

Reactie op 'Zorg voor de Toekomst'

Inleiding

De nu voorliggende discussienota gaat uit van veronderstellingen en aannames om o.a. de 'toekomstbestendigheid', van onze gezondheidszorg te waarborgen.

De aannames worden niet onderbouwd, althans niet hier; de vraag 'waar staat dat' blijft onbeantwoord.

Deze discussienota, waarvoor volgens de bronnenlijst, opmerkelijk genoeg, patiënten, noch cliënten, noch de koepels, geraadpleegd zijn, vormt vervolgens één van de peilers voor een Contourennota.

Deze discussienota vraagt om een reactie op 'de' zorg.

Dit is een onmogelijke vraag daar zorg in verschillende systeemwetten voor verschillende doelgroepen nooit een eenduidig antwoord zal en kan genereren, dit zal per doelgroep (systeemwet) verschillen.

We weten niet of vooronderstellingen en aannames juist zijn.

De verschillende doelgroepen zijn niet uitgesplitst, noch beschreven waarmee feitelijk erkenning mist. Dit is met name het geval bij de gehandicaptenzorg.

Het borgen van een goede uitgangspositie (1.1) voor elke doelgroep vraagt meer dan de keuzes die in deze discussienota voorliggen.

Opgemerkt dient te worden dat hangende de uitkomst van deze consultatie er reeds 'oplossingen e/o denkrichtingen' door (demissionair zijnde) bewindspersonen in de media gebracht worden; geen chique handelwijze als er tegelijkertijd nog een consultatie openstaat. Dit ondermijnt het vertrouwen in een serieuze behandeling van ingezonden reacties.

De kern van deze nota, waar moeten we naar toe, wordt op pagina 8 samengevat en deze kan ik met een kanttekening van harte onderschrijven. De kanttekening plaats ik bij de keuze voor 'verder weg' op basis van doelmatigheid. Dit kan conflicteren met het welbevinden van mensen centraal zetten.

'We willen dat het welbevinden van mensen écht centraal staat en gezondheidszorg integraal rondom mensen en zo dichtbij mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid. We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd'

Hier wordt eigenlijk de conclusie getrokken dat niet de inhoud van zorg een probleem is, maar de wijze waarop wij het nu georganiseerd hebben. De coronacrisis heeft ons geleerd dat voor organisatie van zorg geen inkoper nodig is. Coronazorg stond in 2019 bij geen enkele inkoper op het boodschappenlijstje en toch is het leveren van deze zorg aan zeer zieke patiënten onderling snel en kwalitatief hoogstaand, tot stand gekomen. De zorg die wel ingekocht is, zoals bv orthopedische ingrepen kan nu veelal niet geleverd worden ondanks afspraken over zorg- en doorleverplicht. M.a.w. zorgverleners zijn zeer wel in staat om zonder tussenkomst van een verzekeraar te doen wat nodig is.

Sinds de decentralisaties en de versnippering van zorg is toegang tot zorg met name bij een complexe(re) langdurige zorgvraag verslechterd. IederIn heeft hier diverse onderzoeken en publicaties aan gewijd. Ook de Nationale Ombudsman rapporteert regelmatig hoe de diverse systeemwetten een vraag om toegang proberen af te wentelen op een ander domein; dat dit uiteraard een waterbedeffect heeft en dat burgers die van het kastje naar de muur gestuurd worden kostenverhogend zijn voor de gehele maatschappij zijn lijkt niet in kaart te worden gebracht.

Reactie op 'Zorg voor de Toekomst'

Het afwentelen komt ook tot uiting in het feit dat er steeds meer cliëntondersteuning nodig is (Kamerbrief Voortgang Cliëntondersteuning dd 2 november 2020). Cliëntondersteuning komt bovendien in steeds meer vormen voor, de functies mantelzorgmakelaar en gecertificeerde ervaringsdeskundige zijn inmiddels geboren. Er worden pleisters geplakt daar waar eigenlijk een medische ingreep noodzakelijk is voor een duurzaam resultaat.

Wil je recht kunnen doen aan de wens om een burger daadwerkelijk centraal te stellen, dan zul je doelgroepen moeten her- en erkennen, beschrijven en van daar uit naar een oplossing werken die, ongeacht het wettelijk kader, recht doet aan de kern 'het welbevinden van mensen'.

