier beschreven. Het Kabinetsbeleid biedt echter onvoldoende ruimte voor flexibele oplossingen door mensen die nodig zijn om de zorg echt te hervormen. De hervormingsbeweging biedt voor D66 zowel op landelijk als op lokaal niveau kansen om te werken aan een toekomstbestendige zorg.

4.1 Aanknopingspunten rapporten

De afgelopen jaren wordt het maatschappelijk debat over de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel steeds nadrukkelijker gevoerd. Verschillende rapporten tonen aan dat het hervormen van de langdurige zorg noodzakelijk en mogelijk is (zie figuur 9).²⁵

De gemene deler in deze rapporten is dat mensen met een beperking langer moeten kunnen meedoen in de samenleving. Meer op eigen kracht, niet met behulp van de AWBZ, maar onder de Wmo. De rol van gemeenten moet worden versterkt in het organiseren van zorg: gericht op preventie, participatie en maatwerk. Van het scheiden van wonen en zorg moet werk worden gemaakt. Alleen zo kan de ongunstige kostenontwikkeling van de AWBZ beheersbaar worden gemaakt.

²⁵ Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief (2006), Uitvoeringstoets Care voor de toekomst (2007), het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ‘Beter zonder AWBZ?’ (2007), het SER-rapport ‘Langdurige zorg verzekerd’ (2008) en het rapport ‘Brede Heroverweging Langdurige zorg’ (2010).



4.2 Politieke vertaling van de hervormingsbeweging in verkiezingsprogramma's

De discussie over de houdbaarheid van de zorg speelde een belangrijke rol in de Tweede Kamerverkiezingen in september 2012. De verwachting is gerechtvaardigd dat het ook één van de belangrijkste thema's zal zijn bij de gemeenteraadsverkiezingen in maart 2014.

Grofweg kan een onderscheid worden gemaakt tussen partijen die de langdurige zorg structureel willen hervormen (D66, PvdA en VVD) en partijen die dit niet willen (PVV en SP). Het CDA kiest ten aanzien van de hervorming van de AWBZ een alternatieve route.²⁶

Overhevelen deel van AWBZ naar Wmo

Een belangrijk onderdeel van het voorgestelde beleid is het overhevelen van de lichtere vormen van zorg van de AWBZ naar de Wmo. Die zorg komt daarmee voor rekening van de gemeenten. Dat biedt mogelijkheden voor maatwerk en zorg dicht bij de burger, maar is toch ook een poging de uitgavengroei te temperen. Op het budget dat naar gemeenten wordt overgedragen, wordt namelijk tegelijk fors gekort.

²⁶ Voor de overzichtelijkheid is gekozen om alleen de grote partijen te vergelijken. Het is lastig de standpunten van de groeiende partij 50 Plus vooraf helder te plaatsen gezien het summiere verkiezingsprogramma. Wel kan vermeld worden dat 50 Plus het eigen risico voor de lagere inkomens wil verlagen en voor de hogere maximeren; het PGB wil behouden; vrijwilligers en mantelzorgers fiscaal wil ondersteunen; toezichthoudende besturen wil laten verkiezen; en ruimte wil voor een discussie over het levenseinde voor mensen in geestelijke nood en de hulpverlening daarbij.

AWBZ

PvdA en VVD kiezen in hun verkiezingsprogramma's van 2012 voor een belangrijke hervorming van de AWBZ: van een sociale verzekering naar een voorziening. Het CDA kiest in haar verkiezingsprogramma voor behoud van de AWBZ als verzekering. De partij introduceert hierbij wel een systeem van vouchers. Een patiënt krijgt afhankelijk van de vastgestelde zorgzwaarte een voucher toegewezen. Alleen de begeleiding wordt als een voorziening bestempeld en naar gemeenten overgeheveld.

AWBZ: een recht of een voorziening?

Op dit moment geldt dat een AWBZ-indicatie de cliënt een wettelijk recht op zorg geeft. Met de overgang van een verzekering naar een voorziening komt die aanspraak te vervallen. Voor het deel van de AWBZ dat naar de Wmo gaat, geldt dat het een voorziening wordt. Voor het deel dat naar de Zvw gaat (en in het basispakket wordt opgenomen) blijft de zorg een recht. Omdat de zorg die in de kern-AWBZ overblijft, past binnen de veiligheid die de overheid moet bieden, kiest D66 ervoor deze als recht te blijven beschouwen. Er zijn wel aanscherpingen in de aanspraak nodig, ook al om de indicatie te verbeteren.²⁷

Een deel van de extramurale zorg (met uitzondering van verpleging en behandeling) wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De gemeente dient op basis van de geïnventariseerde hulpvraag van de individuele burger te bezien wat wel en wat niet voor 'vergoeding' in aanmerking komt. In de buurt wordt de zorg georganiseerd, waarbij gemeenten zelf bepalen of een eigen bijdrage zal worden gevraagd. Grote verandering zal zijn dat dit leidt tot verschillen in zorg tussen mensen (maatwerk), gemeenten (eigen bijdrage) en zorgaanbieders.

Het compensatiebeginsel is de basis waarop gemeenten vrijheid hebben om maatwerk te leveren. Probleem is dat er rechtelijke uitspraken bestaan die dit beginsel vertalen in een recht op zorg (compensatieplicht). Dit betekent dat als de wet niet wordt aangepast op dit punt, er potentieel een enorme financiële strop voor de gemeenten kan ontstaan. Zonder een nieuwe definitie van het compensatiebeginsel kunnen de transities niet goed worden uitgevoerd.

Verschuiving van intra- naar extramuraal

D66, PvdA en VVD kiezen voor het afschaffen van de aanspraak op verblijfszorg (scheiden van wonen en zorg) van de zogenaamde lichte zorgzwaartepakketten²⁸ (1 t/m 3). Dit betekent dat mensen met een licht zorgzwaartepakket niet in een instelling worden opgenomen maar langer thuis blijven wonen. De verantwoordelijkheid voor de zorg van deze mensen komt hiermee onder de Wmo. Ook hier wijkt het CDA af. De partij kiest ervoor om mensen in een instelling de woonkosten zelf te laten betalen en heft daarmee het onderscheid tussen intramuraal en extramuraal op.

Buurtzorg

De PVV en SP kiezen niet voor een hervorming van de AWBZ zoals beschreven, maar voor het leggen van zorg in de handen van een zorgaanbieder, die zorg levert op basis van een vastgesteld budget. De zorgaanbieder bepaalt hoeveel en welke zorg iemand krijgt op basis van enkele

²⁷ Denk daarbij aan het definiëren van de aanspraak op basis van de uitkomst, niet op basis van de input (zoals het aantal uren zorg). Dat laat meer ruimte voor maatwerk, ook binnen de AWBZ.

²⁸ Een zorgzwaarte pakket (ZZP) is een maatstaf voor de zorg die gemiddeld wordt geleverd bij een bepaalde indicatie. ZZP-1 gaat om lichte zorg, ZZP-10 is zeer zware, vaak terminale zorg.

vastgestelde landelijke criteria. PVV en SP kiezen ervoor om deze ‘buurtzorg’ niet onder de Wmo te laten vallen, maar onder verantwoordelijkheid van de landelijke overheid.

Minder begeleiding huishoudelijke hulp

De gemeenten houden bij D66 de helft van het budget over om de afweging te maken welke hulp aan iemand moet worden geboden. De VVD kiest voor het afschaffen van de huishoudelijke hulp en biedt alleen nog compensatie aan gemeenten voor de allerswaarste gevallen (20%). D66 kiest eveneens voor afschaffing, maar compenseert dit voor 50% van de gevallen. Het CDA kiest niet voor afschaffing maar laat mensen de eerste drie uur per week zelf betalen (een reductie van ca. 17% van het budget).

VVD en PvdA laten de aanspraak op begeleiding vervallen. Wel zijn er grote verschillen in compensatie voor gemeenten: de VVD biedt voor 55% compensatie, de PvdA voor 80%. D66 en CDA kiezen voor het optrekken van de norm voor aanspraak op begeleiding: van 60 naar 90 minuten per week.

Eigen bijdrage

Alle partijen hebben ingestemd met de wijziging per 2013 dat niet alleen het inkomen, maar ook het vermogen meetelt in het bepalen van de eigen bijdrage in de AWBZ. Hoewel iedereen het eens is over het uitgangspunt (wie kan draagt zelf meer bij), zal de discussie gaan over de uitwerking van de maatregel voor bepaalde groepen die onevenredig zwaar worden getroffen.

