

Gemeente en zorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Aanleiding advies	15
2	Het onderwerp van dit advies	16
3	De stand van zaken	19
4	Moet de band tussen gemeente en zorg sterker worden?	23
5	De zorgtaak van de gemeente: conclusie halfweg	25
6	Een toekomstig lokaal gezondheids- en zorgbeleid	28
7	Nadere uitwerking van de Voorzieningenwet	32
8	Koppelings- en sturingsmechanismen tussen Voorzieningenwet en Standaardverzekering	36
9	Toetsing van dit advies	40
10	Gevolgen	42
11	Implementatie	45
	 Bijlagen	
1	Adviesaanvraag rol van de gemeente in de zorg	51
2	Uitgewerkte praktijkvoorbeelden	53
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	63
4	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	71
5	Literatuurlijst	73
6	Overzicht publicaties RVZ	75

Samenvatting

Kernpunten advies

Het probleem

- Mensen met een beperking krijgen te weinig ondersteuning bij hun maatschappelijke participatie. Die ondersteuning is nu deels opgedragen aan de gemeente, deels opgenomen in de AWBZ. Er is niet één verantwoordelijke.
- Gemeenten hebben te weinig bevoegdheden, middelen en ambities om deze ondersteuning tot een succes te kunnen maken. Ook de AWBZ vertoont een aantal tekortkomingen: onvoldoende gericht op maatschappelijke participatie, niet afgestemd op de taken van de gemeente, niet succesvol bij de bevordering van verantwoord gebruik en doelmatigheid.

De oplossing

- Geef de gemeente de integrale verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van maatschappelijke participatie. Alleen zij is in de positie die taak succesvol uit te voeren. Biedt haar ruimte voor specifiek lokaal beleid. Doe dit in de vorm van een Wet ondersteuning maatschappelijke participatie (Womp). Breng daarin onder de bestaande ondersteuningstaken van de gemeente (WVG, Welzijnswet, Wc-pv) en onderdelen van de AWBZ (en de ZFW) die hetzelfde doel hebben.
- Maak van de Womp en de nieuwe standaardverzekering voor ziektekosten één geïntegreerd beleidsproject. Gebruik dat ook om de AWBZ op te heffen: door hem onder te brengen bij de Womp en bij de standaardverzekering.

De aanleiding

De RVZ brengt dit advies uit op verzoek van de staatssecretaris van VWS. Zij vroeg de Raad op 25 februari 2003 welke taken de gemeente in de zorgsector heeft en hoe die taak kan worden gerealiseerd.

De achtergrond

Drie trends in de samenleving zijn van belang. Het aantal mensen met een beperking als gevolg van een ziekte neemt toe. Van hen wonen er steeds meer zelfstandig in de samenleving, dus niet meer in een zorginstelling. Deze mensen willen deelnemen aan de samenleving en hebben behoefte aan steun daarbij. Maatschappelijke participatie vinden zij belangrijker dan zorg.

Het probleem

Deze trends en deze behoefte vinden wij nog niet terug in het aanbod van voorzieningen en in de wetten en regels. Die bieden mensen met beperkingen onvoldoende mogelijkheden om actief aan de samenleving deel te nemen. En dat gebeurt dan ook te weinig. Dat zal moeten veranderen, stelt de Raad vast.

Vier soorten zorg en ondersteuning

De RVZ onderscheidt vier soorten zorg en ondersteuning: welzijnszorg, preventieve zorg, maatschappelijke zorg of te wel ondersteuning en de gezondheidszorg. Het onderscheid zit in het doel. In dit advies concentreert de Raad zich op de maatschappelijke zorg of ondersteuning.

Focus RVZ: de maatschappelijke zorg of ondersteuning

Deze richt zich op het opheffen van beperkingen (als gevolg van ziekte) die mensen ondervinden bij de maatschappelijke participatie. De beperkingen kunnen van lichamelijke, van verstandelijke of van psychische aard zijn. Zij kunnen zich voordoen bij het wonen, het werken, het communiceren en het bewegen. De Raad concentreert zich hierop, omdat nieuwe zorgtaken van de gemeente vooral op dit terrein zullen moeten liggen. De welzijnszorg en de collectieve preventie behoren al tot het takenpakket van de gemeente. De individuele preventie en de gezondheidszorg zijn geregeld in de ziektekostenverzekering.

Welke rol speelt de gemeente op dit moment?

Sprekend over maatschappelijke participatie, welke rol speelt de gemeente daarbij? De gemeente staat van alle overheden het dichtst bij de burger. Zij heeft een brede en integrale verantwoordelijkheid voor het welzijn van haar burgers. Dit welzijn omvat wonen, werken, communiceren en bewegen. Haar positie maakt van de gemeente de natuurlijke regisseur van de activiteiten op deze terreinen. Deze regiefunctie heeft een wettelijke basis in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv), in de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg) en in de Welzijnswet, maar voor de indicatiestelling ook in de AWBZ. Deze wetten dragen de gemeente zorg- en ondersteuningstaken op voor mensen met beperkingen. Dit omvat ook het toegankelijk maken van algemene voorzieningen, zoals voor openbaar vervoer of voor onderwijs. In feite is alleen de gemeente, als lokaal bestuur, bij machte aan de verdere integratie van mensen met beperkingen in de lokale samenleving, gestalte te geven.

Algemene taken en verplichtingen van de gemeente zijn soms van belang voor zorg en ondersteuning

Op terreinen die grenzen aan zorg en ondersteuning speelt de gemeente vaak een belangrijke rol: de sociale werkvoorziening, werk en bijstand, huisvesting. Zij moet de Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken actief in de praktijk brengen. Naast al deze wettelijke taken grijpen gemeenten soms in bij schaarste aan voorzieningen voor gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisartsen). Dat doen zij, omdat zij zich hierop aangesproken voelen, al zijn zij formeel niet verantwoordelijk. Dit alles is voor maatschappelijke participatie van mensen met een beperking van groot belang.

Een conclusie: de gemeente doet al veel, maar het kan beter

Op dit moment heeft de gemeente al een aantal taken op het terrein van zorg en ondersteuning. In de afgelopen jaren zien wij dat gemeenten meer aandacht aan deze taken zijn gaan besteden. Maar: zorg en ondersteuning staan nog niet hoog genoeg op de gemeentelijke agenda. Het kan en moet beter. Immers, de maatschappelijke behoefte is groot en wordt groter.

Waarom de zorgtaak van de gemeente versterken?

Er zijn drie redenen om de taken van de gemeente op het terrein van zorg en ondersteuning te versterken. In de eerste plaats kan alleen de gemeente (als lokaal bestuur) de gewenste, maar nu stagnerende, maatschappelijke participatie van mensen met een beperking een beslissende stoot geven. In de tweede plaats heeft de gemeente q.q. (als openbaar bestuur) te maken met zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld bij de verslavingszorg. In de derde plaats heeft het klassieke Nederlandse financieringssysteem voor de zorg – de ziektekostenverzekering – zijn grenzen. De verzekeringsmarkt kan een aantal collectieve uitdagingen niet aan, die zijn ‘onverzekeraar’.

De gemeente kan het niet alleen

De gemeenten moeten hun inspanningen op het terrein van de maatschappelijke participatie dus intensiveren. Maar zij kunnen dat niet alleen. Zij zijn afhankelijk van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders in hun gemeente, maar zeker ook van de rijksoverheid, als het gaat om geld en bevoegdheden. De problemen die de Raad signaleert ontstaan in het samenspel (of het gebrek daaraan) van deze spelers. Als wij de zorg- en ondersteuningstaak van de gemeente willen versterken, dan moe-

ten wij de blik ook op de andere spelers richten. Dat vraagt om een integrale aanpak.

Drie zware aandachtspunten bij die taakverzwaring

Drie omstandigheden zullen de einduitkomst bepalen.

1. De toekomst van de AWBZ

De RVZ heeft zich steeds op het standpunt gesteld dat de AWBZ deels moet opgaan in de basisverzekering tegen ziektekosten en deels in een wet voor gemeentelijke zorgtaken. Hoe dan ook: de toekomst van de AWBZ is van groot belang voor de zorgtaak van de gemeente.

2. De toekomst van de collectieve zorgverzekering

Wij staan voor een modernisering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Wat komt daarvoor in de plaats, een brede basisverzekering (incl. een deel van de AWBZ, zie 1) of een smalle curatieve standaardverzekering? Ook hier geldt dat politieke keuzen beslissend zijn voor de toekomstige zorgtaak van de gemeente.

3. De toekomst van de collectieve verantwoordelijkheid

Moet al hetgeen nu collectief is gefinancierd in AWBZ, ZFW etc., collectief gefinancierd blijven of is een grotere individuele verantwoordelijkheid (een private, aanvullende verzekering dan wel eigen betalingen) mogelijk en wenselijk? Zijn de collectieve verzekeringen houdbaar, gegeven de forse kostenstijgingen? Het politieke antwoord op deze vragen vormt een randvoorwaarde voor de toekomstige gemeentelijke zorgtaak.

Hoe ziet de toekomstige zorgtaak van de gemeente er uit?

De toekomstige taak van de gemeente moet voortvloeien uit het toekomstig lokaal gezondheids- en zorgbeleid. Dat is gericht op de ondersteuning van mensen met een beperking bij hun maatschappelijke participatie, maar ook op collectieve preventie en op jeugdgezondheidszorg. Op deze laatste twee gaat de Raad in dit advies niet in. Het lokaal welzijnsbeleid en de nieuwe Standaardverzekering tegen ziektekosten flankeren het lokaal gezondheids- en zorgbeleid dat vier taken omvat:

- bescherming bevolking tegen gezondheidsrisico's (oude taak);
- bevordering toegankelijkheid algemene voorzieningen (formalisering oude taak);
- borging kwaliteit en toegankelijkheid voorzieningen voor ondersteuning bij maatschappelijke participatie (deels oude, deels nieuwe taak);
- ketenregie in lokale zorg- en preventieprocessen (uitbreiding en formalisering oude taak).

Is een (nieuwe) wet voor deze taken nodig?

Er zijn voor de RVZ drie redenen om voor een wettelijke grondslag van deze taken te pleiten:

- die is nodig om een actief lokaal gezondheids- en zorgbeleid robuust te kunnen instrumenteren;
- het faciliteert een regiefunctie van de gemeente bij schaarste of marktfalen;
- het biedt een vehikel voor territoriale decentralisatie van zorgtaken, voor overheveling van AWBZ-zorgaanspraken en voor heldere centrale kaderstelling hierbij.

Welke taken zou de wet moeten regelen?

De RVZ stelt voor in de wet die de toekomstige zorg- en ondersteuningstaken van de gemeente regelt het volgende op te nemen.

1. *Uit de Welzijnswet*: de op maatschappelijke participatie en –opvang gerichte voorzieningen, te weten een deel van de ambulante verslavingszorg, het algemeen maatschappelijk werk, sociale pensions en andere opvang, voorzieningen voor ouderen en gehandicapten, zoals tafeltje dekje en alarmering.
2. *Uit de Wvg*: alle voorzieningen (woningaanpassing, vervoer, rolstoelen).
3. *Uit de Wcpv*: alle taken en onderdelen.
4. *Uit de AWBZ*: de op maatschappelijke participatie en –opvang gerichte onderdelen van de zorgaanspraken huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf en vervoer. Focus: de ondersteuning van het zelfstandig wonen en de zorg aan huis.
5. *Uit de ZFW*: de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen en vervoersfaciliteiten.

In een achtergrondstudie werkt de RVZ dit verder uit.

Een outline van de nieuwe wet

In een aparte achtergrondstudie beschrijft de RVZ de nieuwe wet. De Raad stelt voor deze de Voorzieningenwet te noemen. De wet heeft als doel het bevorderen en ondersteunen van zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen. Daartoe bevat de wet robuuste, d.w.z. toetsbare, omschrijvingen van voorzieningen. De gemeente voert de wet in medebewind uit en wel als zorginkoper met zorgplicht. Maar de wet biedt de gemeente wel voldoende vrijheid om lokaal beleid te ontwikkelen en uit te voeren. Voor indicatiebeoordeling en zorgtoewijzing is de gemeente verantwoor-

delijk. Zij loopt hierop ook het financieel risico. Een onafhankelijke, professionele indicatiestelling, in de vorm van een advies, is gewenst, maar niet verplicht (voor de gemeente). Wel bevat de wet een aantal vormvereisten voor indicatiestelling. De rechter kan daaraan toetsen. De verplichting een regionaal indicatieorgaan (RIO) in stand te houden kan vervallen. De wet bevat de verplichting een lokaal gezondheids- en zorgplan te ontwikkelen dat (ook in geografisch opzicht) aan een aantal eisen moet voldoen. Hetzelfde geldt voor de instandhouding van GGD'en.

De financiering van de kosten, verantwoording, toezicht, bezwaar

De financiering van de met de uitvoering van de gemeentelijke taken gemoeide kosten verloopt via het gemeentefonds. Het financieel risico berust, zoals gezegd, bij de gemeente. De wet biedt de burger een keuze tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget (PGB). Bij zorg in natura is de gemeente zorginkoper, bij PGB uitkeringsorgaan (in beide gevallen ook claimbeoordelaar). PGB moet op termijn de dominante bekostigingswijze worden; een deel van de voorzieningen (vooral infrastructurale) is echter blijvend op zorg in natura-bekostiging aangewezen. Het toezicht op de uitvoering van de wet berust bij de provincie. Gemeenten ontwikkelen in eigen kring een systeem van openbare benchmarking. Zij zijn namelijk verantwoordelijk voor het resultaat van het lokale netwerk van de zorgverleners op hun terrein. De NPCF, de Gehandicapten en Chronisch Ziekten Raad en de Consumentenbond moeten hun verantwoordelijkheid nemen en zijn een actieve countervailing power voor de burger. De rechtszekerheid en – gelijkheid van de burger is ten aanzien van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de voorzieningen in kwestie met de Algemene wet bestuursrecht adequaat geborgd.

De nieuwe Voorzieningenwet en de nieuwe Standaardverzekering zijn complementair

Naast de nieuwe Voorzieningenwet staat, in de optiek van de RVZ, een nieuwe Standaardverzekering tegen ziektekosten. Deze twee collectieve arrangementen hebben goed van elkaar te onderscheiden doelen, respectievelijk:

- voorkomen van collectieve gezondheidsrisico's, het beschermen van gezondheid en het bevorderen van maatschappelijke participatie (de Voorzieningenwet);
- voorkomen, herstellen en draaglijk maken van ziekte op individueel niveau (de Standaardverzekering).

Ook de bij deze doelen behorende voorzieningen zijn goed van elkaar te onderscheiden. De Raad somt deze voorzieningen (c.q. aanspraken) in een achtergrondstudie op. Desondanks zijn de twee wetten complementair en is er een overgangsgebied. Dit is onvermijdelijk, maar ook gewenst. Met behulp van financiële incentives moet de rijksoverheid samenwerking tussen de uitvoerders van de twee systemen – gemeenten en verzekeraars – bevorderen en afwentelingsgedrag ontmoedigen. Mogelijkheden zijn een centraal stimuleringsfonds voor innovatie gevoed met een deel van het beschikbaar budget, wederzijds verhaalrecht bij afwenteling en gemeenschappelijk gefinancierde c.q. ingekochte ‘tussenvoorzieningen’. De juridische grondslag hiervoor vormt een convenant tussen verzekeraars en gemeenten, tot stand gekomen onder regie van de rijksoverheid.

Wat zijn de gevolgen van dit advies en: lost het problemen op?

Dit advies bevat de voorwaarden waaronder bestaande problemen voor mensen met beperkingen effectief kunnen worden aangepakt. Hun nu nog niet goed verlopende maatschappelijke participatie zal door de gemeente gericht ter hand genomen kunnen én moeten worden. De gemeente gaat deze taak uitvoeren, gesteund door een robuuste wet die haar ruimte geeft voor lokaal beleid en lokale oplossingen. Toch biedt de wet in combinatie met de Awb en de Wet gelijke behandeling de burger ook voldoende rechtszekerheid (zorgplicht gemeente). De kwaliteit en de toegankelijkheid van de voorzieningen voor zorg en ondersteuning kan worden gegarandeerd.

Grote voordelen voor mensen met beperkingen zijn verder dat nu kansen ontstaan op werkelijke samenhang in de lokale situatie van voor hen belangrijke voorzieningen: voor wonen, voor werken, voor communiceren, voor bewegen. Ook zal duidelijker zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en dus aanspreekbaar. Belangrijk: de verzekeraar en de gemeente zijn naar doel en taak goed van elkaar te onderscheiden. De desondanks optredende en ook noodzakelijke complementariteit (het blijven zorgketens!) is belegd met prikkels tot samenwerking. De gemeente is straks de onomstreden regisseur van ketens voor zorg en ondersteuning, gericht op maatschappelijke participatie. En zij krijgt in die rol ook de bevoegdheden die nodig zijn om anderen (verzekeraars, zorgaanbieders) ter verantwoording te roepen. Een ander positief gevolg van dit advies kan zijn dat er condities zullen ontstaan voor verantwoord kostenmanage-

ment (via het gemeentefonds, maar ook door middel van een substantiële aanvullende verzekering op particuliere basis; over eigen bijdragen heeft de Raad zich al eerder positief uitgesproken). Ook zal helder worden wie verantwoordelijk is voor de indicatiebeoordeling en voor de zorgtoewijzing, namelijk de gemeente (als uitkeringsinstantie voor de PGB'en en als zorginkoper).