Hiertoe dient onderscheid gemaakt te worden tussen:

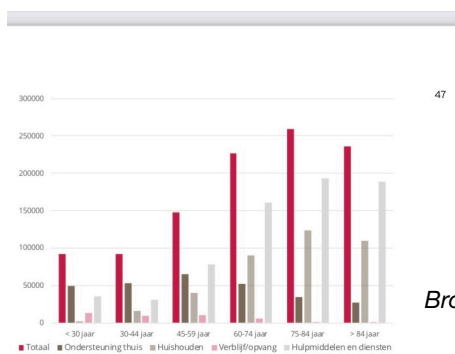
A. Cure en care

B. Intramurale- en extramurale zorg

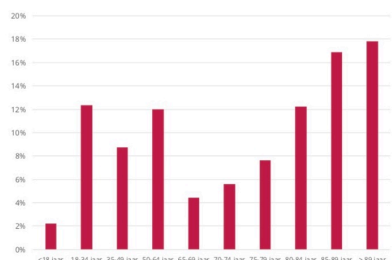
C. Ouderenzorg en gehandicaptenzorg met deze laatste hebben burgers met levenslange, levensbrede beperkingen van doen; hier dient het VN Verdrag Handicap op toe te zien.

Reeds in 2003 merkte Van Miltenburg tijdens een discussie over de stijgende kosten van de toenmalige AWBZ op dat deze wet oorspronkelijk voor gehandicapten bedoeld was en de stijgende kosten samenhangen met vergrijzing (Kamerstukken II, 2003/2004, 29200VIII, nummer 28). De redenatie erachter was dat onverzekerbare risico's en onvoorzienbaarheid het uitgangspunt van de AWBZ vormden en kosten als gevolg van ouderdom dit niet zijn. De vraag die Van Miltenburg opriep was of de langdurige zorg voor ouderen wel onder de AWBZ moest vallen.

Volgens recente cijfers (2019) is zowel in de Wlz 31,5% van de extramurale (thuiswonende) burgers jonger dan 60 jaar. Dit geldt eveneens voor gebruikers van maatwerkvoorzieningen verstrekt via de Wmo.



Bron: 'Tussen' - Hilberink, 2021



Figuur 2.2. Percentage burgers per leeftijdscategorie dat zorg ontvangt vanuit de Wlz in 2018

Reactie op 'Zorg voor de Toekomst'

Inmiddels is het al weer bijna vijf jaar geleden dat Nederland ook het VN Verdrag voor mensen met een Handicap geratificeerd heeft. Helaas moeten we constateren dat er uit de schaduwrapportage blijkt dat de positie van mensen met een beperking achteruit is gegaan i.p.v. vooruit zoals de opdracht uit het verdrag is.

<https://iederin.nl/positie-van-mensen-met-een-beperking-gaat-achteruit-ondanks-vn-verdrag-handicap/>

Ondersteuning, voorzieningen en zorg zijn bij de groep die het meest van zorg gebruik moet maken, de groep met een levenslange, levensbrede beperking, nauw met elkaar verweven. Tegelijkertijd is de opdracht uit het VN Verdrag Handicap om te komen tot een inclusieve(re) samenleving waarin gehandicapten net als andere inwoners 'gewoon' burger kunnen zijn.

Het uitoefenen van burgerschap door mensen met een langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte gaat niet vanzelf; dit is alleen mogelijk met de juiste zorg en ondersteuning op maat.

De opdracht is om voor de groep die levenslang en levensbreed van zorg, ondersteuning, hulpmiddelen en voorzieningen afhankelijk is om autonoom keuzes te kunnen maken, dit alles zo te organiseren dat er sprake is van borging en continuïteit, waar in Nederland je ook woont of werkt. Dit is met het huidig versnipperd landschap niet mogelijk.

Een paar voorbeelden:

Een rolstoel voor thuis moet worden aangevraagd bij de gemeente (Wmo)

Een stoel voor op de werkplek bij de werkgever (UWV)

Een aangepaste stoel/tafel etc voor thuis bij de zorgverzekeraar (Zvw)

De vraag is m.i. opnieuw gerechtigd of ouderenzorg thuishoort in een wet waarvan de oorsprong specifiek voor gehandicapten is bedoeld. Om ook voor gehandicapten een goede uitgangspositie te kunnen realiseren ligt een sociaal zorgmodel meer voor de hand dan een model dat toegespitst is op een medisch zorgmodel.

Thema preventie

Professionals hebben een belangrijke rol bij vroegsignalering waarbij ook hier het ontschotten van het medisch en het sociaal domein van groot belang is om het welbevinden van burgers daadwerkelijk centraal te kunnen stellen.