4.3 Kabinetsbeleid

Het Kabinet Rutte II (VVD en PvdA) voelt zich, de geschetste ontwikkelingen in ogenschouw genomen, genoodzaakt om met stevige hervormingsplannen te komen voor de zorg. Dit wordt duidelijk in de inleidende paragraaf van het Regeerakkoord van Rutte II (zie tekstbox).

Regeerakkoord Rutte II, inleidende paragraaf over langdurige zorg

In de langdurige en welzijnszorg willen we de komende periode een omslag maken naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken. Dit betekent dat maximaal aansluiting gezocht zal worden bij wat mensen nodig hebben en wat gemeenten in staat zijn te doen. Ook richten wij de voorzieningen scherper op beschikbaarheid voor mensen, die zich uit eigen middelen geen alternatief kunnen veroorloven. Daarbij geven wij prioriteit aan zorg met een medisch karakter boven zorg met een niet-medisch karakter, omdat mensen bij die laatste vorm van zorg vaker (maar niet altijd) op alternatieven in eigen kring kunnen terugvallen.

Het Regeerakkoord vulde de hervormingen nader in door onder meer:

- De AWBZ om te vormen tot een voorziening voor de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg (vanaf ZZP 5).
- Gemeenten geheel verantwoordelijk te maken voor ondersteuning, begeleiding en verzorging vanuit de WMO.
- De extramurale verpleging (‘de wijkverpleegkundige’) onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars te brengen door het over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.

- De GGZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.
- 25% te korten op het budget voor begeleiding (ruim -1,5 mld jaarlijks) en sterk te bezuinigen op de huishoudelijke hulp (ruim -1,1 mld jaarlijks).
- De ‘lichtere’ zorg tot en met ZZP 4 te extramuraliseren (het wonen niet langer collectief te vergoeden).

Inmiddels is in april 2013 een Zorgakkoord gesloten tussen het Kabinet en een aantal sociale partners. Ook is er door staatssecretaris Martin van Rijn meer invulling gegeven aan de uitgangspunten van het Regeerakkoord. Daarin is besloten om de grote overhevelingsoperatie van de functies ‘begeleiding’ en ‘verzorging’ en de maatregelen ten aanzien van de huishoudelijke hulp uit te stellen tot 2015. Opnieuw worden noodzakelijke hervormingen doorgeschoven. Bovendien gaat het doorschuiven gepaard met een korting van €330 miljoen op de PGB-houders en de instellingen. En de gemeenten moeten hieraan €89 miljoen euro bijdragen.

Het Kabinet is echter ook tot inkeer gekomen bij een flink aantal van haar plannen, mede op aandringen van D66. Het PGB blijft beschikbaar in de Wmo en kern-AWBZ en er is een voornemen voor een PGB bij ‘thuisverpleging’. Dagbesteding blijft in 2014 beschikbaar en er komt meer ruimte om gehandicapten en ouderen met een ZZP 3 en 4 in een instelling te laten wonen als dat echt nodig is. Bovendien blijft de kern-AWBZ een verzekerd recht voor de meest kwetsbare mensen en wordt dit geen voorziening zoals was afgesproken in Regeerakkoord. Daarnaast wordt de omvang van de bezuinigingen op de huishoudelijke hulp verzacht. De voorgenomen bezuiniging van 75% van het budget is teruggebracht naar 40%.

Uit het geschetste sociaal-liberale denkkader en het verkiezingsprogramma van D66 is op te maken aan welke randvoorwaarden D66 een nieuw zorgstelsel zal willen toetsen. De politieke vertegenwoordigers van D66 op lokaal en landelijk niveau werken, ieder binnen zijn eigen verantwoordelijkheid, aan een zorgstelsel op sociaal-liberale grondslag. Een zorgstelsel waarin maatwerk mogelijk is, de bestuurslaag die het dichtst bij mensen staat verantwoordelijk wordt voor ondersteuning en begeleiding en zorgprofessionals de ruimte krijgen. Zo kan de stijging van uitgaven in toom worden gehouden terwijl keuze en eigen regie voor zorgvragers als basis blijft staan.

Bij het verplaatsen van de organisatorische en financiële problemen van de zorgsector naar lagere overheden en de burger, dienen voldoende perspectieven geboden te worden. De hervormingen door Rutte II zijn omvangrijk, gaan snel en confronteren gemeenten met forse kortingen. Nieuw zorgbeleid zal aanknopingspunten dienen te bieden voor nieuwe organisatorische mogelijkheden, zoals integrale indicatiestelling door een coördinerend professional ingebed in de lokale setting, experimenteren met zorgfinanciering, zorgsparen en mogelijkheden voor innovatief wonen en bouwen. Wanneer mensen en organisaties de tijd en mogelijkheden ontberen om de zorgtaken die op hen af komen adequaat en op hun eigen manier op te vangen, kunnen zij in grote problemen komen. Wanneer het Kabinet hierin tekort schiet, dreigt het risico dat mensen tussen wal en schip geraken, in financiële problemen komen en dat medische en sociale problematiek zal toenemen.

Zorgwekkend is ook de combinatie van enorme kortingen en het overhevelen van het budget voor de speciale regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten. In de Zorgverzekeringswet komt een nieuwe aanspraak op thuisverpleging met zowel de functies ‘verpleging’ als

‘verzorging’. Dit terwijl de functie ‘verzorging’ tegelijkertijd bij de gemeenten terecht komt. Dit brengt het risico met zich mee dat gemeenten cliënten die alleen verzorging nodig hebben, gaan afwentelen op de zorgverzekeraars.

Opvallend is verder dat in het Regeerakkoord het woord ‘mantelzorg’ niet één keer genoemd wordt. Dit terwijl informele en mantelzorg in een sociaal-liberaal stelsel een belangrijke rol spelen in de zorg. Het ontbreken van aandacht voor mantelzorg kan mogelijk verklaard worden doordat voor zowel PvdA als VVD vanuit hun verschillende ideologische achtergrond het ontwikkelen van beleid t.a.v. mantelzorg niet meteen voor de hand ligt. De PvdA kiest traditioneel voor een rol voor de overheid (institutionalisering) waarbij de zorg wordt verleend door professionals, terwijl de VVD uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid, waarbij de burger in eerste instantie ondersteuning en zorg zelf regelt zonder dat de overheid daarin een rol speelt. Het laatste onderzoek naar mantelzorgers van het Sociaal Cultureel Planbureau is van 2008. Volgens D66 is nu het moment om opnieuw onderzoek te doen naar de mogelijkheden en grenzen van mantelzorgers en te kijken wat aan de rol van mantelzorgers kan worden gedaan.

4.4 Kansen voor D66 binnen de brede hervormingsbeweging

Het momentum van de brede hervorming van de zorg en de insteek van het Kabinetsbeleid biedt kansen voor D66. Het feit dat de insteek van D66 en Kabinet vergelijkbaar is, betekent dat D66 zowel landelijk als lokaal druk kan uitoefenen om de hervormingen in de juiste richting te sturen zodat de zorg echt kansen biedt op maatwerk en eigen regie zonder dat er mensen buiten de boot vallen.

Landelijke knelpunten en kansen

Het zal een continue uitdaging voor landelijke politici zijn om de verantwoordelijkheden voor de zorg af te staan. Om de omvormingen van de AWBZ te laten slagen, zal het initiatief moeten liggen bij de gemeenten zelf. Dat gemeenten hiertoe in staat kunnen zijn, is al in diverse initiatieven aangetoond. Gemeente moeten meer zijn dan een uitvoeringsorganisatie en hun eigen koers kunnen bepalen. Echte decentralisatie moet centraal staan.

Lokale knelpunten en kansen

Gemeenten krijgen binnen het veranderende zorglandschap een steeds grotere rol toebedeeld. Volgens D66 biedt dit de gemeente de kans meer instrumenten te ontwikkelen voor het bevorderen van gezondheid en welzijn, door het stimuleren van een gezonde leefwijze in een gezonde leefomgeving enerzijds en door het bieden en faciliteren van toegankelijke en kwalitatief hoogstaande zorg en ondersteuning anderzijds. Er zal ruimte zijn voor meer zelfbeschikking, meer ervaren gezondheid, meer zeggenschap en meer onderlinge verbondenheid met de menselijke maat. Dat is voor D66 de inzet voor de komende jaren.