Tenslotte zal de administratieve lastendruk omlaag kunnen gaan als de voorstellen in dit advies werkelijkheid zouden worden: minder wetten, minder regels. Zo zouden RIO's en zorgkantoren verdwijnen.

De implementatie van dit advies

De Raad beveelt aan drie veranderingslijnen samen te brengen in een groot beleidsproject met een zware managementstructuur: de Standaardverzekering, de modernisering van de AWBZ en de Voorzieningenwet. Dit beleidsproject moet het kabinet in vier stappen uitvoeren.

1. Bepalen van het karakter van de Standaardverzekering: een brede basisverzekering of een smalle (curatieve) Standaardverzekering. Deze beslissing moet samenvallen met een beslissing over de inrichting van de Voorzieningenwet én over de toekomst van de AWBZ.
2. Aanwijzen van de ('nieuwe') WVG als de carrier voor de toekomstige gemeentelijke taken op het terrein van de ondersteuning van de maatschappelijke participatie. De WVG doet in eerste instantie dienst als aangroeiwet ten behoeve van de overheveling van ZFW- en AWBZ-taken naar de gemeente. VWS definieert in dit aangroeimodel ijkpunten en –momenten.
3. Instellen van een overgangsregime voor stap 2 van vijf jaar waarin rijk en gemeente, vooralsnog in het kader van een brede doeluitkering, een veranderingsprogramma uitvoeren: doelen bepalen, noodzakelijke budgettaire ruimte vaststellen, verantwoordingsmodel ontwerpen (in samenwerking met de klant), de noodzakelijke competenties van gemeenten benoemen én ontwikkelen (nieuwe rol GGD), een stimuleringsfonds voor innovatie van lokale ketens ontwerpen (in overleg met verzekeraars).
4. Tenslotte kan de Wcpv opgenomen worden in de Voorzieningenwet (en ontstaat de basis voor een lokaal gezondheids- en zorgplan), kan gezien worden of de rest van de Welzijnswet ook in deze wet kan worden opgenomen en kan desgewenst de Wvg omgebouwd worden tot Wet maatschappelijke zorg of ondersteuning.

Tenslotte

De Raad gaat er vanuit dat dit grote beleidsproject budgettair neutraal kan verlopen over de hele doorlooptijd. Per saldo zijn er plussen, maar ook minnen. Verder gaat de Raad uit van een brede Basisverzekering. Kiest het kabinet voor een smalle curatieve Standaardverzekering, dan zal het grootste deel van de AWBZ daarin geen plaats kunnen krijgen. Het gaat dan om de langdurige en intensieve intramurale zorg voor psychiatrische patiënten en voor gehandicapten. De voorzieningen voor deze patiënten zouden, vindt de Raad, in een rijksregeling moeten worden ondergebracht. De woon-, ondersteunings- en verzorgingselementen kunnen gaandeweg naar de gemeente worden overgeheveld. Alle andere AWBZ-zorgaanspraken kunnen een plaats krijgen in een smalle Standaardverzekering (onder meer op verpleeghuiszorg en thuiszorg), dan wel in een Voorzieningenwet.

1 Aanleiding advies

Aanleiding dit advies uit te brengen is een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van VWS (bijlage 1). Uitgangspunt daarin: de rol van de gemeente in de zorg moet worden versterkt. Omdat dit noodzakelijk is voor de verdere ontwikkeling van ‘community care’ en van ‘zorg in de buurt’. En, omdat nu juist de gemeente in staat is welzijn, preventie en zorg met elkaar te verbinden, als dat nodig is. Twee vragen legde de Staatssecretaris de RVZ voor:

- wat is de mogelijke en wenselijke rol van gemeenten hierbij?
- welke instrumenten zijn nodig om die rol te versterken?

De Raad deed in eerdere adviezen uitspraken over ‘gemeente en zorg’. In bijlage 2 zijn deze uitspraken samengebracht. Zij vormen het fundament voor dit advies, dat verder gebaseerd is op vele gesprekken met deskundigen, op literatuurstudie en op samenwerking met de Raad voor openbaar bestuur (Rob) en met de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). De onderbouwing van dit advies treft u aan in een afzonderlijke publicatie: Achtergrondstudies en onderbouwingen bij het advies Gemeente en zorg. Bijlage 3 bevat meer informatie over de adviesvoorbereiding.

De Raad richt in dit advies ook het oog op het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de plannen van het kabinet op dat vlak. Argument: tussen het verzekeringsstelsel en de gemeentelijke taken bestaat overlap en dus (gewenste en ongewenste) substitutie. Bovendien moet men zich realiseren dat het lokaal bestuur in de praktijk de laatste schakel in de keten van welzijn, gezondheid, werk en inkomen vormt. En in die positie is hij regelmatig de achtervanger in een veld, voornamelijk bezet met private spelers. Veranderingen in de ziektekostenverzekering (Standaardverzekering, AWBZ, aanvullende verzekering) hebben ongetwijfeld gevolgen voor gemeenten.

1.1
De RVZ beantwoordt twee vragen

1.2
Basis advies: eerdere uitspraken RVZ, literatuur, gesprekken etc.

1.3
Dit advies moet óók over de ziektekostenverzekeringen gaan

2 Het onderwerp van dit advies

In dit advies ligt het accent op de zorg aan mensen met een ernstige beperking. Een beperking is een moeilijkheid bij de uitvoering van een activiteit (bijvoorbeeld lopen) die het gevolg is van een stoornis of ziekte. De Raad concentreert zich op activiteiten die beslissend zijn voor het als burger leven in en (actief) deelnemen aan de samenleving: maatschappelijke participatie of, zo men wil, community living. Bij het schrijven van zijn advies heeft de Raad vier vitale activiteitengroepen op het netvlies: het (zelfstandig) wonen, het (gestructureerd) werken, het communiceren (met andere mensen) en het (doelgericht) bewegen.

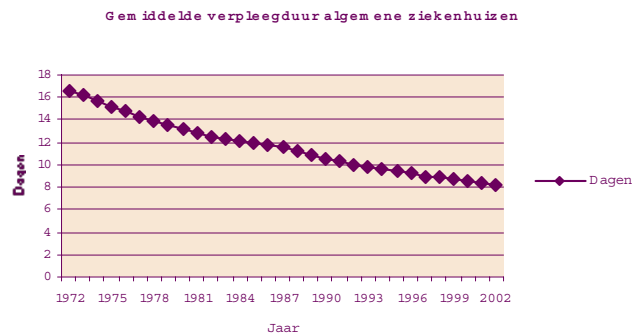
Het aantal mensen met een beperking neemt toe. Oorzaken: vergrijzing en chronische ziekten. Maar ook het aantal mensen levend met een beperking in de samenleving (dus buiten een zorginstelling) neemt toe. Oorzaak daarvan: de behoefte van mensen om zolang mogelijk zelfstandig te leven, maar ook een algemene trend in de samenleving gericht op maatschappelijke participatie ('meedoen'). Daarnaast willen mensen keuzemogelijkheden tussen wonen in de samenleving en, als dat niet meer lukt, wonen in een zorginstelling. Dit heeft gevolgen voor het aanbod van zorg. De onderstaande grafiek en tabellen 1-4 tonen deze veranderingen.

2.1

Dit advies gaat over zorg aan mensen met een beperking

2.2

Méér mensen met een beperking. En zij willen zelfstandig leven



Tabel 2.1: Ontwikkeling productie in algemene ziekenhuizen 1998-2001

Parameter	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	100	94	90	87
Verkeerde beddagen		100	109	115
Dagverplegingdagen	100	105	112	126

Bron: Brancherapport cure 98-01. Bewerking RVZ.

Tabel 2.2: Ontwikkeling ligduur verrichtingen

Verrichting	2000	2001	2002
Cataract operatie	1,3	1,2	1,1
Totale heupprothese	14,6	13,4	12,2

Bron: Prismant, 2003.

Tabel 2.3: Ontwikkelingen voorzieningen ouderenzorg 1998-2001, geïndexeerd 1998

Aantal patiënten	1998	1999	2000	2001
Totaal intramuraal	100	99	99	99
Semi en extramuraal verpleging en verzorging	100	121	141	207
Semi en extramuraal verpleging en verzorging, thuiszorg	100	105	112	127

Bron: Ministerie van VWS, Zorgnota 2003. Bewerking RVZ.

Tabel 2.4: Ontwikkelingen voorzieningen verstandelijk gehandicapten 1985-1995, geïndexeerd 1985

Aantal plaatsen	1985	1990	1995
Intramurale voorzieningen	100	103	110
Semi-murale woonvormen	100	122	148
Dagvoorzieningen	100	109	117

Bron: CBS 2003. Bewerking RVZ.

Er zijn vier soorten zorg.

- De 'welzijnszorg' die zich richt op het bevorderen van de condities voor een normaal en goed leven voor iedereen.

2.3

De zorgsector bestaat uit vier soorten zorg

Van het laatste kan community living voor mensen met een beperking deel uitmaken. Welzijnszorg omvat voor hen het toegankelijk maken van algemene voorzieningen (voor vervoer, onderwijs etc.), het beïnvloeden van de samenleving en het treffen van noodzakelijke specifieke voorzieningen (werk, opvang etc.). Deze zorg richt zich op de bevolking.

- De 'preventieve zorg', die zich richt op het voorkomen van stoornis en ziekte en op het voorkomen van verergering daarvan. Preventie kan zijn gericht op een potentieel of op een actueel risico. Naast voorkomen van ziekte en stoornis, zijn doelen de bescherming en de bevordering van gezondheid.
- De 'maatschappelijk zorg' of 'ondersteuning', die zich richt op het te niet doen of het verzachten van beperkingen die mensen ondervinden bij de maatschappelijke participatie. Zorginterventies zijn verzorging, begeleiding en activering van individuen of groepen. De zorg omvat mede de beschikbaarstelling van diensten en voorzieningen, die de gevolgen van de beperking moeten verminderen.
- De 'gezondheidszorg', die zich richt op het herstel van een ziekte of stoornis, op het draaglijk maken van de directe gevolgen daarvan, dan wel op het verlichten van lijden. Zorginterventies zijn behandeling en verpleging van individuen.

Binnen dit zorgdomein richten wij het focus op de derde soort zorg: die aan mensen met een beperking. Zij is in principe individu- of groepsgericht. Wij gaan er vanuit dat deze zorg in de praktijk meestal een zogenoemd CSLM-karakter moet hebben: continu, systematisch, langdurig en multidisciplinair. Het CSLM-karakter impliceert keten- en netwerkvorming die zich kan uitstrekken tot de drie andere zorgsoorten. Wij concentreren ons op de zorg bij complexe en blijvende beperkingen, waarop de gezondheidszorg (zorgsoort 4) geen antwoord (meer) heeft. De beperkingen kunnen van lichamelijke (inclusief zintuiglijke), van verstandelijke en van psychische (inclusief psychosociale) aard zijn.

2.4

Focus op de maatschappelijke zorg of te wel: ondersteuning maatschappelijke participatie

Met een paar praktijkgevallen kunnen wij de zorg, die in dit advies centraal staat, tot leven brengen. Deze zijn in de achtergrondstudies en onderbouwingen opgenomen (nr. 2).

2.5

Praktijkvoorbeelden

3 De stand van zaken

Voor de ‘maatschappelijke’ zorg uit 2.3 zijn vier “beleidsmakers” van belang.

- De *rijksoverheid* heeft de grondwettelijke plicht de toegankelijkheid en de kwaliteit van noodzakelijke zorg te borgen voor alle burgers. Verder creëert de keuze voor een sociale verzekering een recht op zorg. Randvoorwaarden zijn betaalbaarheid en doelmatigheid. Zij creëert de condities waaronder decentrale, deels private, spelers vraag en aanbod op lokaal of regionaal niveau kunnen afstemmen. Zij gebruikt hiervoor territoriale decentralisatie en een collectieve ziektekostenverzekering (functionele decentralisatie). In toenemende mate laat de rijksoverheid deze decentralisatieugels vieren. Daarvoor in de plaats komen kaderstelling, toezicht en verantwoording.
- De *gemeente* vormt (met de provincie) in de keten van openbaar bestuur het lokaal bestuur. Haar verantwoordelijkheid is verankerd in de Gemeentewet, de Welzijnswet en een aantal meer specifieke wetten. Op lokaal niveau is de gemeente, voor haar burgers, een natuurlijke regisseur van welzijn, preventie en zorg gericht maatschappelijke participatie. Als regisseur heeft zij plannende en inkopende bevoegdheden. Zie verder de achtergrondstudie van Putters en van De Lint (nrs. 4 resp. 5).
- De *zorgaanbieder* reageert op een maatschappelijke vraag door zorgaanbod te genereren. In dit advies gaat het dan om zorg die tot het collectief domein behoort. Dit maakt dat de zorgaanbieder een bijdrage levert aan de borging van het publiek belang, hoewel zijn identiteit een privaatrechtelijke is. Zijn gesprekspartner is de zorgconsument met wie hij (op diens initiatief) een behandelingsovereenkomst is aangegaan. Voor de financiering van zijn exploitatielasten is de zorgaanbieder primair aangewezen op een overeenkomst met een zorgverzekeraar en in een beperkt aantal situaties met een gemeente.
- De *zorgverzekeraar* (uitvoerder van Ziekenfondswet en AWBZ) biedt de burger, namens de rijksoverheid, de mogelijkheid zich collectief te verzekeren tegen de financiële risico’s van ziekte. De zorgverzekeraar werkt in de traditie van de functionele decentralisatie. Hij heeft een zorgplicht en koopt voor zijn verzekerden op de zorgcontracteringsmarkt zorg in bij zorgaanbieders. Dit is een civielrechtelijk arrangement binnen het publiekrechtelijk kader

3.1

Rijksoverheid: schept condities voor decentrale afstemming vraag en aanbod

Gemeente: regisseur van maatschappelijke participatie

Zorgaanbieder: genereert zorg t.b.v. de zorgconsument

Zorgverzekeraar: koopt voor zijn verzekerden zorg in

van een verplichte, wettelijke ziektekostenverzekering. Dit kader bepaalt de rijksoverheid, die de private verzekeraar langs de weg van de functionele decentralisatie aanstuurt. De verzekeraar is op twee markten actief: op de zorgcontracteringsmarkt en op de verzekeringsmarkt.

Richten wij de blik op de rol van de gemeente, dan zien wij het volgende.

- De gemeente staat in 'het huis van Thorbecke' het dichtst bij de burger. Wordt direct geconfronteerd met diens noden en behoeften. Gemeente en burger communiceren daarover. De burger spreekt zijn gemeentebestuur er op aan. Het gemeentebestuur moet verantwoording afleggen over zijn daden. Idealiter is het 'het bestuur van de burgers'. Binnen het openbaar bestuur zoekt men naar wegen dit te versterken, bijvoorbeeld door de band tussen burger en gemeente aan te halen.
- De gemeente heeft een brede regieverantwoordelijkheid voor het welzijn van de burger. Dat omvat wonen, werken, communiceren en bewegen. Gezondheid en zorg behoren tot de essentiële voorwaarden voor het functioneren op die vier terreinen. Zij heeft dan ook te maken met gezondheid en zorg. De rol van de gemeente brengt met zich mee dat zij namens haar burgers voorzieningen of diensten kan inkopen.
- De gemeente heeft een territoriale taak, is dus verantwoordelijk voor alle burgers in haar bestuurlijk territorium. Dit kan collectieve en preventieve actie vereisen en die kan ook op gezondheid en zorg zijn gericht.
- Naast lokaal bestuur, kan de gemeente, in medebewind of autonoom, uitvoerder van rijksbeleid zijn.

In de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 3) heeft de Raad de rol van de gemeente verder uitgewerkt.

Op grond van vier wetten heeft de gemeente formele taken op het terrein van volksgezondheid en zorg:

- De *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)*
- De *Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg)*
- De *Welzijnswet*
- De *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*.

Achtergrondstudie 5 bevat meer informatie over de zorgtaken van de gemeente.

3.2

De gemeente:

- vormt het bestuur der burgers;
- is regieverantwoordelijk voor welzijn (incl. een deel van de zorg);
- is er voor al haar burgers;
- kan in medebewind rijksbeleid uitvoeren

3.3

De gemeente heeft al veel taken op het terrein van volksgezondheid en zorg

De gemeente heeft ook een aantal taken op aanpalende terreinen:

- de sociale werkvoorziening (voor gehandicapten en psychiatrische patiënten),
- arbeidsvoorziening en inkomensbeleid (Algemene Bijstandswet etc.),
- de jeugdzorg en de
- huisvesting.