Maatwerk ipv (medische) profielen moet voorop staan waarbij de professionaliteit van de zorgverlener prevaleert boven het (wettelijk) dichttimmeren middels nog (meer) wet- en regelgeving. De 'basis' in alle domeinen moet op orde zijn, uiteraard ook de acute zorg.

Overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes

We kunnen constateren dat de overheid zelf hier bepaald niet het maximale doet van wat er mogelijk is, zoals de BTW voor groenten en fruit verlagen ipv verhogen. Nu zien we dat ongezonde producten goedkoper zijn dan gezonde. Dezelfde overheid weet dat m.n. de groep burgers met een lage S.E.S. een slechtere gezondheid heeft.

De overheid laat hier zelf enorme kansen liggen.

Opgemerkt dient te worden dat ditzelfde geldt voor de keuze in producten, biologisch geproduceerd is aanzienlijk duurder dan de categorie 'kiloknaller'.

Een krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek

Een integrale aanpak is niet alleen gewenst voor sociale problematiek, maar voor alle (medische) hulp en ondersteuning. Aandacht voor valpreventie is goed, maar een goede gezondheid begint met hygiëne, waarbij (soms) hulp in de vorm van huishoudelijke hulp nodig is. Bovendien speelt deze meest goedkope vorm van ondersteuning een rol bij vroegsignalering en voorkoming van eenzaamheid. Een overheid die pennywise poundfoolish acteert draagt niet bij aan een duurzame oplossing.

Financiële prikkels

De genoemde beleidsopties hebben één ding gemeen, n.l. het beperken van kosten en niet het op pagina 8 genoemde welbevinden van mensen.

Er is geen enkele wijze van bekostiging die passend is voor alle domeinen.

De langdurige zorg vraagt om een heel andere aanpak dan bv financiering van huisartsenzorg. Dit zal eveneens per domein bekeken moeten worden.

Op pagina 19, onder 2.4 worden diverse beleidsopties voor bekostiging benoemd o.a. op basis van populatiebekostiging en /of cliëntprofielen, dit, om te kunnen sturen op kostenontwikkeling. Sturen op kostenontwikkeling schuurt en is niet congruent met het centraal stellen van het welbevinden van mensen.

Juist twee opties waarmee je recht kunt doen aan de kern 'het welbevinden van mensen', ontbreken. Persoonsgebonden- of persoonsvolgende bekostiging wordt niet benoemd.

Het is opvallend te noemen dat bekostiging (cliëntprofielen), gebruikt wordt om het verantwoorden van zorgverrichtingen te vergemakkelijken. Het verantwoorden van zorgverrichtingen is voor de patiënt/cliënt geen doel en draagt niets bij aan individueel welbevinden. Wil je verantwoording wijzigen dan zul je dit bij de bron moeten doen, niet middels de eindgebruiker.

De rol die hier voor wijkverpleegkundigen wordt geschetst is niet dezelfde als welke in de media terugkomt. In de media lezen we dat wijkverpleegkundigen bij het stellen van een indicatie overruled worden door zorgverzekeraars middels een door hen ingeschakeld extern bureau. Wijkverpleegkundigen worden hiermee beperkt in hun professionele autonomie; dit probleem zal eerst opgelost moeten worden.

Bekostiging wat mist er

Noch Persoonsvolgende bekostiging, oftewel een Persoons Volgend Budget (PVB) noch een Persoons Gebonden Budget (PGB) wordt beschreven. Juist deze financieringsvormen dragen bij aan maatwerk.

Deze twee vormen graag toevoegen aan de financieringskeuzes.

Organisatie/Regie/Coördinatie

Zolang er verschillende domeinen (financiers) zijn, zal de groep die zorg en ondersteuning uit verschillende wetten moet gebruiken nooit centraal gezet kunnen worden en zal hun welbevinden nooit voorop kunnen staan. Geen enkele van de voorgestelde beleidsopties zal dit kunnen bewerkstelligen.

Een tussenoplossing zonder grote ingreep in de systemen is bijvoorbeeld het openen van een centraal toegangslot waar aanspraak op gemaakt kan worden zodra duidelijk is dat er sprake is van domeinoverstijgende zorg en/of ondersteuning. Hier kan frontoffice warme ontvangst gerealiseerd worden en backoffice worden uitgezocht welke zorg en/of voorziening uit welke systeemwet gefinancierd dient te worden.

Graag deze oplossing toevoegen.