Om die inzet ook daadwerkelijk te realiseren, is het voor D66 wel de uitdaging om in de transitiefase een aantal zaken te bewaken. Temeer omdat de hier beschreven decentralisatie van zorgtaken samenvalt met de decentralisatie van taken op het gebied van werk en inkomen (Participatiewet) en Jeugdzorg. De samenhang van deze decentralisaties biedt de kans op een eenduidiger beleid dat betere dienstverlening en besparingen oplevert. Het vergroot echter ook de kans op problemen in de uitvoering. Bovendien zullen veel gemeenten zich genooddaakt voelen om in de uitvoering van deze taken nauw samen te werken met omringende gemeenten of zelfs te fuseren. Voor D66 is samenwerken of fuseren van gemeenten geen doel op zich. De kwaliteit van de beleidsuitvoering staat voorop. Het is aan gemeenten zelf om te zorgen dat en op

welke wijze deze kwaliteit geborgd wordt. Aandachtspunt is daarbij wel de democratische borging van beleid dat in een samenwerkingsverband van gemeenten wordt gemaakt en uitgevoerd. Voor D66 en andere politieke verenigingen ligt er een belangrijke rol in het zorgen voor afstemming en consistentie tussen bestuurders en volksvertegenwoordigers in de samenwerkende gemeenten. Uiteraard met oog voor de afbakening van de verantwoordelijkheid van bestuurders en volksvertegenwoordigers.

Nieuw beleid zal aan de geldende kwaliteitseisen moeten voldoen. Hierop zal steeds scherp getoetst moeten worden en bestuurders doen er goed aan te blijven zoeken naar voorbeelden van praktijken die beter werken. De cyclus tussen beleid, evaluatie en herziening zal in de komende jaren kort moeten zijn. Via *trial & error* zal het toekomstbestendig beleid boven komen drijven. De *errors* mogen daarbij niet te groot zijn. De kans op verbetering ten opzichte van de huidige organisatie van zorg kan gepakt worden als gemeenten niet op dezelfde wijze de organisatie van zorg ‘dichtregelen’. Het laatste hoofdstuk beschrijft daartoe enkele aanbevelingen.

5 Tien concrete handvaten voor lokale bestuurders en politici

Op naar de gemeenteraadsverkiezingen in maart 2014!

De omvormingen in de zorg bieden meer kansen dan alleen een juridische en organisatorische hervorming en een bezuiniging om de totale uitgaven aan zorg onder controle te krijgen. D66 herkent in deze veranderingen een goed moment om bestaande problemen aan te pakken en te werken aan een toekomstbestendige zorg in alle gemeenten.

De aanloop naar de Gemeenteraadsverkiezingen van 2014 zijn een natuurlijk moment voor politici om ideeën over de zorg te onderbouwen. Onderstaand worden tien concrete en veelal praktische ideeën beschreven als suggestie voor lokale politici, beleidsmakers en zorgverleners die de zorg daadwerkelijk patiëntgerichter en efficiënter maken.

1. Gemeenten, pak de kans om de zorg beter te maken

Zoals genoemd is er een kans voor gemeenten om de zorg aan hun inwoners te verbeteren. Daartoe moeten zij dan wel de ruimte en middelen krijgen. Als er beklemmende landelijk geldende criteria worden opgelegd aan de uitvoering van huishoudelijke hulp en begeleiding, krijgen lokale overheden en politici niet de kans de zorg zo in te richten dat deze het beste past bij lokale behoeften.²⁹ Gemeenten die voorop lopen met innovatieve oplossingen raken de prikkel kwijt hier nog langer tijd en geld aan te besteden en gemeenteraden zullen naar verwachting weinig aandacht besteden aan beleid waarop ze nauwelijks invloed hebben. De kans op passende zorg met een sterk democratisch mandaat gaat zo verloren. Het is dan ook aan gemeenten – zowel zorgverleners die in opdracht van gemeenten werken als beleidsambtenaren en lokale politici – om deze kans te grijpen. Als de overheid dichtbij laat zien dat zij de belofte van beter passende zorg waar kan maken, zal er minder aanleiding zijn voor landelijke politici en beleidsmakers zich te bemoeien met de lokale uitvoering.

²⁹ 'Den Haag moet gemeente loslaten', Thijs Kleinpaste in NRC 9 januari 2013.

Hoe meer aandacht er tijdens de campagne naar de aanpak van de nieuwe zorgtaken door de gemeente gaat, hoe meer vertrouwen en politiek kapitaal er vergaard wordt om de kansen ook daadwerkelijk te verwezenlijken. Het electoraat, lokale media en de volksvertegenwoordiging zullen zich meer verdiepen in de keuzes die gemaakt moeten worden, het draagvlak voor de keuzes kan vergroot worden en de invloed van de Gemeenteraad verstevigd. Daadwerkelijke invloed voor de Gemeenteraad is echter een noodzakelijke voorwaarde voor de realisatie van de hier beschreven ontwikkelingen.

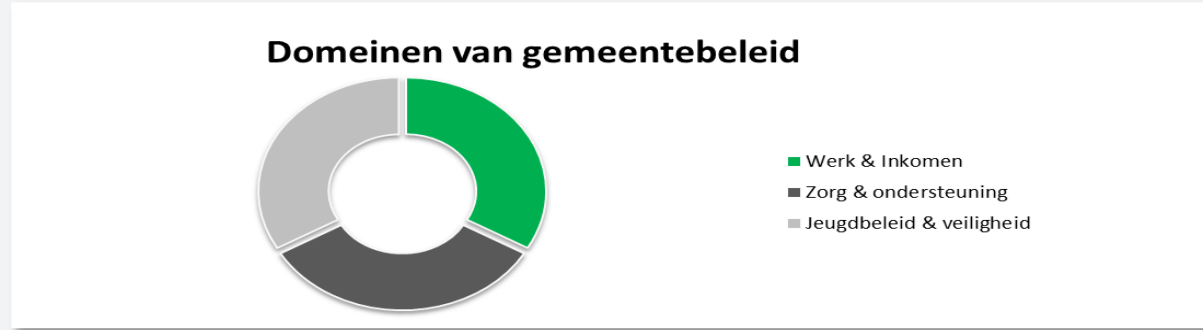
We hebben geconstateerd dat ‘de overheid dichtbij’ de bestuurslaag is die het beste in staat is om een verbinding te maken tussen eigen verantwoordelijkheid en collectieve verantwoordelijkheid. Bovendien heeft de gemeente door de combinatie van verantwoordelijkheden die zij draagt de mogelijkheid een optimale combinatie van zorg, ondersteuning en stimulans te bieden aan haar inwoners met een hulpvraag. Een vermoeden van onvoldoende kwaliteit van zorg of ondersteuning dient door de Gemeenteraad geadresseerd te worden, niet door de Tweede Kamer. De verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering in de zorg ligt immers primair bij de wethouder. De verantwoordelijkheid voor de wet als geheel ligt uiteraard wel bij de Tweede Kamer.

2. Een integrale aanpak werkt beter

De lokale overheid heeft verschillende bevoegdheden en budgetten bedoeld om mensen met een hulpvraag te ondersteunen. Door die domeinen integraal te beschouwen, kunnen passende en effectieve oplossingen gevonden worden.

Samenhang problematiek zorgvragers

We constateerden reeds dat veel mensen die voor zorg in aanmerking komen kampen met verschillende problemen. Zorgmarkt Advies toont in het rapport ‘Integraal willen we allemaal?!’ bijvoorbeeld dat de meerderheid van de mensen in de bijstand meerdere belemmeringen tegelijk ervaren. Het gaat bijvoorbeeld om psychische, fysieke en sociale belemmeringen en daarnaast gebrek aan opleiding of ervaring. De gemeente kan met haar brede verantwoordelijkheden zoeken naar de beste remedie om de belemmeringen het hoofd te bieden. Daarbij moeten de verschillende domeinen van gemeentebeleid integraal worden beschouwd.



Figuur 10: Domeinen van gemeentebeleid

Een integrale aanpak betekent dat budgetten zoveel mogelijk vrij beschikbaar zijn over de grenzen van de domeinen heen. Voor een aanpak specifiek gericht op de hulpvraag dient elke situatie op zijn merites te worden beoordeeld. Een ideale combinatie van ondersteuning, zorg en

stimulans kan beter worden aangeboden als de gelden uit de domeinen werk en inkomen (o.a. WWI, Wajong), zorg en ondersteuning (Wmo), jeugdzorg (WJZ), veiligheid en wonen niet volledig geoormerkt zijn. Een passend aanbod kan dan worden vormgegeven waarbij de diverse regelingen voor een individuele hulpvrager of gezin allemaal ingezet worden voor dezelfde, consistente doelstelling: het versterken van eigen kracht. Concreet betekent dit dat de gemeente streeft naar één loket voor de genoemde wetten en domeinen. Het onderscheid tussen welzijn en zorg wordt onder regie van de gemeente minder strikt. Maatschappelijk werk werkt samen met scholen en veiligheidsteams etc. Bij de bouw van woningen wordt bewust rekening gehouden met levensloopbestendig wonen.