3.4

Daarnaast heeft de gemeente taken op "aanpalende" terreinen, bijvoorbeeld werk en bijstand

Verder draagt de Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken (WGBH/CZ) de gemeente op om een actief antidiscriminatiebeleid te voeren voor arbeid, beroepsopleiding en andere levensterreinen. In de praktijk speelt de gemeente dus voor de vier vitale activiteiten uit 2.1 (wonen, werken, communiceren, bewegen) een essentiële rol voor burgers met een beperking.

Naast wettelijke taken, zijn er de positie van de gemeente in beleid en bestuur en de gegroeide praktijk. Als men daar de meer impliciete verantwoordelijkheid, die de Gemeentewet aan de gemeente (als lokaal bestuur) geeft, bij optelt, dan voegt dat iets toe aan de wettelijke taken. En dat is de opdracht die de gemeente voelt om actief te bevorderen dat de burger toegang heeft tot de zorg die hij behoeft. In de praktijk kan dat betekenen dat de gemeente ingrijpt in lokale zorgketens, bijvoorbeeld wanneer zij kwalitatieve of kwantitatieve tekorten signaleert. In de huisartsenzorg is dit gebeurd. Hier zien wij dat de gemeente als de achtervanger in het veld van private spelers (particulier initiatief, zorgverzekeraars) een vangnet spant voor haar burgers, daartoe door de burgers opgeroepen. Dit maakt de gemeente op het lokale-regionale zorgterrein tot een bijzondere speler.

3.5

Maar de gemeente vervult ook niet-wettelijke taken. Bijvoorbeeld huisartsentekort bestrijden

Zo is de rolverdeling, dit zijn de taken. In de uitvoering stuit de burger op problemen; zie de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 6). Kort samengevat gaat het hier om:

- De algemene voorzieningen (openbaar vervoer, onderwijs, welzijn) zijn, zowel in fysieke als in functionele zin, nog lang niet altijd goed toegankelijk voor mensen met een beperking. Hier komt bij dat de aansluiting (afstemming) van de algemene voorzieningen op de zorgvoorzieningen niet soepel verloopt. Mensen met complexe en blijvende beperkingen ondervinden daarvan veel hinder.
- De informatie over het zorgaanbod is niet beschikbaar, niet volledig of niet dienstbaar aan gepast gebruik. Ook is de toegang tot het complexe zorgveld voor veel burgers

3.6

De taakverdeling tussen gemeente, verzekeraar en rijk leidt voor de burger tot een aantal problemen

niet goed te vinden. Een adviesfunctie ontbreekt meestal. Voorzover er toegangsregelingen zijn, creëren deze nogal eens vertragingen.

- Zorgverleners hebben weinig oog voor de maatschappelijke betekenis van hun handelen, bijvoorbeeld als het gaat om openbare orde, om gevaar en risico's, om arbeidsreïntegratie, om opvoeding.
- Er is regelmatig een tekort aan zorgcapaciteit, waardoor de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen niet voldoende is. Er ontstaan hierdoor ook problemen in de zorgketen, bijvoorbeeld bij doorverwijzingen.
- Er zijn vaak kwalitatieve tekorten in de zorg: de kennis van de zorgverlener is onvoldoende of de dienstverlening laat te wensen over.

Het moge duidelijk zijn dat deze problemen niet alleen door gemeenten worden veroorzaakt. Op dit moment moet men de oorzaken van de problemen ook in de ziektekostenverzekering zoeken. En voor een ander deel in de manier waarop de rijksoverheid taken aan de gemeente oplegt. Maar zij zijn ernstig genoeg en vormen voldoende aanleiding voor verandering.

3.7

Oorzaken problemen: gemeente én zorgverzekering én rijk

4 Moet de band tussen gemeente en zorg sterker worden?

- De band tussen gemeente en zorg, dat is het thema van dit advies. De vragen zijn: wat is de ‘zorgtaak’ van de gemeente, moet die worden versterkt en zo ja, hoe? Deze vragen kan men pas beantwoorden, als men weet waarom. Waarom en waartoe de taak op het terrein van de gemeente op het terrein van de maatschappelijke zorg en ondersteuning versterken? In de volgende drie paragrafen willen wij de waaromvraag beantwoorden.
- Mensen willen meer mogelijkheden voor community care (zie de RMO- en RVZ-adviezen hierover; de raden hebben gekozen voor uitbreiding van community care). Een verdere groei van die mogelijkheden kan alleen in een directe dialoog met de lokale gemeenschap totstandkomen. De lokale gemeenschap moet bereid zijn een caring community te worden. De voorzieningen in die gemeenschap (markt en overheid) zullen zich ook voor hen die zijn aangewezen op zorg moeten openstellen. Dit argument kan men ook hanteren voor een vergelijkbaar doel: maatschappelijke participatie. De gemeente zou in het bestuurlijk krachtenveld de natuurlijke regisseur van participatie- en integratieprocessen moeten zijn. Zij is namelijk in een civic society in de positie om richting te geven aan (de integratie van) processen op welzijns-, huisvestings-, inkomens-, arbeids- en mobiliteitsterrein. Die civic society brengt met zich mee dat maatschappelijke organisaties en burgers in de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid hebben. Die kan de gemeente niet overnemen. Dat dit niet altijd het geval is, moge blijken uit de probleemanalyse in 3.6.
- De gemeente representeert op het lokaal niveau het openbaar bestuur. En zij wordt als zodanig door de burger aangesproken. Het openbaar bestuur én de relatie bestuur-burger zijn ook voor zorg- en gezondheidsprocessen van grote betekenis.
- Er bestaat een relatie tussen gezondheid (en dus zorg) en sociaal-economische positie. Het kanaliseren van sociaal-economische gezondheidsverschillen is de taak van het openbaar bestuur.
 - Zorg heeft soms met openbare orde en veiligheid te maken, bij uitstek de verantwoordelijkheid voor het openbaar bestuur. Zo gaan verslavingszorg en de bestrijding van

4.1
- Waarom de taak van de gemeente versterken: drie redenen

4.2
- Uitbreiding community care kan alleen m.b.t. gemeente

4.3
- Openbaar/lokaal bestuur moet voor zorg en ondersteuning een belangrijke rol kunnen spelen

- overlast soms hand in hand. Alleen het openbaar bestuur kan dan met gezag bepaalde beslissingen afdwingen.
- Het openbaar bestuur is verantwoordelijk voor de sociale geografie van het zorgstelsel: ketens, infrastructuur, basisvoorzieningen.
- Zorg (en vooral zorgconsumptie) heeft te maken met burgerschap en eigen verantwoordelijkheid, maar ook met ethische afwegingen ter zake. Het openbaar bestuur kan en moet richting geven aan de ontwikkelingen op deze terreinen.

De markt is voor een aantal maatschappelijke diensten niet het adequate allocatiemechanisme. Dat geldt bijvoorbeeld in monopolioïde situaties. Deze kunnen zich in de zorgsector voordoen, kunnen zelfs gewenst zijn (bijvoorbeeld in de acute zorg). Op het grensvlak van zorg en openbare orde verliest de reguliere markt, zoals gezegd, haar bevoegdheden. In onrendabele lijnen (niet-exploiteerbare stand by voorzieningen, kleine deelmarkten, niet-koopkrachtige vraag) is de markt niet geïnteresseerd. Er zal in die situaties niet van nature een zorgproduct totstandkomen dat beantwoordt aan de maatschappelijke vraag. Verwant met dit argument is de ‘onverzekerbare’ van bepaalde vormen van zorg. Hoewel de (sociale) verzekering, een adequaat financieringsmechanisme is voor de gezondheidszorg, lenen niet alle vormen van zorg zich daarvoor. Zo is de reguliere (dat wil zeggen risicodragende) verzekerbare van opvoedingsadviezen aan ouders met een verstandelijk gehandicapt kind gering. Hetzelfde geldt voor methadonverstrekking aan verslaafden. Dit argument is actueel in een tijd waarin een overheid werkt aan een moderne basisverzekering tegen ziektekosten. Afwentelings- en uitstotingsverschijnselen in de marktsector (c.q. de verzekering) vragen in zo’n situatie de aandacht. De gevolgen van deze verschijnselen slaan onder andere neer in de lokale gemeenschap en dus bij het lokaal bestuur.

4.4
- De markt (de verzekering) heeft zijn grenzen

5 De zorgtaak van de gemeente: conclusie halfweg

In de voorgaande hoofdstukken beantwoordden wij wat-, wie- en waaromvragen. Hieruit trekken wij enkele conclusies die als een opstap dienen voor de hoofdstukken die volgen. Hoofdstukken waarin wij hoevragen zullen beantwoorden.

5.1

Wij trekken conclusies:

Het voorgaande levert deze conclusies op:

5.2

- a. Het aantal mensen met een beperking groeit en daarmee de behoefte aan andere zorg, náást de gezondheidszorg. Die andere zorg wordt verleend in de lokale samenleving en bestaat uit ondersteuning bij de participatie aan die samenleving.
- b. De andere zorg neemt de individuele beperking in het maatschappelijk functioneren als gegeven.
- c. De andere zorg moet in haar uitvoering in continue samenwerking staan met de aanpalende zorgstelsels: de gezondheidszorg, de preventieve zorg en de welzijnszorg.
- d. In de bestaande situatie kan de andere zorg – ondersteuning van mensen met een beperking – niet uit de verf komen. De sturing is niet specifiek en direct; de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten zijn onduidelijk verdeeld; er is geen helder onderscheid tussen zorgverzekering en lokaal bestuur.
- e. Dit belemmert gecondenseerde en specifieke sturing op zorgfunctie (te weten ondersteuning) en zorgresultaat (te weten maatschappelijke participatie). Het leidt aan de vraagzijde tot rolverwarring (zorgconsument – verzekerde/verzekeraar – burger). Het veroorzaakt ernstige fricties in de afstemming van het zorgaanbod op de maatschappelijke vraag (bijvoorbeeld naar community care).

- meer mensen met een beperking;
- willen zelfstandig wonen en werken;
- en hebben daarbij ondersteuning nodig;
- dat lukt niet goed;
- omdat niet duidelijk is wie verantwoordelijk is

Conclusie is verder dat de gemeente zowel formeel als ook materieel veel bemoeienis heeft met mensen met een beperking en met de zorg aan deze mensen. Die bemoeienis heeft deels een wettelijke basis, maar is deels ook uit de nood geboren en in de praktijk gegroeid. De gemeente kan haar bemoeienis niet altijd succesvol afronden, omdat bevoegdheden of middelen ontbreken. De andere zorg (5.2) vereist een ander sturingsconcept.

5.3

Mensen met beperkingen zijn voor maatschappelijke participatie aangewezen op de gemeente, maar die heeft middelen noch bevoegdheden

Alles afwegende, is er zeker reden de zorgtaak (als bedoeld in dit advies) van de gemeente (als lokaal bestuur) te versterken. Hoofdstuk 4 bevat krachtige argumenten vóór deze versterking. De hoevraag beantwoorden wij in het resterend deel van dit advies. Maar eerst een schets van de context, waarin de versterking zich zal afspelen. Deze schets is een combinatie van eerdere RVZ-adviezen en een beoordeling van actuele politieke en maatschappelijke ontwikkelingen.

5.4

Dus: de zorgtaak van de gemeente versterken!

Drie kwesties bepalen de aard en de omvang van de toekomstige zorgtaak van de gemeente.

5.5

Houdt daarbij drie dingen scherp in de gaten:

- a. *De toekomst van de AWBZ c.q. de AWBZ-zorg in de ziektekostenverzekering.*
- b. *De balans van individuele en collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg.*
- c. *De behouding in de regio tussen lokaal bestuur en zorgverzekering.*

Ad a

In eerdere adviezen zag de Raad geen toekomst voor de AWBZ. Dit zorgarrangement zou grotendeels moeten opgaan in een brede Basisverzekering tegen ziektekosten waarin individuele preventie, care en cure zijn samengebracht. Een kleiner deel van de AWBZ zou terecht moeten komen in een naast de Basisverzekering staande gemeentelijke Voorzieningenwet, waarin ook de andere zorgtaken van de gemeente zijn verankerd. De twee collectieve arrangementen zouden een specifieke bestemming moeten krijgen, waardoor effectieve aansturing en beheersing mogelijk worden. De Raad verwacht overigens hoe dan ook een politiek debat over de AWBZ. Achtergrond van dit debat: sterk stijgende kosten en de noodzaak van uitgavenmanagement.

- de toekomst van de AWBZ;

Ad b

De Raad pleitte in eerdere adviezen ook voor decollectivering van onderdelen van ZFW en AWBZ. Meer accent dus op de financiële verantwoordelijkheid van de burger voor gezondheid en zorg, in het bijzonder de woon-, vervoers- en verzorgingsaspecten daarvan. Belangrijk is wel zorgvuldig na te gaan waar de financiële gevolgen neerslaan: bij de burger, bij het lokaal bestuur, elders in de gezondheidszorg? Belangrijk is ook zich te realiseren dat in de EU van vandaag decollectivering van zorganspraken onherroepelijk betekent een keuze voor de markt. Hoe dan ook, integratie- en participatieprocessen zijn toch in eerste instantie de verantwoordelijkheid van

- de noodzaak een aantal wettelijke zorganspraken te privatiseren;

burgers en organisaties (de civic society en vooral ook de caring society).

Ad c

Het kabinet heeft zich voorgenomen de inmiddels meer dan 50 jaar oude zorgverzekering te veranderen. Er moet meer dan nu de nadruk komen te liggen op keuzemogelijkheden en differentiatie aan de vraagzijde (onder meer in de vorm van een PGB), op het restitutiebeginsel in plaats van zorg in natura, op risicodragend verzekeren en op ondernemerschap en innovatie aan de aanbodzijde. Ook zal gezocht worden naar een nieuw solidariteitsconcept, waarin het individuele gezondheidsrisico een prominentere plaats krijgt. De aandacht van het openbaar bestuur voor volksgezondheid en maatschappelijke zorg zal hierdoor moeten toenemen. Meer markt vereist immers een robuustere overheid. En dat zal weer leiden tot discussie over het functioneren van het lokaal bestuur: decentralisatie, schaal, democratisch gehalte, kwaliteit en doelmatigheid. In die discussie zal het ongetwijfeld ook gaan over de relatie tussen regionaal bestuur en Europa ('het Europa van de regio's').

de op stapel staande verandering van de zorg-

Dit zijn overwegingen die richting moeten geven aan het beantwoorden van de vraag: hoe kunnen wij de zorgtaak van de gemeente versterken? De toekomstige zorgtaak van de gemeente is op geen enkele manier los te zien van de drie zojuist gepresenteerde kwesties.

5.6
Met ander woorden: gemeente en verzekering niet los van elkaar te zien

6 Een toekomstig lokaal gezondheids- en zorgbeleid

In 2.3 schetsten wij vier zorgvormen. Voor het onderwerp van dit advies – gemeente en zorg – is de derde zorgvorm, maatschappelijke zorg het meest relevant. Om ons daar nu op te kunnen concentreren, is het nodig terug te keren naar 2.3. Hoe kan men de vier zorgvormen toedelen aan beleidssystemen? Daartoe hanteert de RVZ een preferent scenario met drie beleidssystemen.

- *lokaal welzijnsbeleid:*
algemene dagelijkse activiteiten en maatschappelijke integratie; welzijn en welbevinden van groepen burgers; targets: de plaatselijke bevolking; zorgvorm 1 (grotendeels);
- *lokaal gezondheids- en zorgbeleid:*
begeleiding, dienstverlening en verzorging voor mensen met een beperking, gericht op leven in en deelnemen aan de lokale samenleving; daarnaast: collectieve preventie en jeugdgezondheidszorg; targets: individuen, groepen en bevolking; zorgvorm 1 (klein deel); zorgvorm 2 (collectieve preventie); zorgvorm 3 (maatschappelijke zorg);
- *een brede basisverzekering, verder te noemen de Standaardverzekering:*
verpleegkundige en (para)medische zorg en behandeling, alsmede individuele ziektepreventie; target: individuele gezondheid (voorkomen van ziekte, herstel van gezondheid, draaglijk maken van ongezondheid); zorgvorm 2 (individuele ziektepreventie) en 4 (gezondheidszorg).

Naast deze collectieve zorgsystemen, staat een aanvullende (private) verzekering voor zorg- en dienstverlening waarvoor een eigen verantwoordelijkheid van de burger geldt. Hier gelden de wetten van de markt.

Wij concentreren ons nu op het lokaal gezondheids- en zorgbeleid. Maar alvorens dat te kunnen doen, moeten wij een uitspraak doen over de AWBZ. Deze speelt een sleutelrol voor zowel het toekomstig lokaal beleid als de Standaardverzekering. De Raad blijft bij zijn eerder ingenomen standpunten over de AWBZ:

- Opheffen, de zorgaanspraken voor een groot deel overhevelen naar de Standaardverzekering, die mede daardoor een breed en integraal karakter krijgt: individuele preventie, care en cure.

