

ZORG

Hervorming van de langdurige zorg

BLIJFT DE SOLIDARITEIT BEHOUDEN?

Maartje J. van der Aa, Silvia M.A.A. Evers, Saskia Klosse en J.A.M. (Hans) Maarse

De hervorming van de langdurige zorg is een veelbesproken onderwerp. In de kern komt die hervorming neer op een verschuiving van zorgaanspraken en een bezuiniging. De Wet Langdurige Zorg (WLZ) zal per 1 januari 2015 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen. Daarbij verschuiven delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de hernieuwde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2015), die door gemeenten wordt uitgevoerd. Dit is een belangrijke verandering, omdat de AWBZ recht geeft op een vast zorgpakket, terwijl zorg volgens de WMO maatwerk is. Zorgverlening die onder de WMO valt wordt pas toegerekend als de mogelijkheden van zorgvragers, waaronder hun financiële capaciteit en sociale netwerk, niet toereikend zijn. Er kunnen ook hogere eigen bijdragen gevraagd worden dan in de AWBZ. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de ervaren solidariteit.

Er zijn grote veranderingen op til in het stelsel voor langdurige zorg in Nederland. Binnen Europa heeft Nederland een van de meest omvangrijke en tevens een van de meest solidaire stelsels voor langdurige zorg.¹ De regering vreest dat dit stelsel onbetaalbaar wordt. Op dit moment is een hervormingsoperatie gaande die ervoor moet zorgen dat het systeem niet alleen financieel overeind blijft, maar ook de kwaliteit van ondersteuning en zorg verbetert.² Veel mensen maken zich zorgen over de veranderingen in de wetgeving, omdat ze bang zijn dat deze ten koste zullen gaan van de zorg die zij op dit moment ontvangen of dat hun eigen bijdrage voor de zorg zal stijgen. Dit artikel behandelt de gevolgen van deze hervorming voor de solidariteit, een van de fundamentele waarden van ons zorgstelsel.

DE AWBZ

Niet iedereen kan zijn eigen zorgkosten dragen, zeker niet als het gaat om langdurige zorg.³ Daarom heeft de overheid in 1968 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd, die alle burgers recht op toegang tot langdurige zorg biedt. De AWBZ regelt niet alleen dat zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is, maar ook dat de lasten daarvan door iedereen gedragen worden.⁴

Tot de invoering van de AWBZ was iemand met een zorgvraag aangewezen op vrijwillige verzekeringen – die niet voor iedereen toegankelijk waren – en liefdadigheid. De invoering van de AWBZ betekende dan ook een enorme toename aan solidariteit in de langdurige zorg. In de loop der jaren is het zorgpakket van de AWBZ steeds verder uitgebreid. Sinds de invoering van de AWBZ zijn de aanspraken op zorgverlening en de kosten daarvan steeds toegenomen. Dit zet de solidariteit van de langdurige zorg onder druk.⁵

HERVORMINGEN IN HET ZORGSTELSEL

De kern van de hervormingen in het zorgstelsel is dat de AWBZ met ingang van 2015 verdwijnt. Eind september 2014 heeft de Tweede Kamer ingestemd met de Wet Langdurige Zorg (WLZ), die de AWBZ zal vervangen. De nieuwe wet regelt echter alleen de zwaardere zorg, dat wil zeggen: zorg voor mensen die blijvend 24 uur per dag zorg nodig hebben. Alle overige zorgaanspraken uit de AWBZ verschuiven naar de Zorgverzekeringswet (ZVW)

Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), afd. Health Services Research, Maastricht.

Drs. M.J. van der Aa, onderzoeker; prof.dr.mr. S.M.A.A. Evers, gezondheidswetenschapper en jurist (tevens: Trimbos instituut, afd. Publieke Geestelijke Gezondheid, Utrecht);

em.prof.dr. J.A.M. Maarse, beleidswetenschapper.

Universiteit Maastricht, Rechtenfaculteit, afd. Publiekrecht, Maastricht.