3. Ruimte voor de coördinator

Een integrale aanpak, waarbij echt wordt gekeken welke overheidsvoorzieningen een persoon met minder eigen kracht daadwerkelijk vooruit helpen, kan niet zonder een coördinator. Eén persoon met kennis van de zorg en de overige regelingen die de gemeente biedt, maar vooral met mensenkennis. Iemand die indicaties kan stellen en kan inschatten wanneer de nadruk moet liggen op ondersteuning (door de eigen omgeving, of juist door formele hulp), stimuleren (bijvoorbeeld door het korten van een uitkering) of zorg. De ruimte voor de coördinator is niet onbegrensd. Professionele toetsing tussen collega's moet zorgen voor een permanente prikkel om goede zorg te faciliteren en doelmatig met publiek geld om te gaan. Best practices moeten overgenomen worden, worst practices uitbannen. Eindverantwoordelijk voor zowel de professionele ruimte in de taakomschrijving van de coördinatoren, als de grenzen daarvan is het Gemeentebestuur die deze taak bij voorkeur voortvarend en transparant oppakt.

4. Investeer in de mensen die de zorg tot een succes maken

Het succes van een nieuwe aanpak wordt bepaald door het kaliber van de mensen die de nieuwe zorg maken. Dat begint bij de mensen om wie de zorg draait, de mensen met een hulpvraag. Met aandacht voor de specifieke behoefte van elke hulpvrager, maar ook voor de rol van de mantel en de omgeving, investeren we in een betere zorg en daarmee in de eigen kracht van mensen. Het doel is dat mensen blijven participeren.

De professionele verzorgenden, begeleiders, verpleegkundigen en andere zorgverleners spelen ook een belangrijke rol. Geef zorgprofessionals de ruimte en de verantwoordelijkheid om samen met de zorgvrager te komen tot passende zorg waarbij verspilling en onnodige zorg worden voorkomen. Een groep professionals die een essentiële rol kunnen spelen om de nieuwe zorg tot een succes te maken, zijn de coördinatoren. Zij zijn de mensen die in gesprek gaan met mensen met een hulpvraag. Van hen wordt veel gevraagd: omgaan met verschillende mensen die om ondersteuning vragen, omgaan met de omgeving van die mensen, kennis van een grote hoeveelheid lokale overheidsregelingen en met autoriteit bepalen welke keuzes daarin gemaakt moeten worden. Daarvoor zijn de beste jongens en meisjes van de klas nodig. Gemeenten moeten op zoek naar deze mensen die hun beleid tot een succes maken.³⁰ Ook ambtenaren die het beleid voorbereiden en controleren moeten in staat zijn de juiste keuzes te maken.

Tenslotte de bestuurders en de Gemeenteraad. De investering wordt hier gedaan door de bevolking. Door ervoor te zorgen dat de lokale zorgtaken een belangrijk onderdeel worden in de campagne, door steeds aan volksvertegenwoordigers te blijven vragen hoe zij dit tot een succes gaan maken, dwingen zij de politiek tot het inzetten van de beste mensen. Er ligt hier ook een belangrijke taak voor een politieke vereniging zoals D66.

³⁰ Overigens hoeven coördinatoren niet in dienst te zijn bij de overheid, er kan heel goed gebruik worden gemaakt van organisaties die al lang op deze manier werken en verantwoording afleggen aan de gemeente.

5. Maak succes meetbaar

Nu lokale overheden de verantwoordelijkheid krijgen over nieuwe taken, is de vraag hoe gemeten kan worden of zij dat goed of minder goed doen.

De uiteindelijke meting is de democratische controle op lokale verantwoordelijkheden. Bovendien is meten lastig bij een dienst die zo persoonlijk en ervaringsgebonden is. Het gaat niet om een makkelijk te objectiveren product of dienst, het gaat om de mate waarin de eigen kracht optimaal ondersteund wordt. Succes is daarbij een ideosyncratisch begrip: de uitkomst is bovendien mede afhankelijk van de inzet van een brede groep mensen uit de mantel en de omgeving.

Toch is meten, en vooral vergelijken, waardevol. Om houvast te hebben of gemeenten en hun coördinatoren het goed doen of dat verbetering mogelijk is. Een meting geeft ook een inherente prikkel om zowel de uitvoering van het beleid als de wijze waarop we de uitkomsten (het succes) beoordelen te verbeteren. Bij evaluatie van kwaliteit van zorg en ondersteuning kan gekeken worden naar bestaande meetinstrumenten. Het nieuwe Kwaliteitsinstituut kan mogelijk een rol spelen bij het toepassen en ontwikkelen van effectieve meetinstrumenten.

Desondanks blijft het ook een ideologische vraag wat een goede maat is om succes te meten. Het verdient aanbeveling dat D66 als partij hier nader onderzoek naar doet in opdracht van haar lokale politici. Zo kan een concrete (landelijke) maatstaf voor succes worden gedefinieerd, waarmee in elke gemeente gewerkt kan worden maar ook landelijk vergelijkingen gemaakt kunnen worden. De maatstaf kan precies dat in acht nemen wat sociaal-liberalen belangrijk vinden. We kunnen denken aan een begrip als 'inwoner-tevredenheid' waarin de ervaring van zowel de hulpvrager als zijn of haar omgeving én die van de hulpverleners wordt meegenomen. Daarnaast dient doelmatigheid in acht te worden genomen en kan gebruik worden gemaakt van digitale middelen en overzichten, zoals sociale kaarten.

6. Stimuleer keuze en transparantie

Een interessante methode om keuzes mogelijk te maken en tegelijk zorgaanbieders de mogelijkheid te bieden een zorgaanbod te formuleren dat beter past bij de zorgvraag van een individu, is het eerder genoemde concept van een keuzeplatform.

Een keuzeplatform kan vooral dienen als een praktische methode om vergelijkbare informatie over het aanbod van verschillende partijen boven tafel te krijgen. Bovendien stimuleert het innovatieve vormen van zorgaanbod en is het mogelijk er allerlei randvoorwaarden, zoals kwaliteitseisen, aan te koppelen. Voordeel van een keuzeplatform is dat de cliënt optimale keuzevrijheid heeft, ook uit zorgaanbieders die niet zijn gecontracteerd. Bovendien is het voor nieuwe kleine aanbieders gemakkelijker om op de markt een plek te verwerven. Verhandeling van zorgvragen vindt hier immers individueel plaats. In de uitwerking en ontwikkeling van zo'n keuzeplatform is het noodzakelijk dat de transactiekosten beperkt blijven. Dit kan door het aanbod te automatiseren en bijvoorbeeld te werken met standaard biedschema's. Hoewel individuele zorgvragen individueel worden verhandeld, kunnen de transactiekosten hierdoor beperkt blijven. De uitdaging is wel om indicaties zo te presenteren dat niet opnieuw standaard pakketten met rechten worden samengesteld en maatwerk de norm blijft.

D66 moet er expliciet voor kiezen dat zorgvragers de beschikking krijgen over een persoonlijk budget dat zij naar eigen inzicht kunnen besteden aan zorg en ondersteuning, daarbij gecoacht

door de (onafhankelijke) zorgcoördinator en het eigen sociale netwerk. Dit budget dient aan scherpe voorwaarden te voldoen om fraude en perverse prikkels te voorkomen.

7. Voorkom belangenverstrengeling en perverse prikkels

Een belangrijke voorwaarde voor een systeem dat de beoogde uitkomsten ook daadwerkelijk realiseert, is het organiseren van het publieke belang (macht en tegenmacht) en de afwezigheid van perverse prikkels. Met dat doel in het achterhoofd kunnen volksvertegenwoordigers en overheden bouwen aan een stelsel dat in dienst staat van degene om wie het gaat – de hulpvrager. Er zijn een aantal belangen die in balans gebracht moet worden en een aantal perverse prikkels die voorkomen kunnen worden:

- Voorkom dat coördinatoren en hulpvragers zorg en ondersteuning vormgeven op basis van rechten in plaats van behoeften.
- Borg dat coördinatoren en hulpvragers geprikkeld worden doelmatig en kritisch zorg in te kopen. (Eigen bijdragen, inkoopprikkels coördinatoren en onderlinge toetsing.)
- Expliciteer de dubbelrol van gemeentes (als controleur en verstrekker) en scheid dat belangenconflict zodat de Raad kan controleren.
- Hou rekening met de belastbaarheid van mantelzorgers zodat uitval voorkomen wordt.
- Geef gemeenten en landelijke toezichthouders voldoende bevoegdheden en capaciteit om effectief toezicht te houden op de kwaliteit van zorg en de geldstromen in de zorg – inclusief het opsporen en aanpakken van fraude en oneigenlijk gebruik.