6.1

De RVZ zegt: er zijn straks drie soorten zorgbeleid:

- lokaal welzijnsbeleid;
- lokaal gezondheids- en zorgbeleid;
- brede basisverzekering.

Daarnaast een private aanvullende verzekering

6.2

De AWBZ speelt een sleutelrol. De RVZ vindt: opheffen en herverkavelen

- Een kleiner deel van de zorgaanspraken AWBZ onderbrengen bij een gemeentelijke voorzieningenwet met een eveneens breed karakter en harde garanties voor toegankelijkheid en kwaliteit.
 - Onderdelen van enkele zorgaanspraken AWBZ behoeven niet in een collectief arrangement te worden geregeld.
- In de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 7) heeft de Raad dit scenario toegepast op de zorgaanspraken ZFW en AWBZ en op de onder het gemeentelijke regime vallende wetten (WVG, Welzijnswet, Wcpv).

De gemeente krijgt in het toekomstig lokaal gezondheids- en zorgbeleid resultaatverantwoordelijkheid op het niveau van de netwerken voor zorg en ondersteuning (zie verder de achtergrondstudie nr. 4 van Putters). Die verantwoordelijkheid legt haar vier taken op:

- Bescherming van de bevolking tegen actuele én potentiële gezondheidsrisico's, alsmede bevordering van de gezondheid, met behulp van onder meer collectief preventieve interventies. Men zoekt de determinanten van gezondheid op een groot aantal maatschappelijke terreinen (arbeid, huisvesting, mobiliteit, inkomen, recreatie). Een oude taak.
- Bevordering van de toegankelijkheid van algemene voorzieningen (maar ook van de samenleving als geheel) voor mensen met beperkingen (community living). Het in dit verband onder meer fungeren als vangnet bij marktfalen. Een oude taak, die wordt geformaliseerd.
- Borging van de kwaliteit en de toegankelijkheid van voorzieningen die tot doel hebben ondersteuning bij maatschappelijke participatie: begeleiding, opvang en zelfstandig/beschermd wonen (community care). Borging van de rechten van burgers op dit terrein. Dit door middel van zorginkoop namens (individuele c.q. groepen) burgers in het kader van een wettelijke zorgplicht. Deels een nieuwe, deels een oude taak, deels een formalisering van gegroeide praktijk.
- Actief creëren van de voorwaarden voor samenhang in de keten van lokale zorg: voorkomen, herstellen en draaglijk maken én tussen collectieve en individuele preventie-interventies. Relaties leggen tussen volksgezondheid (collectieve preventie) en curatieve zorg. Deels een nieuwe taak (uitbreiding oude taak).

6.3

De gemeente heeft in de toekomst vier zorgtaken:

- gezondheidsbescherming en bevordering;
- toegankelijkheid algemene voorzieningen vergroten;
- kwaliteit en toegankelijkheid voorzieningen voor maatschappelijke participatie borgen;
- samenhang in de zorgketen bevorderen

Deze vier taken zijn onderdeel van een lokaal gezondheids- en zorgbeleid dat zijn wettelijke basis heeft in een nieuwe Voorzieningenwet. Deze is, onder meer ten behoeve van het lokaal facetbeleid, geschakeld met de Gemeentewet en (het restant van) de Welzijnswet, die de meer algemene lokaalbestuurlijke verplichtingen jegens de plaatselijke bevolking bevatten op het terrein van welzijn en zorg. De nieuwe Voorzieningenwet is om drie redenen noodzakelijk.

- Zij levert een stevig instrumentarium voor een actief en integraal gezondheids- en zorgbeleid voor de regio, op basis van landelijke targets, aangestuurd met behulp van financiële prikkels in de vorm van een verplicht lokaal gezondheids- en zorgplan.
- Zij verschaft de uitvoerder (de gemeente) de mogelijkheid om bij schaarste of marktfalen een regiefunctie te vervullen voor de toegankelijkheid van voorzieningen en diensten in de markt en in de collectieve sfeer, inclusief de gezondheidszorg, voor burgers met beperkingen.
- Het is een robuuste grondslag voor beleid en financiering van een aantal zorgtaken én -rechten, gericht op maatschappelijke participatie. Enerzijds door de integratie van een aantal bestaande gemeentelijke zorgtaken. Anderzijds door een kader te vormen voor uit de AWBZ over te hevelen zorgaanpakken. De gerichtheid op een concreet doel (de functie maatschappelijke participatie) creëert betere mogelijkheden voor sturing. Het geeft tegelijkertijd de nieuwe Standaardverzekering een helder, wat ander, profiel.

Meer in het algemeen kan men zeggen dat met de Voorzieningenwet de openbaarbestuurlijke verantwoordelijkheid voor een aantal vormen van zorg beter dan tot nu toe kan worden waargemaakt. De wet kan op dit vlak de huidige decentralisatie versterken door centrale kaderstelling en horizontalisering op de werkvloer (netwerken) voor te schrijven (RMO, 2003). In de slothoofdstukken van dit advies gaan wij in op de implementatie van de wetgeving.

In de nieuwe Voorzieningenwet worden de volgende zorgvoorzieningen, -verstrekkingen of -taken geïntegreerd.

- a. De op maatschappelijke participatie en opvang van individuen en groepen gerichte zorgonderdelen van de huidige Welzijnswet: de ambulante verslavingszorg (CAD), het algemeen maatschappelijk werk (AMW), de maatschappelijke opvangvoorzieningen (sociale pensions, vrouwenop-

6.4

Deze taken behoeven een wettelijke grondslag: de Voorzieningenwet

6.5

Met deze wet kan het lokaal bestuur zijn verantwoordelijkheid waarmaken

6.6

De nieuwe wet regelt

- enerzijds de bestaande zorg- en ondersteuningstaken van de gemeente;
- anderzijds uit AWBZ en ZFW over te hevelen taken

vang) en specifieke voorzieningen en diensten voor ouderen en gehandicapten (tafeltje dekje, alarmeringsdienst én de opvolging, in verband met continuïteit). Kanttekening: van de CAD-zorg worden alleen de op maatschappelijke participatie en collectieve preventie gerichte activiteiten en programma's overgeheveld, bijvoorbeeld methadonverstrekking, arbeidsintegratie, woonbegeleiding en dagopvang. De overige CAD-zorg wordt een onderdeel van de Standaardverzekering.

- b. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Zie verder de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 8).
- c. De huidige Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), dus woningaanpassing, vervoer en rolstoelen.
- d. Onderdelen van de zorgaanspraken (functies) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die gericht zijn op maatschappelijke participatie en opvang (en waarvoor collectieve financiering is aangewezen): huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf, vervoer. Zie voor een verdere concretisering van de 'knippen' de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 7).
- e. Onderdelen van verstrekkingen in de Ziekenfondswet (ZFW): de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen (zie voor een typering het Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen, VWS 2000) en vervoersfaciliteiten.

7 Nadere uitwerking van de Voorzieningenwet

- Doelstelling van de wet is het bevorderen en ondersteunen van het zelfstandig wonen en de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen. De wet vormt de formeel-juridische basis voor het toekennen van een breed en onderling samenhangend pakket van voorzieningen voor maatschappelijke zorg voor zelfstandig wonende mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of psychische beperkingen. De wet roept gemeenten op hieraan in medebewind uitvoering te geven, met voldoende mate van gemeentelijke beleidsvrijheid. De gemeente is verplicht (door middel van contracten met private zorgaanbieders, d.w.z. als zorginkoper) voorzieningen te verstrekken (indien aan wettelijke voorwaarden is voldaan) die zijn afgestemd op de individuele (zorg)behoefte en op de specifieke omstandigheden van het individuele geval. De gemeente heeft hierin een resultaatsverplichting (ook wel zorgplicht genoemd). De gemeente heeft derhalve geen beleidsvrijheid ten aanzien van de vraag of zij gebruik maakt van de haar toegekende bevoegdheden, wel ten aanzien van de wijze waarop ze dat doet (overigens binnen het bestuursrechtelijke kader).
- 7.1 De Voorzieningenwet regelt een breed pakket voorzieningen voor mensen met een beperking. Gemeenten voeren de wet in medebewind uit
- De Voorzieningenwet vormt een kader voor verstrekking van voorzieningen gericht op maatschappelijke participatie en op het bevorderen van zelfstandig wonen. De voorzieningen in kwestie zijn bij of krachtenswet omschreven. Zij zijn niet nader geclausuleerd, waardoor in de uitvoering van de wet ruimte voor lokaal beleid kan ontstaan. Voor de omschrijving van de voorzieningen geldt voor de RVZ de WVG als model. De omschrijving dient functiegericht, maar robuust te zijn, opdat de rechter in voorkomende gevallen kan toetsen of de gemeente haar verplichtingen jegens burgers nakomt. Zie verder de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 9).
- 7.2 De voorzieningen zijn functioneel, maar robuust omschreven
- De gemeente is verantwoordelijk voor de indicatiebeoordeling en de zorgtoewijzing. Het staat de gemeente vrij om advies over indicatiestelling te vragen aan een onafhankelijk orgaan, alvorens te besluiten over aanvragen voor voorzieningen uit hoofde van de Voorzieningenwet. De gemeente kan de aanvrager van een voorziening daartoe oproepen in persoon te verschijnen en zich te doen onderzoeken door daartoe aangewezen deskundigen, voorzover dit van belang kan zijn voor de beoordeling van de aanspraak op een voorziening.
- 7.3 De gemeente regelt zelf de indicatiebeoordeling. Zij besluit over de zorgtoewijzing

De uitkomst van zodanig onderzoek dient nadrukkelijk het karakter van een advies te hebben en niet van een besluit. Zo wordt bewerkstelligd dat de bevoegdheid tot beslissen over indicatie en zorgtoewijzing ligt waar zij thuishoort, namelijk bij de gemeente, zijnde degene die het financieel risico loopt. Zie de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 10).

In de wet (dan wel in een algemene maatregel van bestuur c.q. indicatiebesluit) dient vastgelegd te worden:

- aan welke criteria een aanvraag wordt getoetst;
- de maximum levertijden van de zorg (de realisatie);
- de mogelijkheid om desgewenst voor een patiëntgebonden budget te kiezen;
- de reikwijdte van de indicatieprocedure: Voorzieningenwet en Standaardverzekering (zie verder hoofdstuk 8);
- de situaties (c.q. aanvragen) waarvoor geldt dat een indicatieadvies verplicht is (d.i. afhankelijk van de kosten);
- de mogelijkheid van een second opinion voor de aanvrager.

7.4

Wel moet een aantal vormvereisten worden vastgelegd in de wet

De Raad is een voorstander van een professioneel indicatieadvies. Deze indicatiestelling moet een verplicht onderdeel zijn van systemen voor kwaliteitsborging. Het verdient aanbeveling de bestaande bij- en nascholing op het terrein van indicatiestelling in stand te houden. Dit kan namelijk leiden tot gekwalificeerde zorgprofessionals die voor de gemeente contracteerbaar zijn. De AWBZ-regeling inzake RIO's kan komen te vervallen. Op dit moment zijn er initiatieven op het terrein van case management en indicatiestelling (onder meer in Rotterdam) die in de plaats van het RIO kunnen komen. De provincie ziet toe op een zorgvuldige procesgang (indienen aanvraag, indicatieadvies, zorgtoewijzing, zorgrealisatie).

7.5

Gekwalificeerde indicatiestellers moeten de gemeente adviseren; de RIO's kunnen verdwijnen

Voor de financiering van de in de Voorzieningenwet geregelde voorzieningen en diensten geldt het volgende.

- De financiering verloopt met behulp van het bestaande instrumentarium dat de financiële verhouding tussen rijk en gemeenten regelt: het gemeentefonds. Het financieel risico komt dus bij de gemeente te liggen. Kostenbeheersing verloopt via het gemeentefonds.
- De wet biedt de burger in beginsel de keuze uit zorg in natura en een persoonsgebonden budget (PGB). De gemeente legt de zorgvrager deze keuze voor bij de zorgtoewijzing. Bij een keuze voor een PGB is de gemeente uitkeringsorgaan. Bij een keuze voor zorg in natura is de

7.6

De financiering verloopt via het gemeentefonds. De burger kiest voor PGB of zorg in natura

- gemeente zorginkoper namens de zorgvrager. De zorgvrager krijgt objectieve informatie over de keuze (van een SPD/MEE). Aldus realiseert de gemeente haar wettelijke zorgplicht.
- De Raad verwacht dat persoonsgebonden budgetten uiteindelijk de dominante financieringsbron voor de zorgvoorzieningen in kwestie zullen vormen. Wel zal de exploitatie van een deel van het zorgaanbod geborgd moeten worden, bijvoorbeeld door bekostiging op basis van zorg in natura. Dit geldt bijvoorbeeld voor de dak- en thuislozenzorg.
 - Gemeenten kunnen daarnaast eigen, aanvullend beleid uitvoeren, zoals met de bijzondere bijstand. Dit beleid kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de compensatie van zorglasten van de burger in brede zin.

De wet bevat een bepaling op grond waarvan gemeenten verplicht zijn bij verordening een integraal lokaal gezondheids- en zorgplan op te stellen. Daarbij dient expliciet te worden bepaald dat dit plan tevens betrekking heeft op de wijze waarop de gemeente de taken, welke zij uit hoofde van de Welzijnswet heeft, voornemens is vorm te geven. Ook de bestaande Wcpv-verplichting een GGD in stand te houden moet in de wet worden opgenomen.

7.7
De gemeente moet een lokaal gezondheids- en zorgplan opstellen

Het toezicht op de naleving van de Voorzieningenwet berust regulier bij de provincie. Het instellen van specifiek toezicht op de kwaliteit van de zorg, die uit hoofde van de Voorzieningenwet wordt geleverd, is niet noodzakelijk. Dit past niet in de uitgangspunten en de filosofie van decentralisatie. Bovendien: specifiek toezicht op de kwaliteit is aangewezen voorzover het voorzieningen (verstrekkingen) betreft die samenhangen met medische behandeling en/of verpleging. In de Voorzieningenwet worden evenwel uitsluitend voorzieningen ondergebracht die zijn gericht op maatschappelijke participatie en wel door middel van begeleiding, opvang en bescherming. De RVZ ziet hier dus geen taak voor de IGZ. Het huidige toezicht door de IGZ op de GGD'en (Wcpv-taken) moet wel worden gehandhaafd.

7.8
Specifiek toezicht is niet nodig

De Raad is van mening dat (op grond van de Wet openbaar bestuur) op het niveau van de gemeente een openbaar systeem van benchmarking en performance rating tot stand moet komen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van moderne ICT-mogelijkheden. De burger moet in staat zijn te vergelijken en te kiezen. Het kabinet zou dit moeten stimuleren. Consumenten

7.9
Gemeenten moeten aan openbare benchmarking doen. De burger moet kunnen kiezen

tenbond, Chronisch zieken en Gehandicapten Raad en NPCF zouden hier countervailing power moeten ontwikkelen als controleur van de gemeenten.

Het handelen van de gemeente bij de uitvoering van de voorzieningenwet is onderworpen aan de bepalingen van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Deze wet stelt procedurele eisen aan het handelen van bestuursorganen en borgt daarmee de zorgvuldigheid van het handelen jegens de burger. Bovendien kan de burger op grond van deze wet administratief bezwaar en beroep instellen van beschikkingen die de gemeente neemt op aanvragen voor een voorziening (een klachtrechtvoorziening). Vaak wordt opgeworpen dat de burger in een voorzieningensysteem niet op voorhand weet waarop hij aanspraak kan maken en dat dit zowel tot rechtsonzekerheid als rechtsongelijkheid leidt of kan leiden. Hier staat evenwel tegenover dat expliciet in de wet is vastgelegd dat de voorziening voor maatschappelijke zorg zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie mogelijk moet maken. Het legt daarmee een resultaatsverplichting (c.q. zorgplicht) op aan de gemeente, die door de rechter getoetst kan worden. Daarmee is de rechtszekerheid voldoende geborgd. Het is verder de vraag in hoeverre het toewijzen van dezelfde voorziening in ogenschijnlijk dezelfde gevallen daadwerkelijk tot rechtsgelijkheid leidt. Immers, 'gevallen' zijn vaak niet gelijk. Dit geldt temeer naarmate meerdere factoren in de beschouwing worden betrokken. De rechtsgelijkheid is dan ook beter gediend met een regeling waarin de uitkomst voor alle betrokkenen gelijk moet zijn – namelijk zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie. Zie verder achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 9).

De wet bevat geen bepalingen die gemeenten verplichten samen te werken. Succesvolle uitvoering van de taak ondersteuning bij maatschappelijke participatie zal in de praktijk echter samenwerking vereisen. De Raad meent dat 20 tot 25 samenwerkingsgebieden gewenst zijn. De wet dient formuleringen en bepalingen te bevatten die gemeenten stimuleren tot samenwerking. Het gaat dan om:

- de zorginkoop op basis van een zorgplicht;
- de maximum leveringstermijn;
- het gezondheids- en zorgplan;
- de ketenregie.