Prof.mr.dr. S. Klosse, jurist.

Contactpersoon: drs. M.J. van der Aa

(m.vanderaa@maastrichtuniversity.nl).

en vernieuwde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2015).

Verzekeraars worden onder de ZVW verantwoordelijk voor een groot deel van de persoonlijke verzorging en de wijkverpleging; dit is een nieuwe taak voor de zorgverzekeraars. De gemeenten krijgen er onder de WMO 2015 ook nieuwe taken bij op het terrein van de extramurale zorg. Zij worden verantwoordelijk voor begeleiding, dagbesteding, extramurale geestelijke gezondheidszorg en een klein deel van de persoonlijke verzorging.⁶ Ongeveer 80% van de langdurige zorg wordt geregeld in de WLZ en ZVW, de overige 20% in de WMO.⁷

De hervorming is dus primair een verschuiving van zorgaanpakken vanuit de AWBZ naar andere wetgeving. De overheveling van bepaalde zorgaanpakken uit de AWBZ naar de WMO betekent behalve een verschuiving ook een decentralisatie: zij gaat gepaard met een afwenteling van taken en verantwoordelijkheid van de centrale overheid – die de AWBZ uitvoert – op de gemeenten – die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de WMO. Daardoor verandert er veel voor de gemeenten.

Het is belangrijk te beseffen dat gemeenten binnen de WMO meer vrijheid hebben om de uitvoering van de wet vorm te geven dan de centrale overheid dat heeft binnen de AWBZ. Gemeenten krijgen echter niet alleen nieuwe zorgtaken, maar ook een beperkt budget om dit beleid uit te voeren. De hervorming van het stelsel houdt dus een bezuiniging op de langdurige zorg in die vooral door de gemeenten moet worden gerealiseerd, al zijn de bezuinigingen minder groot dan aanvankelijk de bedoeling was. Die bezuiniging is reden te meer om te kijken naar wat deze veranderingen betekenen voor de solidariteit.

SOLIDARITEIT

De term ‘solidariteit’ is inmiddels een paar keer gevallen. Maar wat is solidair? Iedereen beantwoordt deze vraag anders. Solidariteit betekent dat burgers elkaars lasten dragen, zodat iedereen toegang heeft tot noodzakelijke voorzieningen.⁴ Voor de langdurige zorg betekent dit dat iedereen financieel bijdraagt aan de AWBZ, hoewel niet iedereen gebruik maakt van langdurige zorg. Er is dus sprake van zogenoemde ‘kanssolidariteit’: gezonde mensen zijn solidair met zieken, omdat iedereen kans loopt om ziek te worden. Ook dragen mensen met hoge inkomens meer bij aan de AWBZ dan mensen met een laag inkomen; dit heet ‘inkomenssolidariteit’. De – al dan niet vermijdbare – individuele risico’s op ziekte worden niet meegewogen bij het bepalen van de bijdrage en ook niet bij de toegang tot de zorg (‘risicosolidariteit’).⁸

De wetgever vult het begrip ‘solidariteit’ in op geleide van 4 vragen: (a) wie zijn er verzekerd? (b) welke zorg is verzekerd? (c) onder welke voorwaarden ontvangt iemand zorg? en (d) hoe hoog zijn eventuele eigen bijdragen?

Wat betreft het antwoord op eerste vraag: alle zorgaanpakken op grond van de AWBZ worden ondergebracht in andere, deels nieuwe regelingen, waardoor alle Nederlanders verzekerd blijven van langdurige zorg. In principe blijft ook dezelfde zorg gedekt, hoewel er een verschuiving optreedt in de uitvoering, namelijk van intra- naar extramurale zorg. De hervorming heeft wel invloed op de voorwaarden waaronder langdurige zorg verleend wordt en op de hoogte van de eigen bijdrage. Dit heeft alles te maken met het feit dat een grotere verantwoordelijkheid voor de zorg bij de burger en de samenleving wordt neergelegd en het feit dat de gemeenten bij de uitvoering van de WMO over een grote beleidsvrijheid beschikken. Deze 2 aspecten worden hieronder kort besproken.