Prikkelwerking Eigen Bijdragen

Het opleggen van (hoge) persoonlijke bijdragen voor zorg- en ondersteuning zou in een geciviliseerd, welvarend land niet aan de orde moeten zijn. Ook hier valt opnieuw het contrast op met het uitgangspunt 'welbevinden voor mensen'.

Er wordt schijnbaar klakkeloos vanuit gegaan dat Wlz alleen de intramurale zorg voor ouderen betreft. Thuiswonende gehandicapten worden nergens benoemd, hier evenmin.

De berekening eigen bijdrage Wlz is dusdanig dat de partners/mantelzorgers van thuiswonende gehandicapten met een Wlz indicatie onevenredig hard getroffen worden omdat zij niet alleen fiscaal belast worden voor de Wlz, maar hun inkomen, het z.g. partnerinkomen bij het inkomen van degene met een Wlz indicatie wordt opgeteld waardoor de eigen bijdrage voor het gezin tot honderden euro's per maand kan oplopen.

Dit werpt grote financiële drempels op bij het maken van keuzes in het persoonlijk leven.

Samenwonen/trouwen heeft tot gevolg dat het partnerinkomen opgeteld wordt bij het eigen inkomen. Inkomensverhoging heeft een hogere eigen bijdrage tot gevolg. Scheiden is soms de enige oplossing. Een relatie met het VN Verdrag Handicap ontbreekt ook hier.

Vernieuwing en Werkplezier

Zolang er sprake is van systemen die uitgaan van wantrouwen jegens zorgverleners (en patiënten) die middels het registreren van zorghandelingen en het vragen van machtigingen controle willen uitoefenen, zal er niets veranderen.

Ontregel de Zorg heeft geleerd dat er voor elke geschrapte regel minstens één andere terugkomt.

Een cultuuromslag is het enige dat daadwerkelijk zal werken. Van wantrouwen naar vertrouwen in de zorgprofessional en patiënten/cliënten die samen, binnen de kaders van hun BIG-registratie en regelgeving van eigen beroepsorganisaties, in de spreekkamer beslissen welke zorg en ondersteuning recht zal doen aan het welbevinden van hun patiënten/cliënten.

Shared decisionmaking dient plaats te vinden in de spreekkamer en niet op het ministerie of bij een zorgverzekeraar.

Innovatie, of anders gezegd, vernieuwing, in de vorm van digitale mogelijkheden zal nooit het fysieke contact tussen zorgverlener en patiënt/cliënt kunnen vervangen.

Aanbevelingen

1.

Ga na of aannames en uitgangspunten kloppen 'waar staat dat'.

2.

Begin met het er- en herkennen en beschrijven van de verschillende doelgroepen (gehandicaptenzorg bv ontbreekt), werk van daaruit aan oplossingen.

3.

Blijf bij de kern 'het welbevinden van alle mensen'.

4.

De gehandicaptenzorg vraagt om integrale oplossingen voor zorg/ondersteuning/voorzieningen/ hulpmiddelen, waar je in Nederland ook woont of werkt.

Borg dat het VN Verdrag Handicap integraal toeziet op alle oplossingen; richt zo nodig een domeinoverstijgend toegangslotet in.

5.

Borg keuzevrijheid voor het individu juist om maatwerk te kunnen leveren.

Persoonsgebonden en persoonsvolgende financiering is hiervoor onontbeerlijk; stop de hetze tegen ongecontracteerde zorg; erken en beschrijf dat juist deze financieringsvorm recht doet aan vernieuwing.

6.

Geef de zorg terug aan hen die er dagelijks mee te maken hebben; zorgverleners en patiënten/ cliënten kunnen samen binnen de geëigende kaders zeer wel beslissen wat de beste oplossing is in een individuele casus.

Bij zoiets belangrijks als gezondheid hoort regie thuis in de spreek/behandelkamer en niet bij een zorgverzekeraar of op een ministerie.

De coronacrisis heeft aangetoond dat zorgverzekeraars niet zo onmisbaar zijn als verondersteld wordt.

7.

Herschik de eigen bijdragen op zorg; nu worden samenwonende/gehuwde Wlz-geïndiceerden financieel onevenredig hard getroffen; regel dit voor elke burger middels de fiscus.

8.

Maak (preventie) volksgezondheid tot een (financiële) verantwoordelijkheid van alle ministeries i.p.v. alleen VWS. Voorbeeld het verhogen van het lage BTW-tarief maakt groenten en fruit duurder.

9.

Realiseer je dat een onvolledige peiler nooit een solide basis voor het vervolg, een Contourennota kan vormen.

H.Dulfer

2021.01.23