7.10

De Voorzieningenwet borgt de rechtszekerheid en de rechtsgelijkheid voldoende met behulp van de Algemene wet bestuursrecht

7.11

Gemeenten moeten zélf kiezen voor de noodzakelijke samenwerking. VWS moet hen daartoe verleiden

8 Koppelings- en sturingsmechanismen tussen Voorzieningenwet en Standaardverzekering

In hoofdstuk 7 zijn de criteria beschreven die het kabinet kan gebruiken bij de toedeling van zorgvoorzieningen c.q. – functies aan de Voorzieningenwet of aan de Standaardverzekering. Op grond van deze criteria kunnen twee goed van elkaar te onderscheiden zorgfinancieringssystemen ontstaan.

8.1

De RVZ geeft aan hoe je zorgaanspraken kunt verdelen over gemeente en verzekering

In de Standaardverzekering zijn ondergebracht de individuele (omvat mede: de groepsgerichte) preventie, care en cure met als doelen:

8.2

Verzekering: voorkomen herstellen, draaglijk maken

- het voorkomen van stoornis en ziekte, met inbegrip van het voorkomen van verergering daarvan;
- het herstellen van ziekte of stoornis;
- het draaglijk maken van de directe gevolgen van ziekte of stoornis, met inbegrip van het verlichten van lijden.

Deze zorg draagt een (para-)medisch of verpleegkundig karakter en omvat alle gebruikelijke handelingen (onderzoek, indicatiestelling, behandeling, verpleging, advies en instructie, behandelplan, rapportage).

In de Voorzieningenwet zijn ondergebracht de collectieve preventie en de maatschappelijke zorg aan mensen met een beperking, met als doelen:

8.3

Gemeente: gezondheidsrisico's bevolking beperken, gezondheid beschermen, maatschappelijke participatie bevorderen.

- het voorkomen van gezondheidsrisico's voor groepen en voor de bevolking;
- het beschermen en het bevorderen van gezondheid;
- het bevorderen van maatschappelijke participatie door het wegnemen van daarvoor belemmerende factoren.

De zorg gericht op het derde doel omvat verzorging, begeleiding en activering van individuen of groepen. Naast zorg, regelt de wet dienstverlening ten behoeve van het derde doel.

Toch zal er ook na toepassing van deze criteria een overgangsgebied tussen beide systemen bestaan. Op het overgangsgebied vinden activiteiten plaats die te maken hebben met de volgende zorgvoorzieningen:

8.4

Een helder onderscheid dus, maar er zullen altijd overlappingen blijven!

- advies aan cliënten en indicatiestelling;
- vormen van verslavingszorg (op de grens van behandelen en participeren);

- vormen van eerstelijnszorg (bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk);
- vormen van ouderenzorg (in het bijzonder het grensvlak van zelfstandig wonen en zorg);
- vervoersfaciliteiten;
- hulpmiddelen;
- dagstructurering en activering; overgang revalidatie-rehabilitatie/integratie en
- verblijf, bescherming en opvang (asielfunctie, zelfstandig wonen).

Het zal hierbij in de praktijk gaan om het overgangsgebied tussen de zorg voor chronisch zieken (bijvoorbeeld reumapatiënten) en de zorg voor mensen met een beperking (als gevolg van een chronische ziekte, bijvoorbeeld reuma). Het derde doel van de Standaardverzekering (draaglijk maken, verlichten lijden) is niet waterdicht af te grenzen van het derde doel van de Voorzieningenwet (maatschappelijke participatie).

Om te voorkomen dat op het overgangsgebied het bestaande afwentelings- en verdringingsgedrag van alle betrokkenen voortduurt, zijn incentives nodig. Dit kunnen koppelings- en sturingsmechanismen in de Voorzieningenwet en in de Standaardverzekering zijn.

- Een vanuit beide financieringssystemen gevoed (en daarin verankerd) centraal fonds met een onafhankelijk bestuur voor innovatie van ketens en netwerken. De innovatie moet gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van zorg. Gemeenten en verzekeraars kunnen een beroep doen op het fonds in de vorm van gezamenlijke aanvragen. Voorrang krijgen initiatieven op het vlak van advisering over gezondheid en gedrag, koppeling openbare en individuele gezondheidszorg, wijkgebonden walk in/call centers/zorgadvieslijnen (met taakherschikking), regionale preventieprogramma's voor specifieke doelgroepen en initiatieven voor gezamenlijke indicatiestelling en case management (pooling van budgetten). Verzekeraars en gemeenten brengen op landelijk niveau gezamenlijk de bijzondere groepen (b.v. jongeren) in kaart, waarvoor zij beide verantwoordelijkheid hebben. Over de zorgketens voor die groepen maken zij specifieke afspraken, waarbij ook andere worden betrokken (bijvoorbeeld justitie). De bestaande stimuleringsregelingen voor zelfstandig wonen kunnen in dit fonds worden ondergebracht.
- Een kaderstellende en toezichhoudende rol van rijk c.q. CVZ op onder meer de zorginkoop op het overgangsge-

8.5

Met de juiste incentives voor gemeenten en verzekeraars kun je echter afwentelingsgedrag voorkomen:

- een zorginnovatiefonds waaruit beide kunnen putten;
- het rijk ziet toe op zorginkoop op het overgangsgebied;
- harmonisatie van begrippen;
- SPD en GGD spelen een belangrijke kanaliserende rol;
- regiovertegenwoordigers en een convenant;
- tussenvoorzieningen

bied. Verplichtende samenwerkingsbepalingen op te leggen aan verzekeraars en gemeenten als de uitvoerders van de twee financieringssystemen. Ketenregie (dat wil zeggen afstemming) is voor welzijns-, preventie en maatschappelijke zorg de wettelijke taak van de gemeente. Principe: de ‘ontvangende partij’ heeft de regie en de inkoopmacht. Voor de overdracht formuleren gemeenten en verzekeraars spelregels. Verhaalsrecht gemeente op de verzekeraar bij onvoldoende contractering van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en vice versa. Voorbeeld: psychiatrische patiënten in de politiecel (kosten door gemeente te verhalen op verzekeraar, die doordeclareert naar gecontracteerde zorgaanbieder).

- Harmonisatie in wet- en regelgeving op een aantal terreinen: gebruik van de ICIDH in indicatiestelling en zorgtoewijzing, kwaliteitscriteria, EPD (algemeen: elektronisch berichtenverkeer in de individuele zorg).
- De Sociaal-Pedagogische Diensten (SPD) zouden, na de beoogde omvorming tot zorgwinkels voor alle mensen met een beperking, vanuit de Voorzieningenwet ook op het overgangsgebied een rol kunnen spelen ten aanzien van advies, voorlichting, indicatiestelling en zorgtoewijzing (één loket). De SPD-nieuwe stijl moet onafhankelijk zijn van de belangen van financiers en van de belangen van zorgaanbieders. Belangrijke taak: de ondersteuning van PGB-houders. SPD-nieuwe stijl en GGD kunnen worden geïntegreerd. De RVZ bepleit op dit punt met klem een open aanbesteding van de SPD-functie door de gemeente. Organisaties die deze functie op een kwalitatief verantwoorde wijze (zoals in de wet of in een ambv bepaald) kunnen uitvoeren mogen offeren. Het tegengaan van regionale monopolies moet waar mogelijk ook op de huidige GGD-taken worden toegepast.
- Aanwijzen door de verzekeraarbranche van regiovertegenwoordigers. Deze communiceren over zorginkoop met de gemeenten c.q. de GGD-en. Dit regelen in een convenant Rijk, verzekeraars, gemeenten.
- Optreden van verpleegkundigen gedetacheerd bij de gemeente in het overgangsgebied met bevoegdheid naar bevind van zaken te handelen door middel van advies, verwijzing of zorgverlening. Detachering van GGD-medewerkers, AMW-ers e.d. in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld in eerstelijns centra). Dit kan uit het innovatiefonds worden gefinancierd. De GGD-SPD/MEE combi-

- natie als liaisonvoorziening tussen de beide zorgsystemen met handelingsbevoegdheid.
- Tussen de intramurale gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg moeten bruggen worden gebouwd. De toenemende turnover per ziekenhuisbed en de daarmee gepaard gaande ‘uitstoot’ van mensen met een beperking moet worden geacommodeerd met tussenvoorzieningen die door gemeente en verzekeraar op 50-50 basis worden gefinancierd. Daarnaast zou de gemeente bij vermijdbare opnemingen een bijdrage in de zorgkosten moeten betalen. Gemeenten moeten bij het totstandkomen van de productieafspraken tussen verzekeraars en relevante zorginstellingen worden betrokken. Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging van Nederlandse Gemeenten sluiten hierover een convenant.

De RVZ is bij het bovenstaande uitgegaan van een brede basisverzekering (zijn preferente scenario). In hoofdstuk 11 (en in de achtergrondstudies en onderbouwingen (nr. 7) werkt hij een alternatief scenario uit: de smalle Standaardverzekering.

8.6
Uitgangspunt: een brede basisverzekering, maar er is een alternatief scenario

9 Toetsing van dit advies

Dit voorstel schept de condities waaronder de gewenste en noodzakelijke maatschappelijke zorg aan mensen met beperkingen (zie 2.5) tot stand kan komen. Het biedt in principe ook mogelijkheden de door de burger ervaren knelpunten in de zorg (3.6) effectief aan te pakken.

- Er ontstaan betere voorwaarden voor het ontstaan van lokale zorgketens en continuïteit van zorg. De verantwoordelijkheid voor de borging hiervan wordt een wettelijke taak voor de gemeente die terzake ook handelingsbevoegd wordt. Zij is verder verantwoordelijk voor een laagdrempelig loket aan het begin van de keten: de zorgwinkel voor burgers in het bestuursgebied.
- De kansen op integrale zorgverlening in de keten nemen hierdoor ook toe; bovendien is het overlappingsgebied zorgverzekering - gemeente geformaliseerd en beter geïnstrumenteerd (met onder meer financiële prikkels voor de twee uitvoeringsinstanties).
- De Voorzieningenwet borgt rechtszekerheid en rechtsgelijkheid.
- Door dit laatste én door het PGB als dominante financieringsbron voor een deel van de individuele maatschappelijke zorg, kan deze ook vraaggestuurd zijn.
- (Volks)gezondheid (en dus ook de zorgvraag) en (zorgaanbod) kunnen beter op elkaar worden afgestemd (onder meer door het epidemiologische voorwerk van de GGD).

Het voorstel zal de bestaande bestuurlijke knelpunten kunnen wegnemen.

- De territoriale decentralisatie zal door de Voorzieningenwet beter zijn geïnstrumenteerd. Er zal door de koppeling van wettelijke regimes (binnen de gemeente en tussen gemeente en verzekering) meer samenhang kunnen ontstaan tussen openbare en individuele zorg. De balans tussen gemeentelijke verantwoordelijkheid en noodzakelijk centraal beleid (bijvoorbeeld landelijke targets en kwaliteitsnormen) wordt beter ingesteld.
- Het voorstel behelst versterking van het lokaal bestuur waardoor problemen op het terrein van gezondheid en zorg adequater kunnen worden aangepakt. De gemeente zal een serieuze speler zijn op het zorgveld, voorzien van voldoende middelen. Er kan een betere balans worden in-

9.1

Met dit advies kan het kabinet de bestaande problemen voor burgers met beperkingen te lijf gaan

9.2

Met dit advies kun je ook de bestuurlijke problemen aanpakken

gesteld tussen lokaal en regionaal beleid. Verder ontstaat met de Voorzieningenwet de mogelijkheid de bestaande zorgtaken te saneren en de bijbehorende geldstromen te reduceren.

- Het raakvlak van zorgverzekeringen en Voorzieningenwet zal, zoals gezegd, beter dan nu zijn geregeld. Er zullen twee goed geprofileerde systemen voor zorgfinanciering ontstaan met heldere kerntaken voor de uitvoerders. De onvermijdelijke (en ook gewenste) overlapping is afdoende bekleed met verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Een uit beide systemen gevoed fonds creëert incentives voor publiekprivate samenwerking (tussen gemeente en verzekeraar) en voor werken aan gezondheidswinst. Deze samenwerking wordt nu ook expliciet politiek doel.

De mogelijkheden voor kostenbeheersing nemen toe:

- financiering van het recht op een voorziening vindt plaats uit het gemeentefonds (zie hoofdstuk 11 voor het ingroetraject);
- door decollectivering van (delen van) AWBZ-zorgaanspraken (met daarbij wel de kanttekening dat de hiermee bereikte besparingen deels zullen weglekken in gemeentelijk welzijns-, werk- en inkomensbeleid);
- het verdwijnen van zekerheden voor zorgaanbieders op de zorgcontracteringsmarkt kan de doelmatigheid en daarmee de prijs van de dienstverlening gunstig beïnvloeden;
- PGB'en zijn als zodanig beheersbaar c.q. voorspelbaar; verder kan men PGB'en koppelen aan eigen bijdragen.

9.3

En: dit advies bevat oplossingen voor het kostenprobleem in de AWBZ

De Raad verwacht dat de administratieve lastendruk zal dalen.

De vijf wettelijke regelingen worden teruggebracht tot drie (in feite twee, als men de uitgekilde Welzijnswet niet meetelt). Het advies behelst onder meer een één-loket functie, een beperkte indicatiestelling door reguliere zorgprofessionals en een vergaande delegatie van taken binnen het lokaal bestuur aan de GGD. Verder kan decollectivering van AWBZ-zorgaanspraken de administratieve lastendruk verlagen.

9.4

Tenslotte: de administratieve lastendruk kan omlaag

10 Gevolgen

Voor de burger. Een garantie voor rechtszekerheid en rechtsgelijkheid (vergelijkbaar met een zorgplicht) door robuuste wet- en regelgeving. De wet garandeert keuzemogelijkheden voor en informatie daarover aan burgers. Er komt een (elektronisch of fysiek) loket voor gezondheids- en zorgadviezen en voor indicatiestelling en zorgtoewijzing, met een koppeling van de laatste twee. Bij complexe beperkingen en sterke afhankelijkheid van voorzieningen: snellere overgangen tussen arbeid, wonen, zorg, inkomen, recreatie, onderwijs. Er ontstaat aanspreekbaarheid (Awb) van de gemeente op ketenregie. Concreet: de burger kan de gemeente afrekenen op tastbaar resultaat op het vlak van maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld zelfstandig wonen met een beperking). De financiële gevolgen (onder meer eigen bijdragen) worden langs fiscale weg (dan wel via werk en inkomen) opgevangen. Er komt een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling - en daarmee aanspreekbaarheid – tussen markt (verzekering) en overheid (gemeente). Incentives ontmoedigen afschuifgedrag op het overgangsg gebied gemeenteverzekering.

10.1

Gevolgen voor burger:

- één loket;
- keuzemogelijkheden;
- continuïteit van zorg;
- aanspreekbaarheid gemeente;
- duidelijkheid over taak gemeente/taak verzekeraar

Voor de zorgaanbieder. Vereenvoudiging van indicatiestelling en zorgtoewijzing. Voor onderdelen van een aantal zorgfuncties koopt de gemeente via (een deskundige en goed geoutilleerde) GGD in (in plaats van nu het Zorgkantoor). De zorginkoop vindt plaats op basis van transparante procedures én prestaties. Er bestaan wettelijke normen voor kwaliteit en toegankelijkheid. De bestaande afhankelijkheid van de overeenkomst met de verzekeraar neemt af (er komen méér potentiële contractpartijen: naast de verzekeraar, de gemeente). De producten 'zorg' en 'ondersteuning' worden scherper van elkaar onderscheiden, hetgeen het management van zorgprocessen vergemakkelijkt.

10.2

Gevolgen voor zorgaanbieder:

- minder bureaucratie;
- gemeente als extra partner;
- zorginkoop op basis van resultaat;
- onderscheid in producten

Voor de zorgverzekeraar. Zorgkantoor en RIO verdwijnen. Er ontstaat een nieuwe relatie met de gemeente via een regiovertegenwoordiger. Concentratie op de Standaardverzekering (dus noodzakelijke medische zorg en ziekte/stoornis) wordt bevordert. De mogelijkheden om een bredere aanvullende zorgverzekeringsspolis aan te bieden worden groter. Er ontstaat een interessante mogelijkheid tot profilering op het overgangsg gebied van verzekering en gemeente (vrijwillig). De verzekeraar kan zich op een breder terrein als ondernemer met reële invloed, maar ook risico, manifesteren.