VERANDERENDE NORM, EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID

De overheid verandert de norm voor het krijgen van zorg. Een zorgvrager moet volgens de overheid zelf meer verantwoordelijkheid nemen en niet langer ‘automatisch’ een beroep doen op regelingen die met publieke middelen worden gefinancierd, zoals dagbesteding onder professionele begeleiding voor patiënten met beginnende dementie. Deze verschuiving van de verantwoordelijkheid is een reactie op de sterk uitgedijde AWBZ. De burger zou teveel zijn gaan leunen op publieke regelingen, waardoor de behulpzaamheid van mensen onderling – familieleden, burens – langzaam is verminderd.⁹

‘Onderlinge behulpzaamheid’ wil zeggen dat mensen op eigen initiatief voor elkaar zorgen. Deze informele solidariteit is bij de aanpak van bijvoorbeeld eenzaamheid misschien zelfs effectiever dan een actie van de gemeente of een regeling van de rijksoverheid. In de AWBZ is solidariteit formeel geregeld. De hervorming voorziet een verschuiving van formele naar informele solidariteit door de norm voor het gebruik van formele solidariteit aan te scherpen. De nieuwe norm gaat uit van wederkerigheid: van de burger wordt informele solidariteit verwacht, de burger wordt gezien als ‘medeproducent’ van zorg.⁴

In de WMO wordt pas ondersteuning geboden als de burger het zelf niet meer kan organiseren. Gemeenten dienen bij de beoordeling hiervan rekening te houden met de capaciteit en het sociale netwerk van de zorgvrager (WMO 2015, artikel 2.3.5). Het doel hiervan is om zorg te leveren die past bij de specifieke situatie van de zorgvrager (‘maatwerk’). De burger krijgt meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen zorg omdat er niet zonder meer een recht op zorg is. Het recht op zorg verandert in een ‘recht’ op maatwerk.

BELEIDSVRIJHEID VOOR GEMEENTEN

De manier waarop solidariteit in het nieuwe stelsel vorm krijgt, wordt ook beïnvloed door de decentralisatie. In plaats van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) gaan in 2015 gemeenten bepalen onder welke voorwaarden

zorg wordt geleverd. In de AWBZ is specifiek vastgelegd wanneer het CIZ welke zorg toekent. Gemeenten hebben echter een grotere beleidsvrijheid. Die hebben zij gekregen omdat de overheid veronderstelt dat gemeenten, doordat zij aan meerdere ‘knoppen draaien’ – bijvoorbeeld op het gebied van volkshuisvesting, welzijn en lokaal vervoer –, een doelmatig zorgaanbod kunnen leveren. Gemeenten staan ook veel dicht bij de zorgvragers, waardoor zij hun situatie beter kunnen inschatten en kunnen bepalen wat maatwerk is.

Deze veronderstellingen rechtvaardigen voor de regering ook bezuinigingen. Gemeenten mogen zelf hun regeling voor eigen bijdragen inrichten. De hoogte van de eigen bijdrage mag afhankelijk worden gesteld van inkomen en vermogen (WMO 2015, artikel 2.1.4). Er mag echter geen algemene inkomensgrens worden gebruikt bij het al dan niet toekennen van zorg en de bepaling van eigen bijdragen; iedere situatie moet afzonderlijk beoordeeld worden.¹⁰

WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DE HERVORMING?

Het voorgaande maakt duidelijk dat de gemeenten een belangrijke rol zullen gaan spelen bij invulling van de solidariteit in de langdurige zorg. Heeft dit gevolgen voor de solidariteit?