8. Definieer wat effectieve preventie is en stimuleer dat

De baten van preventie in de zorg komen vaak ten goede aan andere partijen dan de gemeente die verantwoordelijk is voor het preventiebeleid. Het voordeel van preventie kan bestaan uit een verminderd gebruik van de tweede lijn – zowel in de curatieve zorg als daarbuiten (denk aan schooluitval, beslag op justitie, schuldhulp, etc.).

Zoals eerder beschreven kan onder het mom van preventie ook een groot aantal kostenverhogende handelingen met onbekende effecten ten laste van zorg komen. Het is dus in het belang van gemeenten dat goed wordt vastgesteld welke preventie interventies effectief zijn, ook op langere termijn. Daarnaast is het in het belang van de profiterende partijen (bijvoorbeeld het Rijk of zorgverzekeraars) dat gemeenten beloond worden voor minder beroep op de tweede lijn. Hier ligt ook een taak voor andere partijen dan alleen lokale politici zoals landelijke politici en zorgverzekeraars, om een systeem te creëren waarin (kosten-)effectieve preventie beloond wordt.

Verhalen uit de zorg: Wethouder sociale zaken

Wim is wethouder sociale zaken en zorg in een gemeente van 16.000 inwoners.

Wim: “We hebben er de laatste jaren flink wat taken bij gekregen op het gebied van zorg. Als gemeente zijn we verantwoordelijk voor huishoudelijke hulp, voor woningaanpassingen en straks waarschijnlijk ook voor begeleiding, jeugdzorg en verzorging. En dat alles voor fors minder geld dan waar het nu voor gebeurt. Dat vraagt veel van een kleine gemeente als die van ons. We zetten de schouders eronder. Voor kleine groepen mensen, bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking, proberen we al samen te werken met onze buurgemeenten. Maar

het is soms ook moeilijk kiezen. We moeten als gemeente ook zorgen voor andere dingen, zoals openbare orde en sportvoorzieningen. Niet al het geld mag naar zorg. En als we het goed regelen, dan plukken het zorgkantoor en de verzekeraar de vruchten. We zouden graag zien dat de verzekeraars wat meer investeren in preventie. Voor wat hoort wat, zou ik zeggen.”

9. Wees creatief met het aanbieden van zinvolle dagbesteding

Dagbesteding is belangrijk vanwege de preventieve werking, de zingeving en vanwege het ontlasten van mantelzorgers. Maar de dagbesteding kan creatiever, nuttiger en beter aansluiten bij behoefte van cliënten en de samenleving. Gezien de komende bezuiniging vergt dat wel een innovatieve aanpak. Het aanbod van dagbesteding kan groter en diverser worden door samen te werken met omliggende gemeentes. Met name voor kleinere gemeenten is dat een oplossing. Een principe achter de participatiewet is het verkleinen van de grens tussen arbeidsmatige dagbesteding en werk. Dat is een voorbeeld van een kans die de hervormingen bieden om een systeem dynamisch te maken.

10. Niets doen is geen optie

De aangekondigde bezuinigingen en hervormingen scheppen kansen om de zorg toekomstbestendiger en menselijker te maken. Maar de veranderingen zullen ook pijn doen. Een zorgstelsel dat niet is gebaseerd op rechten en plichten maar op verbondenheid en betrokkenheid voelt als verbetering, maar het opgeven van verworven rechten voelt voor de betrokkenen ook als verlies. Die constatering zal de noodzaak tot hervormen echter niet wegnemen. D66'ers doen er goed aan vandaag aan de slag te gaan met het werken aan een toekomstbestendige zorg.

D66 zal ook als politieke vereniging een bijdrage kunnen leveren aan een betere zorg. De partijorganisatie kan bestuurders, politici en vrijwilligers die zich bezighouden met de zorg ondersteunen, adviseren en voeden met ideeën, feiten en debat. Omdat de hier genoemde hervormingen ingrijpend zijn en de komende jaren nog volop de aandacht zullen vergen is continue waakzaamheid geboden. De visie die hier is beschreven kan daarnaast verder worden uitgewerkt zodat de praktische implicaties ervan ook hun weg vinden in verordeningen, gemeentelijk beleid en toezicht. De behoefte aan advies en ondersteuning zal de komende tijd blijven bestaan. Er dienen daarom binnen de vereniging netwerken te ontstaan waarbinnen kennis van zorg en ondersteuning en goede voorbeelden van succesvol beleid worden uitgewisseld.

Er is veel te doen. Gemeenten krijgen nieuwe zorgtaken die een stuk complexer zijn dan de huidige functies in de Wmo. De bezuinigingen op de huishoudelijke ondersteuning en begeleiding zijn fors. Daarnaast zorgt het scheiden van wonen en zorg ervoor dat veel cliënten met een forse zorgvraag onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen. Deze veranderingen nopen nu tot planning en actie. Een zorgstelsel dat bouwt en vertrouwt op de eigen kracht van mensen is toekomstbestendig.

Verantwoording

Dit consultatiedocument is tot stand gekomen onder de verantwoordelijkheid van de Permanente Programma Commissie van D66 en de Mr. Hans van Mierlo Stichting. Alle participanten hebben aan dit stuk meegewerkt op persoonlijke titel.

Redactie:

Michiel Verkoulen – Consultant ZorgVuldig Advies

Jan-Willem Verlijdsdonk – Medisch adviseur A12 Ziekenhuizen, Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Bart Geerts – Anesthesist LUMC

Robin de Roon – voorheen clustercoördinator Verzorging en Ontplooiing Tweede Kamerfractie D66

Paut Kromkamp – Voorzitter D66 Thema-afdeling Zorg & Welzijn, consultant PK Working Solutions

Coördinatie

Jieskje Hollander – medewerker programmawerkgroepen Mr. Hans van Mierlo Stichting

Klankbordgroep:

Vera Bergkamp – lid Tweede Kamer, woordvoerder zorg, welzijn en cultuur

Victor Everhardt – wethouder gemeente Utrecht, portefeuilles o.a. volksgezondheid, Wmo

Ad van Vugt – bestuurslid Mr. Hans van Mierlo Stichting

Met speciale dank aan:

Veel dank gaat uit naar Yvonne Hijnen voor haar deskundige advies en waardevolle en prettige input.

Met dank aan:

Een grote groep deskundigen en betrokkenen bij de zorg (al dan niet lid van D66) hebben ons bijgestaan in het formuleren van deze visie. Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun waardevolle bijdrage.

Bronnen

Berenschot, *Drie transities, één perspectief*. 2012

http://www.berenschot.nl/publish/pages/540/abk_drie_transities_een_perspectief_rutte_ii.pdf

Berg B. van den, Ferrer-i-Carbonell A. *Monetary valuation of informal care: the well-being valuation method*, Health Economics 2007

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statline* <http://statline.cbs.nl/statweb/>

Centraal Planbureau, *Keuzes in kaart 2013 – 2017*. 2012 <http://www.cpb.nl/publicatie/keuzes-in-kaart-2013-2017>

D66, *En nu vooruit, verkiezingsprogramma Tweede Kamerverkiezingen 2012*. 2012 <https://www.d66.nl/verkiezingsprogramma/>

Kleinpaste, T., *Den Haag moet gemeente loslaten*. NRC 9 janurari 2013

Mr. Hans van Mierlo Stichting, *Ontschotting: zoeken naar verbinding tussen mensen in de zorg*. 2012 http://site.d66.nl/d66nl/document/ontschotting_in_de_zorg_hvm

Mr. Hans van Mierlo Stichting, *Ordering op orde*. 2011 http://site.d66.nl/kennis/document/ordering_op_orde_2/f=/viohju73isyj.pdf

Mr. Hans van Mierlo Stichting, *Vertrouw op de eigen kracht van mensen*. 2009 http://www.mrhansvanmierlostichting.nl/item/vertrouw_op_de_eigen_kracht_van_2

Nederlandse Zorgautoriteit, *Care voor de toekomst*, 2007 <http://www.nza.nl/104107/105832/139023/Uitvoeringstoets-Care-voor-de-toekomst.pdf>

Nederlandse Zorgautoriteit, *Stand van de zorgmarkten 2012*. 2012 http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_zorgmarkten_2012.pdf

Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*. 2008 <http://www.ser.nl/nl/actueel/persberichten/2000-2008/2008/20080328.aspx>