10.3

Gevolgen voor verzekeraar:

- Zorgkantoor en RIO verdwijnen;
- meer mogelijkheden voor aanvullende verzekering

<p><i>Voor de gemeente.</i> De integratie van gezondheids- en zorgtaken biedt nieuwe kansen voor lokaal beleid. Dit is een nieuwe taak die nieuwe kennis en organisatie veronderstelt. Er ontstaat een gezondere verhouding tot het rijk, met deels centrale (targets en visie) en deels decentrale elementen. De rol van het lokaal bestuur moet vorm krijgen in een gezondheids- en zorgplan. Er komt een nieuwe (resultaatverplichtende) verhouding via de Voorzieningswet met de burger als zorgconsument. De gemeente zal concrete, toetsbare resultaten op het vlak van maatschappelijke participatie moeten laten zien, wordt daar ook financieel op afgerekend. Financieel verloopt deze operatie in principe neutraal, de huidige AWBZ-middelen worden naar de gemeenten overgeheveld. Er ontstaat een profileringmogelijkheid voor gemeenten door het openbaar maken van hun performance en door benchmarking. Goed presterende gemeenten verwerven extra inkomsten uit het stimuleringsfonds. Er ontstaat een mogelijkheid tot profilering op voor de burger belangrijke gebieden. Er komen wettelijke bevoegdheden voor regiovoering in de ketenzorg en in de relatie tot de zorgverzekeraar.</p>	<p>10.4 Gevolgen voor gemeente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meer kansen voor lokaal beleid; - heldere relatie tot rijk; - heldere relatie tot burger; - resultaatverplichting via zorgplicht; - openbaarheid en benchmarking; - prestatiebekostiging
<p><i>Voor de GGD.</i> Een wezenlijke verandering van collectief en openbaar naar ook individueel (namelijk 'zorg'). De kerntaak wordt de koppeling van gezondheid aan zorg. De GGD zal het medisch-verpleegkundig profiel moeten versterken, wordt relatief onafhankelijker van het gemeentebestuur en daardoor herkenbaarder voor burger, zorgaanbieder en verzekeraar. Hij contracteert namens de gemeente maatschappelijke zorg en borgt een adequaat verloop van zorgadvies, indicatiestelling en zorgtoewijzing (combinatie GGD-SPD). Hij moet voor deze functie wel concurreren met anderen in een open aanbesteding. De signalerende taak voor het gemeentebestuur (op basis van een actieve regionale epidemiologie en een gezondheidseffectscreening (GES) en behoeftepeiling), meer prioriteit geven (zie IGZ-rapport). Deze taak zal de GGD ook actief moeten toepassen op de ketenzorg: een liaisonfunctie welzijn, preventie, zorg. Door schaalvergroting (minder GGD'en) zijn andere managementcompetenties vereist.</p>	<p>10.5 Gevolgen voor GGD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingrijpende verandering; - onafhankelijker; - zorginkoper; - samenwerking met SPD; - schaalvergroting
<p><i>Voor het rijk.</i> Er ontstaat een nieuw vehikel voor territoriale decentralisatie (de Voorzieningswet). Dit vereist actieve aansturing op onderdelen, onder meer door zorgvisies en doelen die inspireren en richting geven. Daarin zal de rijksoverheid de volksgezondheid consequent moeten koppelen aan de zorg. Het rijk zal de gemeenten ook moeten aansturen op basis van</p>	<p>10.6 Gevolgen voor rijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nieuw vehikel voor decentralisatie; - aansturen op prestaties; - integrale aanpak verzekering gemeente

prestaties: een deel van de beschikbare middelen komt terecht in een centraal stimuleringsfonds (kas). Een integratieve benadering van Standaardverzekering en Voorzieningenwet is nodig. De bestaande AWBZ-taken verdwijnen grotendeels op centraal niveau.

11 Implementatie

In de herziening van het verzekeringsstelsel moeten de totstandkoming van de Standaardverzekering, een aanvullende verzekering en de Voorzieningenwet integraal worden aangepakt (één project). De herverkaveling van de AWBZ-zorgaanspraken vormt hierin een cruciaal onderdeel. En die is op haar beurt weer afhankelijk van de inrichting van de Standaardverzekering. Maar vooral, omdat dit communicerende (zorg-)vaten zijn. Hierbij moet VWS consequent rekening houden met het ‘noodlot’ van het lokaal bestuur: de achtervanger zijn voor de burger.

11.1
Essentieel: integrale aanpak
Standaardverzekering en
Voorzieningenwet

De Raad beveelt de Staatssecretaris aan dit grote beleidsproject uit vier stappen te laten bestaan.

11.2
Dit is één groot beleidsproject
bestaande uit vier stappen

1. Het bepalen van het karakter van de Standaardverzekering: een brede basisverzekering of een smalle standaardverzekering. Tegelijkertijd: het innemen van een kabinetsstandpunt over (a) de gemeentelijke zorgtaken naar aanleiding van dit RVZ-advies en (b) de toekomst van de AWBZ.
2. Voor de korte termijn de WVG gebruiken als ‘carrier’ en ‘groeiwet’ voor de AWBZ, de Welzijnwet en de ZFW over te hevelen zorgfuncties.
3. Het instellen van een overgangsregime van vijf jaar ten behoeve van het inregelen van de nieuwe gemeentelijke taken op weg naar de definitieve situatie (te weten het gemeentefonds). Tegelijkertijd: het creëren van een stimuleringsfonds (gevoed met een deel van het beschikbare budget) voor de kanalisering van het grensverkeer verzekering-gemeente.
4. Het in de WVG (of diens opvolger) integreren van de Wcpv.

In de volgende paragrafen werkt de Raad deze stappen uit.

Zoals eerder in dit advies gezegd, beveelt de RVZ het volgende aan:

11.3
Stap 1:
- creëer brede basisverzekering inclusief groot deel AWBZ;
- rest AWBZ: gemeente of
privaat

1. een brede basisverzekering, waarin ook een groot deel van de AWBZ op gaat;
 2. een gemeentelijke voorzieningenwet, waarin een kleiner deel van de AWBZ op gaat;
 3. privatisering van onderdelen van AWBZ-zorgaanspraken.
- Indien het kabinet kiest voor een smalle Standaardverzekering voor curatieve zorg met risicodragende verzekeraars met winsttoegmerk, dan is dit preferente RVZ-scenario niet uit-

voerbaar. Men zal dan zorgvuldig moeten nagaan of een ‘groot deel van de AWBZ’ inderdaad een plaats kan krijgen in de nieuwe verzekering. Het gaat dan om de oorspronkelijke kern van de AWBZ: de langdurige (c.q. permanente) institutionele zorg voor sterk verpleegbehoefte patiënten (incl. mensen met een ernstige lichamelijke handicap), voor sterk zorgafhankelijke chronisch-psihiatrische patiënten en voor mensen met een ernstige verstandelijke en/of zintuiglijke handicap. De overeenkomstige voorzieningen zijn: de verpleeghuizen, de algemene psychiatische ziekenhuizen en de instellingen voor gehandicapten.

De RVZ is van mening dat óók bij een keuze voor de smalle Standaardverzekering het grootste deel van de huidige verpleeghuiszorg (samen met de thuiszorg) onderdeel kan worden van deze verzekering. Het gaat immers om in principe verzekerbare risico’s en om reguliere verpleging en verzorging bij chronische ziekten. Resteren de twee andere zorgvormen. Daarvoor zijn in theorie de volgende financieringsbronnen denkbaar:

- *een romp-AWBZ* ten behoeve van de exploitatie van de instituten die dienen als vervanging van en achterwacht voor community care; voor de uitvoering kunnen een of meer ‘zorgkantoren’ in stand worden gehouden;
- *een rijksregeling* met een centrale kas begrotingsgefinancierd, uitgevoerd door een ZBO (bijvoorbeeld CVZ), vergelijkbaar met bestaande regelingen op justitieel terrein; geleidelijke overgang naar community care onder gemeentelijke verantwoordelijkheid is denkbaar;
- *overbeveling naar gemeenten of provincies* volgens het Scandinavisch model (eventueel na uitzuivering van de zorgfuncties, waardoor woon- en verzorgingsfuncties resteren).

De RVZ adviseert om in dit verzekeringsscenario te kiezen voor de tweede variant (rijksregeling). De twee andere varianten zullen zijns inziens te veel praktische bezwaren (bureaucratie, te kleine geografische schaal, te grote verandering ineens) opleveren.

De RVZ beveelt aan voor de korte termijn de WVG te gebruiken als ‘carrier’ en voorloper van de Voorzieningswet c.q. de Wet maatschappelijke zorg (zie ook 11.2). Synchron lopend met de totstandkoming van de Standaardverzekering kan de WVG gevuld worden met voorzieningen uit de AWBZ, de Welzijnswet en de ZFW. In dit groeimodel zou het kabinet een

11.4

Stap 1 ziet er anders uit wanneer kabinet kiest voor smalle curatieve Standaardverzekering. Dan andere aanpak AWBZ: een rijksregeling “op weg naar” gemeente

11.5

Stap 2: de WVG aanwijzen als carrier voor de nieuwe zorg- en ondersteuningstaken. Een aangroeimodel met ijkmomenten

aantal ijkmomenten moeten definiëren, waarop bezien wordt of een nieuwe wet noodzakelijk is.

De RVZ beveelt aan, op weg naar de beoogde situatie (gemeentefonds etc.), een overgangsregime van vijf jaar in te stellen. In die periode werken rijk en gemeente gezamenlijk aan de condities voor succesvol gemeentelijk zorgbeleid:

- het vaststellen van prestatiecriteria (voor maatschappelijke participatie), het meten en openbaar maken van prestaties; als kader dient het lokaal gezondheids- en zorgplan; zie ook achtergrondstudie nr. 4 van K. Putters;
- het geschikt maken van de systematiek van het gemeentefonds voor de decentralisatie van de nieuwe taken;
- een door gemeenten te ontwikkelen model voor samenwerking;
- het vaststellen van de bij de taken behorende budgettaire ruimte;
- de ontwikkeling van een Stimuleringsfonds voor gemeenten (gevoed met een deel van de beschikbare budgettaire ruimte), mede ten behoeve van het grensverkeer verzekering-gemeente; sluiten convenanten gemeenteverzekeraars.

In deze fase vindt nog geen definitieve overheveling naar het gemeentefonds plaats, maar wordt gebruik gemaakt van een doeluitkering. Periodiek informeert het kabinet de Tweede Kamer

11.6
Stap 3: een overgangsregime van 5 jaar waarin een doeluitkering bestaat. Hierin een aantal zaken regelen

De Raad beveelt aan in de tweede helft van deze overgangsfase de Wcpv in de WVG c.q. Voorzieningenwet te integreren. Dit zou kunnen samenvallen met het moment waarop de WVG overgaat in de Voorzieningenwet c.q. Wet maatschappelijke zorg. De Raad geeft in overweging ‘maatschappelijke zorg’ te vervangen door ‘ondersteuning’. Dat maakt het onderscheid met zorg, zijnde gezondheidszorg (zie 2.3) duidelijker. De nieuwe wet zou dan de naam Wet ondersteuning maatschappelijke participatie (Womp) moeten krijgen.

11.7
Stap 4: tenslotte de Wcpv in de “WVG” integreren

Voor de opbouw van de noodzakelijke kennis bij de gemeenten zal door VWS, in overleg met de gemeenten, een programma moeten worden ontwikkeld. Dit is een onderdeel van het overgangsregime (11.6). Hiertoe richten betrokkenen een ontwikkelingsmaatschappij op, die het programma gezaghebbend en energiek aanpakken. Draagvlak en communicatie zijn essentieel. Hierin spelen GGD'en en SPD'en een belangrijke rol. Voor de GGD-nieuwe stijl zal er een plan van eisen moeten komen (de nieuwe competenties). Hierbij dient het IGZ-

11.8
Belangrijk: bij de gemeenten kennis en kunnen opbouwen! Een ontwikkelingsmaatschappij oprichten. Doe het gezamenlijk, doe het bottom up

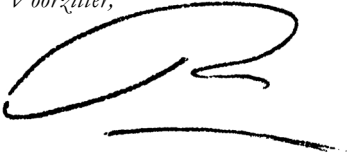
rapport uit juni 2003 richtinggevend te zijn. Bij de overdracht van taken van de verzekeraar naar de gemeente kan bij zorgkantoren en RIO's opgebouwde expertise behulpzaam zijn. De Raad is geen voorstander van substantiële uitbreiding van de ambtenarenapparaten van de gemeenten. Wel zullen bij de gemeenten kleine, hoogwaardige beleidseenheden moeten worden gevormd. Delegatie aan de GGD staat verder voorop. Belangrijk is dat VWS van meet af aan in samenwerking met gemeenten prikkels ontwikkelt voor intergemeentelijke samenwerking 'van onderop'.

De RVZ gaat er vanuit dat deze grote operatie budgettair neutraal zal worden uitgevoerd. Met de overheveling van AWBZ-zorgaanspraken naar gemeenten is in de eerste fase een bedrag van € 3 tot 4 miljard gemoeid (dit betreft de extramurale AWBZ-zorg). Voor de in dit advies bepleite taakverzwaring (zie 6.3) van de gemeente is dit bedrag noodzakelijk.

11.9
Geén bezuinigingsoperatie,
het bestaande budget is hard
nodig

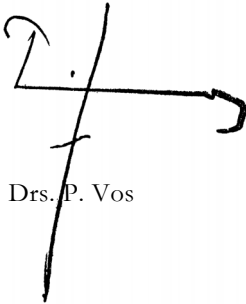
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag rol van de gemeente in de zorg

Wil een concept als Community Care en Zorg in de buurt echt invulling krijgen, dan vereist dat versterking van de rol van gemeenten. Die zijn als één van de weinige in de positie om de klassieke preventierol van de gemeente te verbinden met aspecten die te maken hebben met de woonomgeving en het aanbod aan welzijns- en zorgvoorzieningen.

Een onderwerp waar dat zondermeer duidelijk is, is de jeugdzorg. Dat geldt ook voor de inrichting van de eerstelijns gezondheidszorg. De mogelijke taakdifferentiatie die u in uw recente advies “Taakherschikking in de Gezondheidszorg” bepleit en mogelijke andere ontwikkelingen als antwoord op het huisartsentekort hebben ongetwijfeld ook consequenties voor de inrichting van het eerstelijns aanbod op wijk- en gemeentelijk niveau. De ruimte voor gemeentelijk gezondheidsbeleid varieert: soms is er sprake van medebewind (zoals bij de planning van zorgvoorzieningen), soms is er sprake van een eigen verantwoordelijkheid (zoals bij tal van welzijnsvoorzieningen).

De centrale vraag is wat de gemeenten nodig hebben aan extra instrumenten om hun rol op het gebied van zorg en zorgvoorzieningen te versterken. Dit onderwerp verdient een sectoroverstijgende benadering, wat wordt geïllustreerd door het feit dat binnen VWS er minstens vijf directies betrokken zijn bij dit onderwerp: de directies Verpleging, Verzorging en Ouderen; Jeugdbeleid; Gehandicaptenbeleid; Preventie en Openbare Gezondheidszorg; en Innovatie, Beroepen en Ethiek.

De RVZ wordt gevraagd een analyse te maken van de mogelijke en wenselijke rol van de gemeenten en het gemeentelijke gezondheidsbeleid en te adviseren over de beleidsinstrumenten, waarover de gemeenten hiertoe zouden moeten kunnen beschikken.

Bijlage 2

Uitgewerkte praktijkvoorbeelden

Casus A

Mevrouw A. is na een CVA, tengevolge waarvan zij een halfzijdige verlamming opliep, weer thuis. Haar man is op leeftijd en kampt met ernstige artrose. Hij is dus maar beperkt in staat zijn vrouw te helpen. Het echtpaar heeft behoefte aan ondersteuning bij het aankleden en wassen van mevrouw (persoonlijke verzorging). Daarnaast is ook huishoudelijke hulp gewenst omdat de echtgenoot niet instaat is om complexe handelingen als het openmaken van levensmiddelen te verrichten.

Ook is hij niet in staat om lichamelijke inspanning te leveren die toch wel nodig is bij een aantal huishoudelijke activiteiten. Er moet dus maaltijdvoorziening komen en huishoudelijke hulp. Mevrouw moet, om te voorkomen dat haar mobiliteit achteruitgaat, fysiotherapie hebben. Gegeven het feit dat dit drie keer per week geïndiceerd is, komt de fysiotherapeut aan huis.

Om goed te kunnen lopen heeft mevrouw een looprek. Als laatste zijn aanpassingen in huis nodig. De WC moet omhoog en de douchecel moet aangepast worden. Ook heeft mevrouw een traplift nodig.

Procedure ond:

In de oude situatie moest patiënte zowel bij het zorgkantoor als bij de gemeente aanvragen indienen. Zij moest naar de gemeente voor de *aanpassingen in huis en de maaltijdvoorziening* en naar het zorgkantoor voor de *thuiszorg, de huishoudelijke ondersteuning en het looprek*. Beide instanties deden een verzoek tot indicatiestelling aan het RIO. Deze verzoeken kwamen zelden tegelijkertijd binnen. Zo ontstonden twee aparte indicatietrajecten en was het niet gegarandeerd dat afstemming tussen de twee trajecten plaats vond. *Fysiotherapie* werd toegekend op verwijzing van een arts. Het RIO bracht zowel advies uit aan de gemeente als aan de zorgverzekeraar. Daarna werden twee aparte besluiten genomen door twee verschillende instanties. Er was niet gegarandeerd dat de behoefte aan de verschillende vormen van zorg integraal in kaart werd gebracht; het waren gescheiden trajecten (ondanks het feit dat in beide ge-

vallen - AWBZ-verstrekingen en WVG-voorzieningen – de indicatiestelling via het RIO verliep) . In beginsel wist het zorgkantoor niet dat tevens een aanvraag voor een huisaanpassing bij de gemeente was ingediend, en wist de gemeente niet dat bij het zorgkantoor een aanvraag voor huishoudelijke hulp en ondersteuning bij wassen en aankleden was ingediend. Naast inhoudelijke coördinatie was er ook in de doorlooptijd van de procedure geen afstemming. Het was dus goed voorstelbaar dat de thuiszorg al toegewezen en geregeld was terwijl de aanpassingen in huis nog niet gedaan waren waardoor mevrouw nog niet thuis kon zijn. Kortom klant-onvriendelijk en ondoelmatig.