De voorwaarden voor zorg en de eigen bijdragen worden in ieder geval mede afhankelijk van de vrijheid die gemeenten hebben in de WMO. Hoe gemeenten hiermee omgaan, hangt af van hun kennis en politieke insteek. Vooral in het begin is de kans reëel dat mensen tussen wal en schip raken. Voor patiënten wordt ook onduidelijker waarop zij recht hebben. Bovendien kan iedere gemeente een eigen invulling geven aan het WMO-beleid. Daarmee dreigt het gevaar dat de ene gemeente meer eigen verantwoordelijkheid zal vragen van hun burgers dan de andere. Dit zou betekenen dat solidariteit per gemeente gaat verschillen (‘postcodesolidariteit’). De Raad voor de Rechtspraak betwijfelt of deze gevolgen van de decentralisatie goed doordacht zijn. In ieder geval is onvoldoende vastgelegd waaraan zorgvuldige gemeentelijke besluitvorming moet voldoen en hoe solidariteit wordt gewaarborgd.¹¹

Zoals gezegd gaat de overheveling van de AWBZ naar de WMO gepaard met een bezuiniging. Het is te simpel gedacht om aan te nemen dat gemeenten door een efficiëntieslag dezelfde zorgtaken kunnen uitvoeren met een kleiner budget. De bezuiniging zal waarschijnlijk van invloed zijn op de manier waarop gemeenten omgaan met hun beleidsvrijheid en zal dus gevolgen hebben voor de toekenning van zorg en de bepaling van eigen bijdragen. Daarnaast zullen gemeenten door de bezuinigingen ook scherp willen inkopen. Dit kan uiteindelijk gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg.

CONCLUSIE

De hervorming is bedoeld om het systeem van de langdurige zorg overeind te houden. Of de solidariteit inderdaad behouden blijft, is afhankelijk van wat er onder ‘solidariteit’ verstaan wordt. Dit begrip wordt door iedereen anders ingevuld. De overheid ziet solidariteit als een wederkerig begrip: van de zorgvrager wordt eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid verwacht. Die verantwoordelijkheid is groter als de burger daartoe meer mogelijkheden heeft. Op deze manier wil de overheid formele zorg behouden voor diegenen die het echt nodig hebben.

Patiënten die worden geconfronteerd met de gevolgen van de hervorming kunnen de veranderingen ervaren als een beperking van de solidariteit. Op dit moment, eind 2014, zijn de gemeenten nog druk bezig om invulling te geven aan hun nieuwe taken. De toekomst moet uitwijzen hoe ver de opvattingen over solidariteit uiteen liggen tussen de verschillende gemeenten en tussen de gemeenten en haar inwoners.²

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 31 oktober 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8253

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8253**

LITERATUUR

- 1 Kraus M, Riedel M, Mot E, Willemé P, Röhring G, Cypionka T. A typology of long-term care systems in Europe. ENEPRI Research Report 91. Brussel: CEPS; 2010.
- 2 Memorie van Toelichting Wet langdurige zorg. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2013.
- 3 Veraghtert KFE, Widdershoven BEM. Twee eeuwen solidariteit. De Nederlandse, Belgische en Duitse ziekenfondsen tijdens de negentiende en de twintigste eeuw. Hfdst VI. Amsterdam: Aksant; 2002.
- 4 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf! Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2013.
- 5 Van der Horst A, Ter Rele H. De prijs van gelijke zorg. Den Haag: CPB; 2013.
- 6 Was-Wordt-Overzicht hervormingen AWBZ en Wmo. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.
- 7 Stenogram van de plenaire vergadering van dinsdag 8 juli 2014. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal. 2014.

- 8 Sociaal-Economische Raad. Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Hfdst 2. Den Haag: SER; 2000.
- 9 Van Oorschot W, Arts W. The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. *J Eur Soc Policy*. 2005;15:5-26.
- 10 Centrale Raad van Beroep. Geen ruimte inkomens- of vermogensbeleid bij toekenning voorlopige voorzieningen Wmo (ECLI:NL:CRVB:2012:BV3137). Uitspraak 9 januari 2012.
- 11 Raad voor de Rechtspraak. 2013/33 Advies concept wetsvoorstel Maatschappelijke Ondersteuning 2015. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak; 4 september 2013.