Sociaal en Cultureel Planbureau, *De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven*. 2008 http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2008/De_ontwikkeling_van_AWBZ_uitgaven

Sociaal en Cultureel Planbureau, *Kwetsbare ouderen*. 2011 http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen

Soeters, M. en Verhoeks, G., *Betere gezondheid, meer participatie, lagere zorguitgaven?!* 2012 <http://www.gezondheidseconomie.org/uploads/documents/263.pdf>

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Beter zonder AWBZ?* 2008 <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/beter-zonder-awbz>

Rijksoverheid, *Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA*. 2012 <http://www.rijksoverheid.nl/regering/Regeerakkoord>

Rijksoverheid, *Naar beter betaalbare zorg, Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven*. 2012
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/15/naar-beter-betaalbare-zorg.html>

Vlind, M. *Zelfregie in de praktijk*. 2012
http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zelfregie%20in%20de%20praktijk.pdf

Zorgmarkt Advies, *Integraal willen we allemaal?!*. 2010
<http://www.zorgmarktadvies.nl/index.php/actueel/28-rapport-integraal-willen-we-allemaal>

Bijlage 1: Regelgeving en financiering van de langdurige zorg

In deze bijlage lichten wij toe hoe de langdurige zorg op dit moment is georganiseerd. De langdurige zorg is in Nederland georganiseerd via een aantal verschillende wetten. De belangrijkste zijn de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), uitgevoerd door de zorgkantoren³¹, en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), uitgevoerd door gemeenten. De Zorgverzekeringswet (Zvw), uitgevoerd door private zorgverzekeraars, is in principe gericht op “op genezing gerichte” (curatieve) zorg en daardoor geen onderdeel van de langdurige zorg.³² Echter, investeringen in preventie door zorgverzekeraars kunnen wel bijdragen aan een betere langdurige zorg.

1. Geschiedenis van de langdurige zorg

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is in 1968 ingevoerd om te voorzien in zorg voor mensen met een langdurige onverzekerbare aandoening, zoals een ernstige verstandelijke beperking of zware dementie. Wanneer iemand verbleef in een zorginstelling, werden ook de niet-medische kosten die samenhangen met de zorg, zoals woonlasten of kosten voor persoonlijke verzorging (zoals voedsel en kleding), door de AWBZ gedekt.

In de loop der tijd is de AWBZ steeds verder uitgebreid. Allerlei vormen van zorg, die wellicht wel privaat verzekeraar waren, werden om verschillende redenen ondergebracht in de AWBZ, bijvoorbeeld verzorgingshuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (in 1996 toegevoegd aan de AWBZ, a.g.v. het voornemen de volledige Ziekenfondswet te laten samengaan met de AWBZ) en thuiszorg (sinds 2003 een AWBZ-aanspraak, daarvoor waren mensen lid van een kruisvereniging).

Door de toegenomen aanspraken stegen ook de kosten. In 1998 bedroegen de totale kosten van de AWBZ-zorg €12,7 miljard (11,2% van het BBP), in 2011 ruim €25 miljard (14,9% van het BBP). De houdbaarheid van de AWBZ kwam hiermee onder druk te staan. In 2007 is daarom besloten om een deel van de AWBZ over te brengen naar de gemeenten. Meer specifiek ging het om de huishoudelijke ondersteuning. Het idee achter deze overheveling was dat gemeenten dichterbij de burger staan, en daardoor beter in staat zijn om de daadwerkelijke behoefte van de cliënt in te schatten. Ook was er samenhang met andere gemeentelijke taken, zoals het doen van woningaanpassingen en lokaal sociaal beleid. Dit is geregeld in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

2. De bekostiging van langdurige zorg

De bekostiging van AWBZ-zorg

De AWBZ is een volksverzekering, die wordt betaald via een afdracht in de loonbelasting. Het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), dat in beheer is van het College Voor

³¹ In beginsel is elke zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor zijn eigen verzekerden. Een aantal administratieve taken zijn per regio wettelijk belegd bij het “verbindingskantoor”. Dit verbindingskantoor wordt uitgevoerd door de grootste verzekeraar in de regio. De zorgverzekeraars hebben gezamenlijk besloten om ook de zorginkoop per regio te leggen bij deze verzekeraar. Zo is de “concessiehouder” of “het zorgkantoor” ontstaan. Deze mandaatconstructie is niet vastgelegd in de wet.

³² Er kan echter wel sprake zijn van samenloop waarin naast AWBZ en/of Wmo ook de Zvw van toepassing is. Bijvoorbeeld een ouder iemand die een heup breekt en tevens verblijft in een verpleeghuis, of een verstandelijk beperkt iemand die bijvoorbeeld kanker krijgt.

Zorgverzekeringen (CVZ), heeft hierin een centrale rol. Zorgkantoren ontvangen voor hun werk een beheerskostenvergoeding, maar beheren zelf geen AWBZ-geld.

Zorgaanbieders ontvangen maandelijks een voorschot uit het AFBZ. De zorgkantoren geven hiertoe een betaalopdracht aan het CAK, dat betalingen verricht uit het AFBZ. Na afloop van een jaar vindt de eindafrekening plaats, de zogenaamde “nacalculatie”. Heeft een zorgaanbieder meer geld ontvangen dan hij zorg heeft geleverd,³³ dan moet hij een deel terugbetalen. Of andersom. Voor een klein deel van de zorg betaalt het zorgkantoor zelf direct de rekening. Het gaat dan om bovenbudgettaire hulpmiddelen, om verkeerde bed-zorg en om zorg die geleverd wordt door ZZP-ers (vanaf 1-1-2013). De zorgverzekeraar schiet deze middelen als het ware voor, en ontvangt later een terugbetaling van het CAK.

De bekostiging van Wmo-zorg

Wmo-zorg wordt betaald uit het gemeentefonds. Hierin is geen sprake van geormerkt geld. De gemeente bepaalt in feite zelf of zij geld uitgeeft aan bijvoorbeeld onderwijs, veiligheid of zorg.

De bekostiging van de Zvw

Voor de Zvw betaald elke inwoner van Nederland een premie aan zijn zorgverzekeraar. Daarnaast is er een werkgeversbijdrage. Zorgverzekeraars concurreren onderling om verzekeren, hetgeen de premies laag moet houden. In de Zvw werkt men met ex ante en ex post risicoverevening: een zorgverzekeraar die veel verzekeren heeft in een hoge risicocategorie (op basis van onder andere leeftijd, postcode en farmacokostengroep) ontvangt hiervoor vooraf compensatie. Achteraf worden bovendien belangrijke verschillen in de kosten die verzekeraars maken gecompenseerd door verzekeraars met minder hoge kosten. Met name op de ex post risicoverevening is veel kritiek omdat dit de prikkel om scherp in te kopen voor zorgverzekeraars vermindert.

Budgettaire zekerheid

In zowel de AWBZ als de Zvw wordt door het Rijk vooraf een budgettair kader bepaald: het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Dit is het maximale bedrag dat het Rijk wil uitgeven aan zorg in een bepaald jaar. Omdat pas achteraf kan worden vastgesteld hoeveel zorg er is geleverd, wordt het BKZ regelmatig overschreden. In de Zvw kan dit pas in het opvolgende jaar worden teruggehaald, door het BKZ voor het opvolgende jaar te korten.

De AWBZ kent een zogenaamd “dubbel slot”. Naast het BKZ wordt in de AWBZ namelijk ook gewerkt met contracteerruimten. De contracteerruimte is als het ware de portemonnee van het zorgkantoor: dit is het maximaal besteedbare budget voor de regio. De zorgkantoren kopen binnen de contracteerruimte zorg in voor alle cliënten in de regio. Wanneer er meer zorg wordt geleverd dan er vooraf is afgesproken of dan past binnen de contracteerruimte, dan wordt die zorg niet betaald. De zorgaanbieders lopen dus een direct financieel risico. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat het BKZ niet kan worden overschreden.

³³ Het budget dat een zorgaanbieder ontvangt bestaat uit 2 delen: een zorgkostenvergoeding en een kapitaalvergoeding voor het vastgoed. Tot voor kort betaalde de staat alle kapitaalkosten van zorgaanbieders, en liepen zij geen risico bij bijvoorbeeld leegstand. Sinds 2012 wordt er geleidelijk een integraal tarief ingevoerd, waarin zowel de zorgkosten als de kapitaalcomponent (de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent of nhc) wordt meegenomen. Op deze manier worden zorgaanbieders geleidelijk aan zelf verantwoordelijk voor hun investeringen in vastgoed. Vanaf 2018 zijn zorgaanbieders volledig verantwoordelijk voor hun vastgoed.