Procedure nieuw:

De winst in de nieuwe situatie zit in deze casus vooral in het feit dat patiënt zich tot één loket kan wenden. Op het moment dat ontslag uit het verpleeghuis in zicht is, start de indicatieprocedure bij het SPD-loket. Bij dit loket wordt *alle* noodzakelijke ondersteuning in kaart gebracht. Omdat het om een fors aantal aanpassingen gaat, en er sprake is van een complexe situatie, is extene indicatie-advies noodzakelijk. De indicatie wordt gesteld door een thuiszorgverpleegkundige met specifieke bevoegdheid tot indicatiestelling. Deze heeft contact met alle relevante behandelaars zoals de neuroloog, de verpleeghuisarts, de ergotherapeut en de huisarts. Op deze wijze is een professionele indicatiestelling gewaarborgd. Indicatiestelling moet binnen de genormeerde tijd gesteld worden en de aanpassingen worden aangebracht. Het grote voordeel ligt in het feit dat er één proces is waarbinnen coördinatie van de verschillende onderdelen van de aanvraag mogelijk is en in het feit dat er één verantwoordelijke partij is (de gemeente). De zorgverzekeraar moet uitsluitend nog benaderd worden voor de fysiotherapie. Dit verloopt echter via de huisarts en vraagt geen inzet van patiënte. Een voordeel van deze wijze van verwerking van de aanvraag is de betere afstemming en het overzicht. Ter illustratie hiervan bijvoorbeeld het volgende: omdat vooral de aanpassingen in huis nogal wat tijd blijken te kosten wordt het verblijf van mevrouw de laatste twee weken door de gemeente en de zorgverzekeraar gezamenlijk betaald. Mevrouw wordt dus niet naar huis gestuurd zonder dat aanpassingen geregeld zijn. Maar ook is het niet meer zo dat de thuiszorg geregeld is maar de patiënte nog niet naar huis kan.

Regelingen (nieuwe situatie)

Voorziening/Dienst	Bron
Huishoudelijke hulp	Wet op de Maatschappelijke zorg
Aanpassingen aan huis	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Looprek	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Ondersteuning wassen en aankleden	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Fysiotherapeut	Basisverzekering

Casus B

Mevrouw B. woont alleen en is bekend met een infantiele encephalopathie. Als gevolg hiervan heeft zij verminderde kracht met spasticiteit in beide armen en benen en heeft zij last van onwillekeurige bewegingen (spastische tetraplegie met chorea athetose). De laatste jaren heeft zij daarbij ook wisselend optredende pijnklachten van nek en lumbale wervelkolom. Ze heeft hiervoor fysiotherapie ter ontspanning en pijnvermindering. In het verleden ging zij regelmatig zwemmen, maar dit is niet meer vol te houden, gezien de bewerkelijke reis, en de moeite met aan- en uitkleden.

De revalidatiearts acht het noodzakelijk dat mevrouw X dagelijks een warm bad neemt om hypertonic en spasmen te doen verminderen, zodat ze langer zelfstandig in haar woning kan blijven functioneren. Omdat zij niet in staat is zelfstandig een transfer te maken in/uit bad heeft zij de hulp nodig van andere mensen. Die zijn echter niet altijd beschikbaar en zeker niet op de momenten waarop zij in bad wil gaan.

Procedure oud:

Mevrouw B. wendt zich tot de gemeente met het verzoek haar een zogenoemde bath-buddy te verstrekken uit hoofde van de WVG. Ze vindt dit een voor de hand liggende stap, omdat de gemeente enkele jaren eerder reeds een zogenoemde natte douchecel voorziening in haar woning heeft aangebracht. Tot haar verbazing wijst de gemeente haar aanvraag evenwel af, op grond van de overweging dat hier sprake is van een medische indicatie. Daarom moet zij zich wenden tot de zorgverzekeraar, zo redeneert de gemeente. Hierop dient mevrouw B bij

haar zorgverzekeraar een aanvraag in voor verstrekking van de gevraagde voorziening ten laste van de ziektekostenverzekering. De verzekeraar wijst de aanvraag echter eveneens af, omdat het aangevraagde niet behoort tot het wettelijke verstrekkingenpakket. De verstrekkingen die in dit pakket zijn opgenomen zijn limitatief bij wet omschreven en de verzekeraar heeft niet de beleidsvrijheid om van de wettelijke regeling af te wijken.

Mevrouw B wendt zich ten einde raad weer tot haar huisarts. Deze acht het onacceptabel dat zij van het kastje naar de muur gestuurd wordt en zich als gevolg daarvan gedwongen ziet haar zelfstandigheid op te geven. De huisarts dient daarom namens haar een aanvraag in voor thuiszorg; het RIO besluit (uiteindelijk) dat mevrouw B geïndiceerd is voor 6 uren per week ondersteuning bij wassen en aankleden. Al met al hebben de verschillende procedures ruim een jaar in beslag genomen; de klachten van mevrouw B zijn in de loop van dat jaar verergerd. Mevrouw B houdt niet zo van ‘vreemden in huis’, die inbreuk (moeten) maken op haar privacy en die bepalen op welk moment zij in bad kan gaan, maar ach ... alles is beter dan niets!

Procedure nieuw:

Mevrouw B. wendt zich tot de gemeente met het verzoek haar een zogenoemde bath-buddy te verstrekken uit hoofde van de Wet op de Maatschappelijke zorg. De gemeente wil graag de daadwerkelijke zorgbehoefte van mevrouw B in kaart gebracht zien om te kunnen besluiten of de gevraagde voorziening in haar geval ook de beste oplossing biedt. Ze vraagt de SPD om een huisbezoek af te leggen en advies uit te brengen. De thuiszorgverpleegkundige consulteert de behandelend revalidatiearts bezoekt mevrouw B. Ze komt tot de conclusie dat de gevraagde voorziening inderdaad voorziet in de zorgbehoefte van mevrouw B. en haar de mogelijkheid biedt om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Wel maakt ze zich zorgen over het feit dat mevrouw B. in geval van nood geheel op zichzelf is aangewezen. Mevrouw B geeft aan dat ze een draagbare telefoon heeft en dat ze deze altijd binnen handbereik heeft, zodat ze in geval van nood iemand kan bellen. De thuiszorgverpleegkundige is overtuigd en adviseert de gemeente dan ook om de gevraagde voorziening toe te wijzen. De gemeente neemt het advies over en wijst de aanvraag voor de bath-buddy toe. De gehele procedure – vanaf het indien van de aanvraag tot en met de plaatsing van de bath buddy – heeft zes weken in beslag genomen.

Casus C.

De heer C. is 25 jaar en is geboren met een spina bifida ('open rug'). Tot nu toe heeft de heer C. bij zijn ouders gewoond, maar hij wil nu graag zelfstandig gaan wonen. Door zijn aandoening heeft de heer C. problemen met zijn blaasfunctie en is niet in staat zelf te lopen. Hij heeft een rolstoel. Tot nu toe namen zijn ouders veel taken voor hun rekening. Dit leidde echter tot steeds grotere spanningen en het is echt noodzakelijk dat de heer C. zelfstandig gaat wonen.

De heer C. is goed in staat om zichzelf te wassen en aan te kleden. Wel heeft hij huishoudelijke ondersteuning nodig. Ook is en achterwachtfunctie gewenst voor als er ineens iets mis gaat. Een tijdje geleden is de heer C. gevallen in de douche en kon hij zelf niet meer overeind komen. Voor zijn blaasfunctie heeft hij een verblijfskatheter. De thuiszorgverpleegkundige komt deze vernieuwen. In zijn nieuwe huis zijn aanpassingen nodig, in de keuken, de badkamer en het toilet. Ook moeten de drempels weg. Uiteraard heeft de heer C. zijn rolstoel.

Procedure oud:

De complexe aanvraagtrajecten in de oude situatie zijn al geïllustreerd in casus A. In deze casus is vooral de problematiek van de persoonsalarmering relevant. Ten aanzien van persoonsalarmering zijn drie hoofdfuncties te onderscheiden:

1. Voordeur (aanbieden alarmering en daarna van apparatuur).
2. De centrale (aannemen en afhandelen van meldingen).
3. De opvolging (verzorgen en uitvoeren van professionele achterwacht).

Ziektekostenverzekeraars hebben op grond van wettelijke regelingen een verplichting tot financiering van alarmeringsapparatuur als iemand daarvoor op medische gronden is geïndiceerd. Vanuit de Regeling hulpmiddelen (ZFW) komt alleen de apparatuur voor vergoeding in aanmerking (functie 1). Op grond van de AWBZ kan de opvolging (functie 3) alleen worden vergoed wanneer professionele hulp moet worden geboden.

Een indicatie voor het apparaat houdt dus niet vanzelf een recht op alarmopvolging in en voorziet niet in een centrale voor het ontvangen van de meldingen (wel in een intramurale voorziening, waar dit tot de outillage van de instelling behoort, maar niet 'in de wijk'). Dit is te verklaren door het feit dat ziektekostenregelingen in beginsel individugericht zijn (het

gaat om individuele aanspraken); collectieve voorzieningen - zoals een oproepcentrale - hebben daarin geen plaats. Dat is geen probleem wanneer mensen in een AWBZ-instelling verblijven, maar wel wanneer ze zelfstandig (willen blijven) wonen.

Procedure nieuw:

In de nieuwe situatie is er één samenhangende regeling voor personenalarmering. Het sterke van de gemeente als verstrekker van deze voorziening is dat de gemeente veel beter in staat is collectieve voorzieningen (oproepcentrale) te organiseren. In dit geval komt het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) met een oplossing. Gegeven het grote aantal zelfstandig wonende gehandicapten in de wijk heeft de gemeente op verzoek van het AMW de volgende oplossing georganiseerd. De huisartsenpost heeft zich bereid verklaard de oproepen van bewoners in de wijk in ontvangst te nemen (middels een online verbinding via een medaillon). Een groep vrijwilligers heeft geopteerd om, tegen onkostenvergoeding, de follow up van de oproepen te doen. Iedere wijk heeft een eigen team vrijwilligers die samen 'de diensten' vervullen. Coördinatie ligt bij het AMW.

Regelingen (nieuwe situatie)

Voorzienig/Dienst	Bron
Huishoudelijke hulp	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Aanpassingen aan huis	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Rolstoel	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Verpleegkundige	Basisverzekering
Materiaal (blaaskatheter)	Basisverzekering
Uroloog/neuroloog	Basisverzekering

Casus D

De heer D. is nu 43 jaar. Hij lijdt sinds zijn 18^e aan schizofrenie. Aanvankelijk werd de aandoening gekenmerkt door episodes van waanideeën (paranoïde) en hallucinaties. De diagnose werd door de huisarts gesteld en de heer D. werd eerst poliklinisch behandeld door een psychiater met medicatie. Het lukte in het begin om de heer D. goed in te stellen en hij nam rede-

lijk trouw zijn medicatie in. Gaandeweg verslechterde de situatie echter. De heer D. werd meerdere malen in verwarde toestand opgenomen op de PAAZ van het naburige ziekenhuis. Na ontslag ging het steeds korte tijd goed, maar meer en meer vertoonde de heer D. zwerfgedrag. Hij woonde alleen en de burens gaven blijk van overlast. Regelmatig werd de politie gebeld, maar ook de politie was niet in staat veel te doen. Eens per week kwam de SPV-er langs, maar ook deze had weinig invloed meer op de heer D. Deze situatie escaleerde in een ernstige 'schub'. Hierbij was de heer D. zo verward dat hij, na interventie van de huisarts en de dienstdoende psychiater van de plaatselijke GGZ-instelling in deze instelling opgenomen werd. Dit overigens niet voordat hij een paar uren in een politiecel had gezeten en er eindeloos getouwtrek was tussen de politie en de GGZ over wie waarvoor verantwoordelijk was het betrekking tot de heer D.

De heer D. verbleef lange tijd in de instelling. Door de gestructureerde aanpak verbeterde zijn toestand aanzienlijk. In overleg met hem werd besloten dat hij in een beschermde woonsituatie geplaatst zou worden. Hier was 24-uurs begeleiding. De heer D. ging overdag naar de sociale werkplaats en bezocht 1x per maand zijn psychiater in de instelling.

Procedure oud:

Zoals hierboven beschreven is het grootste probleem in de oude situatie dat er op het grensvlak tussen gemeentelijk zorg (vooral openbare orde) en gezondheidszorg (psychiatrie) sprake is van onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en afschuifgedrag.

Procedure nieuw/verbetering ten opzichte van de oude situatie:

In de nieuwe situatie blijft nog steeds het probleem bestaan dat de heer D. niet tot behandeling gedwongen kan worden. Ook de mate waarin D zich aan gemaakte afspraken houdt verandert natuurlijk niet in de nieuwe situatie. Wel wordt in de nieuwe situatie de afstemming tussen de taken van de gemeente en de zorgverzekeraar (de psychiatrie) beter geregeld en komen sancties te staan op het niet adequaat handelen van één van beide partijen. Zo kan de gemeente de kosten van verblijf in de politiecel verhalen op de zorgverzekeraar. Tevens wordt de indicatiestelling ook in dit geval beter gecoördineerd. Een specifiek bevoegde SPV-er kan vanuit het SPD-loket de indicatiestelling verzorgen voor de beschermde woonvorm voor de heer D. Net als in de voorgaande casussen wordt hierdoor de professionele inbreng groter en de tijd verkort.

Regelingen (nieuwe situatie)

Voorziening/Dienst	Bron
SPV-er	Basisverzekering
PAAZ	Basisverzekering
Poliklinische psychiatrische zorg	Basisverzekering
Beschermd wonen	Wet op de Maatschappelijke Zorg
Verpleegkundige zorg in de woonvorm (SPV)	Basisverzekering
Algemeen medische zorg: GGD	Wet op de Maatschappelijke Zorg

Casus E

Mevrouw E. is 83 jaar. Na het overlijden van haar man is het snel bergafwaarts gegaan met mevrouw. Het werd ineens duidelijk dat haar man veel taken van haar over had genomen en haar beginnende dementie voor de buitenwereld verhuld had. Mevrouw werd steeds vergeetachtiger en haar dag- en nachtritme was verstoord. Haar zoon die in dezelfde stad woonde, uitte zijn bezorgdheid bij de huisarts. Deze bezocht mevrouw en maakte een afspraak bij de geriater. Bij onderzoek bleek haar schildklierfunctie vertraagd te zijn en haar vitamine B te laag. Mevrouw kreeg suppletie, maar dit leverde geen duidelijke verbetering van haar mentale toestand op. De geriater regelde na intensieve bemiddeling een plaats op de dagbehandeling van het lokale verpleeghuis.

Het duurde echter twee maanden voordat er plaats was op de dagopvang. Voor de overbrugging van deze periode nam de zoon (onbetaald) verlof op. Toen er plaats vrij was kreeg mevrouw 5 dagen per week activerende begeleiding. Zij werd hiervoor 5 keer per week opgehaald door de taxi. Mevrouw kreeg daarnaast hulp in de huishouding die elke ochtend zorgde dat zij klaar stond voor de taxi. Haar zoon en dochter zorgden voor de opvang na de dagbehandeling. Dit had impact op hun werk. Door de medicatie die mevrouw op de dagbehandeling ontving bleef haar dag- en nachtritme goed gehandhaafd. Een groot probleem was, dat het onduidelijk was hoe de opvang geregeld zou gaan worden bij verdere achteruitgang van patiënte.

Procedure oud:

Kort samengevat werd de oude situatie dus gekenmerkt door reactiviteit, zowel bij de indicatiestelling en als bij het treffen van maatregelen.

Procedure nieuw

De zoon van mevrouw kan zich in de nieuwe situatie wenden tot het SPD-loket. Hier zal de verantwoordelijke persoon voor de huidige situatie en oplossing moeten vinden. De verantwoordelijke persoon bij de SPD (“accountmanager”) zal ook patiënte blijven volgen zodat bij verslechtering tijdig aanpassingen van de hulpverlening georganiseerd kunnen worden. In dit geval zal een verpleegkundige met geriatrische expertise de indicatiestelling voor zijn rekening nemen. Deze neemt wederom contact op met de huisarts en de geriater en hoort ook uitgebreid de familie. Draagkracht van de mantelzorg is van groot belang. De verpleegkundige stelde indicatie voor dagopvang. Het bleek echter dat er niet op zeer korte termijn een plaats vrij was. De zoon ontving een vergoeding voor het onbetaalde verlof vanuit het PGB van patiënte.