Waar het gemeenten betreft is de financiële zekerheid voor het Rijk het grootst. Tegenvallers in de Wmo-uitgaven moeten door de gemeente zelf worden opgevangen in hun begroting. Vooraf is dus precies duidelijk welke kosten er zijn voor het Rijk.

3. Gebruik maken van langdurige zorg

In Nederland maakten in 2010 ongeveer 800.000 mensen in Nederland gebruik van langdurige zorg (AWBZ of Wmo). Dat is 4,8% van de bevolking. Van deze groep waren er 600.000 aangewezen op langdurige zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zij kregen deze zorg thuis (380.000) of in een instelling (220.000). Nog eens 200.000 mensen ontvingen ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).³⁴

Gebruik maken van AWBZ-zorg

Voor de meeste vormen van AWBZ-zorg is het nodig om een indicatie te verkrijgen. Deze indicaties worden afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of door Bureau Jeugdzorg (BJZ, in geval van kinderen tot 18 jaar met een psychiatrische aandoening).³⁵ Het CIZ/BJZ stelt vast welke soort zorg er nodig is (in functies of zorgzwaartepakketten, zie paragraaf 1.3), hoeveel zorg er nodig is (in “klassen”) en welke zorg door bijvoorbeeld mantelzorgers kan worden geleverd en voor welke periode, en legt dit vast in een indicatiebesluit. Een indicatie geeft de cliënt recht op zorg. De cliënt kan deze zorg afnemen in natura, bij een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder, of in een persoonsgebonden budget (PGB)³⁶.

Er zijn binnen de AWBZ zes grondslagen die recht geven op zorg, natuurlijk in combinatie met eisen rondom de zorgbehoefte en de mogelijkheden van mantelzorgers. Deze grondslagen zijn:

- Psychogeriatrisch (PG); betreft dementieverschijnselen.
- Somatisch (SOM); betreft lichamelijke klachten die gevolg zijn van ouderdom, nauw verwant met de grondslag LG (bij indicatiestelling wordt onderscheid niet altijd goed gemaakt).
- Verstandelijk Gehandicapt (VG); betreft mensen met een beperkt IQ (lager dan 85) in combinatie met andere problemen. Binnen de VG worden – naast de “reguliere” verstandelijk gehandicapten - verschillende doelgroepen onderscheiden:
 - Heeft iemand een IQ lager dan 50 dan wordt gesproken van Ernstig Verstandelijk gehandicapt (EVG).
 - Heeft iemand een IQ tussen 50 en 85 gecombineerd met gedragsproblematiek, dan wordt gesproken van Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG) of van Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG).
- Lichamelijk Gehandicapt (LG); betreft mensen die een lichamelijke beperking hebben, zoals rolstoelgebondenheid. Een grote groep mensen binnen de LG-sector heeft last van Niet Aangeboren Hersenletsel waardoor zij niet in staat zijn hun eigen leven te coördineren.

³⁴ www.zorgatlas.nl/zorg/langdurige-zorg

³⁵ Het afgeven van een indicatiebesluit is in veel gevallen gemandateerd aan zorgaanbieders. Dat betekent dat de zorgaanbieder zelf bekijkt welke zorg de cliënt nodig heeft, en via een Standaard Indicatie Protocol (SIP) –een soort stroomschema met vragen over de zorgbehoefte van de cliënt - tot een indicatie komt. Het CIZ toetst steekproefsgewijs of zorgaanbieders de juiste indicatie hebben gesteld. Voor cliënten ouder dan 80 jaar en cliënten die behandeling ZG nodig hebben, mag de zorgaanbieder zelf een indicatie stellen. Het CIZ toetst dit niet.

³⁶ Het PGB is geen optie wanneer iemand een indicatie heeft voor ZZP's VV9b, LVG 4 of 5, of GGZ B. Wanneer er een indicatie is voor begeleiding wordt een PGB alleen verstrekt wanneer er een indicatie is voor meer dan 10 uur per week (indien van toepassing mogen de indicaties van inwonende familieleden bij elkaar worden opgeteld).

- Zintuiglijk Gehandicapt (ZG); betreft mensen die bijvoorbeeld doof, stom, blind of slechtziend zijn (of een combinatie van deze beperkingen).
- Psychiatrisch (PSY); betreft mensen met een psychiatrische aandoening.

Omdat mensen die gebruik willen maken van de AWBZ altijd een indicatie moeten hebben, valt preventie in principe niet binnen de AWBZ. Hierop zijn twee uitzonderingen: de prestaties “Verpleging Advies, Instructie en Voorlichting (VP AIV)” en “Behandeling Gedragswetenschapper” mogen worden ingezet zonder een indicatie. De zorgaanbieder en het zorgkantoor maken afspraken over waarvoor deze prestaties worden ingezet. Momenteel gebeurt dat bijvoorbeeld voor casemanagement dementie en de inzet van de wijkverpleegkundige.

Cliënten betalen altijd een eigen bijdrage voor het gebruik van AWBZ-zorg. De hoogte van deze eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en het vermogen van de cliënt, en van het zorggebruik. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) berekent de hoogte van de eigen bijdrage en legt deze op aan de cliënt.

Gebruik maken van Wmo-zorg

De Wmo kent 9 zogenaamde “prestatievelden” waarop de gemeente ondersteuning en zorg biedt aan haar burgers. Dit betreft:

1. De leefbaarheid en sociale samenhang in dorpen, wijken en buurten bevorderen.
2. Jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden preventief ondersteunen.
3. Informatie, advies en cliëntondersteuning geven.
4. Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen.
5. Bevorderen dat mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren.
6. Mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem voorzieningen verlenen om hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer te behouden.
7. Maatschappelijke opvang bieden, waaronder vrouwenopvang.
8. Openbare geestelijke gezondheidszorg bevorderen, met uitzondering van psychosociale hulp bij rampen.
9. Verslavingsbeleid bevorderen.

Anders dan de AWBZ kent de Wmo geen recht of zorg, maar een compensatiebeginsel. Elke gemeente bepaalt zelf welke diensten zij aan haar burgers wil aanbieden, waardoor er veel diversiteit is in het aanbod. Grofweg zijn de gemeenten verantwoordelijk voor:

- Woningaanpassingen voor mensen met een beperking
- Maatschappelijke opvang
- Huishoudelijke ondersteuning
- Wijkverpleegkundige zorg (vanaf 1-1-2013)

Gemeenten bepalen zelf hoe de indicatie gesteld wordt. Sommige gemeenten maken daarvoor gebruik van het CIZ. Anderen hebben het gemeenteloket hiervoor ingericht. Wmo-zorg wordt meestal verstrekt in een natura-vorm. Sommige gemeenten verstrekken ook een PGB voor Wmo-zorg.

Gemeenten bepalen zelf of zij een eigen bijdrage willen vragen van cliënten. Indien een cliënt een eigen bijdrage betaalt, wordt deze geïnd door het CAK. Bij het innen van de eigen bijdrage wordt rekening gehouden met mogelijke “samenloop”, wanneer mensen bijvoorbeeld een eigen bijdrage betalen voor Wmo-zorg en voor AWBZ-zorg.

Gebruik maken van Zvw-zorg

Binnen de zorgverzekeringswet maken we onderscheid tussen het basispakket en de aanvullende zorgverzekering. Om gebruik te kunnen maken van Zvw-zorg is in de meeste gevallen verwijzing door een huisarts noodzakelijk. Deze vervult in de Nederlandse zorg een poortwachtersfunctie. Voor sommige vormen van zorg wordt de behandeling alleen vergoed indien de zorgverzekeraar daarvoor vooraf expliciet toestemming heeft gegeven.

Voor Zvw-zorg geldt geen eigen bijdrage. Wel is er een eigen risico, dat onnodig zorggebruik moet tegengaan. Het wettelijk eigen risico bedraagt €350 per jaar, en kan door de verzekerde vrijwillig worden opgehoogd met maximaal €500 per jaar in ruil voor een lagere zorgpremie.

Afbakening

De AWBZ, Wmo en Zvw dekken soms soortgelijke voorzieningen. Zo valt huishoudelijke ondersteuning in principe onder het domein van de Wmo, behalve wanneer iemand een “volledig pakket thuis” afneemt; dan is ook de huishoudelijke ondersteuning onderdeel van de AWBZ-aanspraak.

In het oog van de wetgever is de burger allereerst aangewezen op zijn eigen ondersteuningssysteem (mantelzorg, sociale netwerk). Lukt dat niet, dan kan de burger ondersteuning krijgen vanuit de gemeente (Wmo), en als er echt professionele zorg nodig is, vanuit de AWBZ (en evt. de Zvw). Puur juridisch gezien is de AWBZ echter een zogenaamde “voorliggende voorziening” op de Wmo. Dit omdat de AWBZ recht geeft op zorg en de Wmo niet.

Regelt een gemeente de ondersteuning thuis slecht, dan is er waarschijnlijk een hogere instroom in de AWBZ te verwachten. En andersom: wordt er binnen de AWBZ gestuurd op het afbouwen van verblijfszorg, dan komen er voor de gemeente kosten bij. Voor preventie is in de wet bovendien niemand expliciet verantwoordelijk, waardoor er discussie ontstaat over investeringen en terugverdienmogelijkheden. Dit noemen we schottenproblematiek.

4. Leveren van langdurige zorg

Aan het leveren van langdurige zorg zitten veel regels verbonden. Enerzijds zijn dit regels rondom de kwaliteit en continuïteit van zorgverlening – het gaat immers om een kwetsbare groep mensen - en anderzijds om eisen rondom een efficiënte en doelmatige inzet van middelen. Hieronder schetsen wij kort de eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om langdurige zorg te mogen leveren.

Het leveren van AWBZ-zorg

Wanneer een cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget (PGB), koopt hij zelf zorg in bij een zorgaanbieder naar zijn keuze. Dit kan een professionele partij zijn, maar bijvoorbeeld ook een buurvrouw. De cliënt is in dit geval zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg, en voor de prijs ervan.

Wanneer het gaat om zorg in natura, dan koopt het zorgkantoor deze zorg in. Om AWBZ-zorg te mogen leveren moet een zorgaanbieder beschikken over een WTZi-toelating of een overeenkomst en een productieafspraken met het zorgkantoor.

Een WTZi-toelating:

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) bepaalt wie er AWBZ-zorg mogen leveren. Een WTZi-toelating voor het leveren van AWBZ-zorg wordt afgegeven door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

- Voor extramurale zorg (zorg buiten de instellingsmuren) is er een functiegerichte toelating. Er zijn vijf functies omschreven in de AWBZ: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.
- Voor intramurale zorg (zorg binnen de instellingsmuren) moet de zorgaanbieder daarnaast voor elk bed een aparte toelating aanvragen. Er zijn twee soorten toelatingen: een toelating voor verblijf met behandeling (verpleeghuisbed, behandelinstelling in GZ of GGZ) en een toelating voor verblijf zonder behandeling (verzorgingshuisbed, GVT of RIBW).

Een overeenkomst en productieafspraken met het zorgkantoor:

Het zorgkantoor koopt zorg in bij zorgaanbieders. Hoewel zorgkantoren formeel niet aanbestedingsplichtig zijn, werken zij wel volgens de beginselen van het aanbestedingsrecht. Dat betekent dat de inkoop objectief, transparant en non-discriminatoir gebeurt.

Het zorgkantoor onderhandelt met zorgaanbieders over de producten die zij leveren, en het bijbehorende volume, kwaliteit en prijs. Hieruit volgt een productieafspraken. Voor het maken van productieafspraken zijn partijen gehouden aan de Beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt jaarlijks vast welke producten er binnen de AWBZ kunnen worden geleverd - de zogenaamde “prestaties” – en welk tarief daar maximaal voor mag worden betaald. De productieafspraken wordt vastgelegd in een Budgetformulier, dat jaarlijks voor 1 november jaar t-1 bij de NZa moet worden ingediend.

Productieafspraken voor extramurale zorg: Voor extramurale zorg leggen zorgkantoor en zorgaanbieder in het budgetformulier vast welke prestaties een zorgaanbieder mag leveren, welk volume en tegen welk tarief (meestal lager dan 100% van het maximale NZa-tarief). Binnen elke AWBZ-functie (zie paragraaf 1.3.1) definieert de NZa meerdere prestaties. De indicatie van het CIZ geeft aan op welke functie een cliënt recht heeft, maar niet op welke prestatie. Dat betekent dat een zorgaanbieder de vrijheid heeft om de prestatie te kiezen die het beste past bij de zorgvraag van de cliënt. Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders niet altijd de duurste prestatie kiezen of binnen de geïndiceerde klasse altijd de maximale hoeveelheid zorg inzetten, maken zorgkantoren doelmatigheidsafspraken met de zorgaanbieders. Daarnaast moet de geleverde zorg ook rechtmatig zijn, ofwel er moet een geldige indicatie aan ten grondslag liggen.

Productieafspraken voor intramurale zorg: Productieafspraken voor intramurale zorg vinden plaats in Zorgzwaartepakketten (ZZP's). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ZZP's met behandeling en ZZP's zonder behandeling. Dit onderscheid is gekoppeld aan de eerder genoemde WTZi-toelating (een ZZP die wordt geleverd op een plaats die is toegelaten voor behandeling, is altijd een ZZP met behandeling, en andersom).

Daarnaast zijn de ZZP's opgesplitst naar de verschillende doelgroepen binnen de AWBZ. We kennen grofweg de volgende groepen:

- VV: gericht op de sector verpleging en verzorging. Betreft met name oudere cliënten met de grondslagen PG en/of SOM.
- VG: gericht op mensen met een verstandelijke beperking.
- LG: gericht op mensen met een lichamelijke beperking
- (SG)LVG: gericht op mensen met een verstandelijke beperking en een (ernstige) gedragsstoornis.
- ZG aud: gericht op mensen met een auditieve beperking
- ZG vis: gericht op mensen met een visuele beperking
- GGZ B: gericht op mensen die behandeld worden in een GGZ-kliniek. GGZ B is gericht op mensen die na 365 dagen in een kliniek (ten laste van de Zvw) nog niet uitbehandeld zijn. Er wordt dan gesproken van voortgezet verblijf.
- GGZ C: gericht op mensen die niet meer behandeld worden, maar wel bescherming nodig hebben of een gevaar vormen voor anderen. Vaak is dit verblijf zeer langdurend. Hieronder valt ook opname in het kader van de maatschappelijke opvang.

In alle groepen is er onderscheid tussen beschut wonen en beschermd wonen. In sommige gevallen is er sprake van een besloten afdeling (BOPZ-status). Hiervoor is altijd toestemming van de cliënt of een gerechtelijk bevel nodig. Het CIZ indiceert niet of een cliënt naar een besloten afdeling zou moeten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) controleert of een zorgaanbieder voldoet aan de BOPZ-vereisten.

Het leveren van Wmo-zorg

Voor het leveren van Wmo-zorg bepalen gemeenten de eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. Hierin geldt een grote beleidsvrijheid. Gemeenten bepalen zowel welke zorg zij willen inkopen, als bij wie ze dat doen.

Veel gemeenten maken voor het inkopen van langdurige zorg gebruik van een aanbestedingsprocedure. De zorgaanbieder met het beste aanbod (dat kan zijn de laagste prijs, maar ook bijvoorbeeld de beste kwaliteit, of het grootste werkgebied) wint de aanbesteding en mag zorg leveren. In de afgelopen jaren heeft dit geleid tot forse verschuivingen in het aanbod van huishoudelijke ondersteuning. Was dit vroeger nog vrijwel geheel het domein van thuiszorginstellingen, nu wordt veel zorg geleverd door schoonmaakbedrijven. Er is veel discussie over de “signaalfunctie” die de huishoudelijke hulp heeft als er iets aan de hand is in een huishouden. Een groot aantal gemeenten heeft daarom besloten een iets hoger tarief te betalen voor huishoudelijke hulp, in ruil voor beter geschoold personeel dat deze signaalfunctie ook daadwerkelijk kan invullen.

A background image of pink cherry blossoms in bloom against a clear blue sky. The blossoms are in various stages of opening, with some showing bright yellow centers. The image is slightly out of focus, creating a soft, dreamy atmosphere.

Een sociaal-liberale visie op een toekomstbestendige langdurige zorg in Nederland

Goede zorg is van zeer grote waarde in onze samenleving. De langdurige zorg en ondersteuning in Nederland zijn echter verworpen tot een uitdijend stelsel van rechten en regels. Deze bureaucratisering belemmert maatwerk tussen zorgvrager en de professional. Bovendien is het zorgstelsel ongebreideld gegroeid en is het organisatorisch en financieel onhoudbaar geworden.

Om de zorg toekomstbestendig te maken, is een omslag nodig. D66 streeft naar een zorgstelsel dat uitgaat van de eigen kracht van mensen en de verbondenheid tussen mensen onderling. Dan kan zorg op maat worden geboden, met meer aandacht voor de zorgvrager, meer ruimte voor de zorgverlener en tegen lagere kosten.