Regelingen (nieuwe situatie)

Voorziening/Dienst	Bron
Huisarts	Basisverzekering.
Geriatr	Basisverzekering
Dagbehandeling	Basisverzekering
Huishoudelijke hulp	Wet op maatschappelijke zorg
Onkostenvergoeding mantelzorg	Wet op de Maatschappelijke Zorg (PGB)

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vanuit de Raad

Drs. F.B.M. Sanders
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
Mr. A.A. Westerlaken

Samenstelling ambtelijke projectgroep

Drs. P. Vos/Mw. drs. M.G. Wats, projectleider
Dhr. J.B.J. Drewes, arts
Drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
Mw. J.I.M. Schaap, projectsecretaresse

Opstellers externe achtergrondstudies

Dhr. H. Nauta (Ecorys-NEI)
Dr. K. Putters (Universiteit van Tilburg)

Gesprekspartners

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Drs. R.J. Beuse, mw. dr. H.P. Uniken Venema, mr. W. van den Ouwelant – GGD Nederland (19 09 2003)
Drs. B. van den Dungen - LVT (19 09 2003)
Mw. drs. A. Koornstra – GGD Nederland (16 09 2003)
Dr. K.W.H. van Beek en mw. dr. M. Mootz – RMO (18 09 2003)
Dhr. M.J.W. Bontje, drs. M.A.J.W. Bos en dr. J.A.I. Koolen – ZN (19 09 2003)
Prof. dr. N. Klazinga - AMC/UvA (19 09 2003)
Drs. H.J. Simons – NIZW (22 09 2003)
Mw. J. Voermans en dhr. H.J.C. Baaijens – VNG
– eerste gesprek 23 09 2003
– tweede gesprek 14 10 2003
– derde gesprek 4 11 2003
Mw. drs. M.E. Rompa – Arcares (24 09 2003)
Drs. B. Stoelinga – NIZW (24 09 2003)

Mw. drs. J.E.A.M. Nooren, Vereniging Gehandicaptenzorg
Nederland (29 09 2003)
Prof. dr. B. Gersons – AMC (26 09 2003)
Drs. M.P. van Gastel en drs. ing. A. Moerkamp – VWS (25
09 2003)
Dhr. J. Troost – Gehandicaptentraad Nederland (01 10
2003)
Drs. J.F. de Beer – GGZ Nederland (29 09 2003)
Prof. E.W. Roscam Abbing, IGZ (06 10 2003)
Drs. H.G.C. Cohen Stuart, IPO (30 09 2003)
Mw. drs. I. van Bennekom, NPCF (01 10 2003)
Drs. M.P.H. van Haeften, Raad voor het openbaar be-
stuur/Rfv (15 10 2003)
Mw. A. Juli, MEE Nederland (04 11 2003)

*Verslag bijeenkomst deskundigen openbaar bestuur en RVZ
op 10 oktober 2003 te Zoetermeer*

Aanwezige deskundigen:

Mw. A. van den Berg
Drs. R.J. Beuse
Mw. drs. S. Duinkerke
Dhr. W. ETTY
Drs. M.P.H. van Haeften
Dhr. G.J.A. Hille
Mr. E.M. d'Hondt
Drs. H.J. Kaiser
Mw. P.C. Krikke
Dr. K. Putters
Drs. H. Saan

Vanuit de RVZ:

Drs. F.B.M. Sanders, voorzitter
Drs. P. Vos, algemeen secretaris
Mw. drs. M.G. Wats, adjunct algemeen secretaris

Opening

De heer Sanders opent de vergadering en heet aanwezigen welkom.

Introductie van het advies Gemeente en Zorg.

De heer Sanders geeft een introductie van de adviesaanvraag van het ministerie van VWS aan de RVZ en behandelt de hoofdlijnen van het advies (zie bijgesloten sheets). De RVZ wil de volgende vragen aan de aanwezigen voorleggen.

- a. Welke rol moet de gemeente spelen in zorg?
- b. Welke motieven zijn daarbij relevant?
- c. Hoe moet de genoemde rol geïnstrumenteerd worden?
- d. Aan welke voorwaarden op het gebied van uitvoering moet voldaan zijn voordat de gemeente zijn rol goed kan spelen?

Aanvullend licht de heer Sanders de visie van de Raad op de AWBZ nader toe. De RVZ is van mening dat de AWBZ tot een harde kern teruggebracht moet worden (complexe verpleeghuiszorg en langdurige intramurale psychiatrische zorg). Deze harde kern AWBZ kan naar de mening van de RVZ opgenomen worden in de basisverzekering. De RVZ kiest daarbij voor een sociale basisverzekering. Het kabinet lijkt echter voor een privaatrechtelijke verzekering te kiezen. De heer Sanders benadrukt dat in dat geval dergelijke integratie minder logisch is. Het is immers de vraag of zorgverzekeraars in die situatie klassieke AWBZ-taken willen uitvoeren. Voor financiering en uitvoering van de AWBZ zal dan een aparte

oplossing gezocht moeten worden. De nadelen van deze keuze zijn dat er meer compartimenten in de financiering van de zorg blijven bestaan en dat integratie van de AWBZ-zorg met de andere delen van de zorg bemoeilijkt wordt. De zorg zal geïsoleerd worden en verder van de burger komen te staan. De Raad discussieert hier nog over.

Aanbevelingen aan de RVZ

Stem het advies af met de Raad voor de financiële verhoudingen

Aanwezigen adviseren de RVZ om de terminologie in het advies goed af te stemmen met de Raad voor de financiële verhoudingen. Let op doeluitkering versus gemeentefonds en de financiële aspecten van implementatie. Er moet een goede financiële infrastructuur ontworpen worden.

Benoem de valkuilen van decentralisatie

Conform de vragen van de RVZ benadrukken de aanwezigen dat aangetoond moet worden dat de overheveling van taken van de centrale overheid naar de gemeente meerwaarde moet hebben. Ervaringen met de WVG roepen bij sommigen twijfels op. Het is van belang om duidelijk te benoemen welke abstracties aan de basis van het advies liggen. De heer d' Hondt wijst erop dat de centrale overheid de neiging heeft minder aantrekkelijke taken te decentraliseren. Het ontbreekt in een dergelijk proces vaak aan visie bij de centrale overheid. Ook krijgt de decentrale overheid geen duidelijke kaders mee, maar wordt wel afgerekend op resultaat. Dit leidt tot veel spanning en ontevredenheid. Indien desondanks toch gekozen wordt voor decentralisatie dan moet duidelijk zijn dat men niet terug moet schrikken voor differentiatie op lokaal niveau, sterker nog het moet helder zijn dat dit juist de bedoeling is. Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop de gemeenten worden afgerekend; niet op basis van centrale criteria, maar op kwaliteit van de dienstverlening (tevredenheid burgers).

Borg de centrale positie van de burger

De heer Etty wijst aanwezigen erop dat het voorliggend voorstel in principe aansluit bij de aanvankelijke wensen van de gemeente. Er ligt ook een prachtige kans voor gemeenten om zich te profileren. De meest zuivere vorm van decentralisatie is decentralisatie naar het niveau van de burger. De doelgroep van dit advies, met uitzondering van mensen die bemoezorg nodig hebben, is prima in staat zelf te kiezen. Het gevaar dreigt dat er een systeem ontstaat waarin de klant onvoldoende keuze krijgt. De meerwaarde van een regisserende bestuurslaag is onduidelijk: hoe meer regie door de burger zelf hoe beter.

Hierbij plaatsen aanwezigen wel een kanttekening als het gaat om diensten die juist alleen tot stand komen vanuit een integratieve benadering zoals vervoer, veiligheid en wonen. Bovendien kan niet iedere burger regisseren.

Instrumenteer de regierol van de gemeente

Als de gemeente de regie moet voeren, welke instrumenten heeft zij dan nodig? Aanwezigen zijn het er over eens dat financiële middelen belangrijk zijn. In dit kader worden ook de instrumenten die public governance biedt genoemd (regie, transparantie en verantwoording). De heer Kaiser wijst er op dat de complexiteit van de problematiek vaak enorm is en dat het aantal betrokkenen veelal groot is. Kaiser verwijst naar het voorbeeld van de jeugdzorg in Roermond. Het ontbrak in dit geval aan een probleemeigenaar. Het aantal betrokkenen was zo groot dat de betrokken burger vrijwel verdween. De vraag is of het om de tafel krijgen van partijen voldoende zekerheid geeft dat een goed resultaat bereikt wordt.

Overweeg keuze voor netwerkvorming en geleidelijke invoering

Sommige aanwezigen vragen zich af of het verstandig is een structuurwijziging voor te stellen. Een keuze voor een verandering in de taakverdeling of een andere regio-indeling zal, naar hun mening, waarschijnlijk geen oplossing bieden. De RVZ kan er ook voor kiezen meer nadruk te leggen op netwerkvorming. Hierbij is onderscheid te maken tussen resultaatverantwoordelijkheid en netwerkverantwoordelijkheid. Netwerkverantwoordelijkheid is informeler, maar het is toch mogelijk deze te verankeren door b.v. voorlichting aan de burger en persoonlijke begeleiding. Daarbij past ook een geleidelijke invoering. De directe betrokkenheid van de gemeente voor het wel en wee van hun burgers neemt toe. In aansluiting op die ontwikkeling kunnen de verantwoordelijkheden van de gemeente uitgebouwd worden en transparantie van resultaten vorm krijgen.

Maak onderscheid tussen de verschillende doelgroepen

De zorg voor ernstig verslaafden vraagt om andere organisatie en instrumentatie van de rol voor de gemeente dan de zorg voor ouderen. Voor de zorg voor de eerste groep zijn financiële middelen van belang. Hier ligt een duidelijke rol voor de gemeente, de burger kan het niet zelf! Voor de zorg voor de tweede groep heeft de gemeente vooral meer inkoopmacht nodig. Het is in de huidige situatie vrijwel onmogelijk om de relatie met een disfunctionerende zorginstelling op te zeggen. In deze tweede groep is ook het PGB een belangrijk instru-

ment. Hoewel de gemeente zelf inkoop en een regeling aan zijn burgers aanbiedt, kan de PGB-houder besluiten om zijn zorg van een aanbieder in een andere gemeente te betrekken. Zodoende zullen verschillen in kwaliteit van dienstverlening zich toch uitmiddelen.

Formuleer het advies zoveel mogelijk op het niveau van de individuele gemeente

Het aggregatieniveau waarop de gemeente inkoop, moet een vrijwillige keuze van de individuele gemeente zijn. De RVZ moet overwegen om de advisering ten aanzien van gebiedsindeling achterwege te laten en de keuze voor samenwerking aan de individuele gemeenten overlaten. Dit hangt ook weer af van de omvang van de doelgroep en de lokale omstandigheden. Ook de verantwoording moet op het niveau van de individuele gemeente liggen. Als de RVZ toch een advies over een logisch aggregatieniveau wil geven, zou gekozen kunnen worden voor de regio-indeling volgens de politieregio's.

Schets de gevolgen van meer concurrentie tussen de aanbieders

Aanwezigen wijzen erop dat gemeenten in de huidige situatie een gebrek aan overzicht hebben. Voor meer concurrentie zijn meer aanbieders nodig. De diversiteit moet toenemen. Het is daarbij onvermijdelijk en soms ook wenselijk dat aanbieders van de markt verdwijnen. Toetreding van nieuwe aanbieders moet mogelijk zijn. Alle partijen moeten zichzelf toetsen. Iedere deelnemer in de keten moet zijn eigen werk aantoonbaar goed doen. Gemeenten moeten daarbij het voorbeeld geven. Dit betekent b.v. dat gemeenten aantonen dat zij aanvragen voor en vestigingsvergunning snel afhandelen en dus een aantrekkelijke vestigingsplaats voor nieuwe aanbieders zijn. Openheid over resultaten is dus niet alleen relatief (benchmarking), maar kan ook absoluut zijn. Overigens wordt erop gewezen dat introductie van meer marktwerking tot vershraling kan leiden. Het falen van de markt moet op lokaal niveau worden vastgesteld. Daar blijft een rol voor de overheid liggen.

Ter afsluiting van de vergadering wijzen aanwezigen nog op de volgende punten:

- De rol van de provincie komt nu niet aan de orde in het advies.
- De gemeente heeft macht nodig om partijen rond de tafel te krijgen.
- Het concept "Smart governance" kan waardevol zijn voor het advies (Volkskrant 27 september).

- Ook de gevolgen voor de keten van Public Health moet aandacht krijgen in het advies.
- Het huidige advies betekent een belangrijke keuze. De nieuwe situatie zal niet vanzelf tot stand komen. Dit zal een grote verandering zijn voor partijen. De RVZ moet dat goed duidelijk maken in zijn advies.
- In dat kader is het te overwegen om een tactische aanbeveling aan VWS te doen. Indien de Staatssecretaris en de VNG redelijk snel op één lijn kunnen komen, kan implementatie beginnen. Indien dit niet het geval is, kan beter gestart worden met het verbeteren van de huidige taken van de gemeenten en voor een meer geleidelijk scenario gekozen worden.
- Het vorige punt wordt aangevuld met de opmerking dat de nadruk op procesmanagement moet liggen. De decentralisatieparadox (te snelle ondoordachte decentralisatie met als gevolg een centralisatiebeweging) ligt anders op de loer. Ook de informatie is een kwetsbaar punt. Welke informatie is nodig om te meten of het gewenste resultaat gerealiseerd wordt.
- Het gaat bij deze ontwikkeling over “de kunst van het overlaten”. Schets een eindmodel en een ingroeitraject.
- Daaraan wordt toegevoegd dat het advies als een visie/een einddoel kan worden opgevat. Op weg er naar toe moet deze visie steeds geëvalueerd worden. Daarbij is een waarschuwing voor een te complex systeem van kwaliteit/resultaatmeting op zijn plaats.
- Het is noodzakelijk om goed af te wegen of de gemeente ook echt verantwoordelijk kan zijn voor de taken die zij toebedeeld krijgt.
- De indicatiestelling vraagt eveneens veel aandacht.

Bijlage 4

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 5

Literatuurlijst

College voor Zorgverzekeringen. AWBZ functiegerichte afspraken in operationele termen: een eerste handreiking. Amstelveen: CVZ, 2003.

Commissie Belendoenhetbeter.nl Een kwestie van uitvoering: Vernieuwingsagenda voor de presterende overheid.
www.belendoenhetbeter.nl

Commissie Regionaal Bestuur in Nederland. Op schaal gewogen: Regionaal bestuur in Nederland in de 21^{ste} eeuw. Den Haag: IPO, 2002.

GGD Nederland. Op de gezondheid: gezondheidsbeleid in uitvoering. Utrecht: GGD Nederland, 2003.

IGLO Ouderen, gehandicapten en GGZ. Thuisbasis voor kwetsbare burgers: de gemeente. Een handreiking voor integraal gemeentelijk beleid voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking. Den Haag: VNG, 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Algemeen toezicht bij GGD'en: resultaten uit de periode 1999-2002. Den Haag: IGZ, 2003.

Interprovinciaal Overleg. Nieuwe perspectieven voor provinciaal sociaal beleid: Advies van de adhoc IPO adviescommissie-Simons over het sociaal beleid van de provincies. Den Haag: IPO, 2002.

Kuiper, W. en P. Kuiper. Vermaatschappelijking van de zorg stelt gemeenten voor grote opgave. Bestuursforum augustus/september 2003, p. 16-18.

Ministerie van VWS en ministerie van Financiën. Bouwstenen Zorg in de buurt: Verkennende ambtelijke notitie versterking huisartsenzorg/eerstelijns gezondheidszorg. Den Haag: VWS, 2003.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Indicatiestelling en zorg op maat. Zoetermeer: NRV, 1994.

Oers, J.A.M. van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Platform Openbare Gezondheidszorg. Spelen op de winst: een visie op de openbare gezondheidszorg. Den Haag: Platform Openbare Gezondheidszorg, 2000.

Raad voor het Openbaar Bestuur. De kunst van het overlaten: maatwerk in decentralisatie. Den Haag: Rob, 2000.

Raad voor het Openbaar Bestuur. Legio voor de regio: Bestuurlijke antwoorden op regionale vraagstukken. Den Haag: Rob, 2003.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Bevrijdende kaders: Sturen op verantwoordelijkheid. Den Haag: RMO, 2002.

SGBO. Raming van de kosten van hotel- en welzijnsdiensten, een verkennend onderzoek. Den Haag: SGBO, 2002.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Modernisering AWBZ: brief van de staatssecretaris en minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No 26631-56.

Verkleij, H. en R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2003.

Willems, D. Aan het goede adres, de vorming van zorgloketten in de praktijk. Utrecht: NIZW, 1999.

Bijlage 6

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie bij het advies Gemeente en zorg)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00

02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbare van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61

00/03	De rollen verdeeld	€	13,61
Bijzondere publicaties			
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
Signalementen			
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-122-X

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/12. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg