



Datum 28 januari 2021
Onderwerp Reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst

Excellenties,

Hierbij maak ik graag van de gelegenheid gebruik om te reageren op de Discussienota 'Zorg voor de Toekomst' die op 14 december 2020 ter internetconsultatie is aangeboden. Ik onderstreep met u het belang van verbeteringen aan ons zorgsysteem; de coronacrisis wijst ons eens te meer op het belang van goede gezondheid en de weerbaarheid van de samenleving. Tegelijkertijd maakt de crisis de waarde én de kwetsbaarheid van ons zorgstelsel extra zichtbaar. Het verloop van de coronacrisis blijft ondertussen onzeker, maar een van de effecten die al zichtbaar is, is de groeiende tweedeling in Amsterdam. De verwachte werkloosheid zal lager opgeleiden, flexwerkers en migranten harder treffen. Deze ontwikkelingen komen bovenop de trends die u schetst in de discussienota, zoals de dubbele vergrijzing, de krapte op arbeidsmarkt en de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening.

We hebben met elkaar de uitdagende en verantwoordelijke opgave de zorg voor de toekomst nú goed vorm te geven. Deze opgave vraagt om méér dan een rijke waaier aan interventies en beleidsopties. Een nieuw maatschappelijk contract op weg naar de zorg van de toekomst is nodig.¹ De basis daarvoor is een gezamenlijk verhaal voor wie, wanneer en waartoe de zorg is bedoeld. Ik ben ervan overtuigd dat alle betrokken partijen zich inmiddels bewust zijn van de omvang en urgentie van deze opgave en heb vertrouwen dat allen graag doen wat nodig is om deze majeure klus te klaren.

Fundamentele verbeteringen zijn nodig

Op hoofdlijnen onderschrijf ik de (knel)punten die u heeft opgenomen in de discussienota. Het stuk dat ter consultatie is aangeboden schetst een aantal uitdagingen en knelpunten in de zorg die ik vanuit Amsterdam herken. Ook in Amsterdam is de *Juiste zorg op de Juiste plek* al enige tijd het credo en bij uitstek in de Randstad zien wij al enige tijd dat wezenlijke veranderingen onontbeerlijk zijn. Ondertussen maak ik me grote zorgen of we met deze beleidsopties alleen voldoende antwoord bieden op de majeure opgave die voor ons ligt. De in de nota geschetste oplossingsrichtingen (beleidsopties) gaan niet verder dan 'uitproberen' en 'ontwikkelen'. Dit hebben we samen met (zorg)partners de afgelopen kabinetsperiode al veel en omvangrijk gedaan. Het is tijd om op basis van deze ervaringen en kennis keuzes te maken.

Alleen her en der het systeem wat bijschaven is niet genoeg; het zorgsysteem moet fundamenteel verbeterd worden door:

¹ Zie ook het advies van het Expertiseteam Reikwijdte Wmo met de titel '*Het verschil durven maken*' (2020) waarin zij adviseren tot de zogeheten 'Bouwsteen o' (p.26-27). Het betreft de oproep om het Rijksbeleid in samenhang in te richten.

- Gezamenlijk (Rijk, zorgverzekeraars, gemeenten) een overkoepelende zorgvisie op te stellen waarin de samenwerking medisch – sociaal meer centraal staat;
- het systeem simpel te maken voor burgers;
- financiële prikkels naar minder in plaats van naar meer;
- te doen in plaats van te proberen: handelen voorbij experimenten en pilots.

Dit vraagt om verdergaande herzieningen dan in de nota worden benoemd. Een nieuw kabinet zal hierin dan ook belangrijke keuzes moeten maken. Als wethouder van Amsterdam draag ik daar graag aan bij.

Sturing en regie op zorg in de regio door het Rijk

De grootste verbeteringen en kansen in de zorg zie ik in de verbinding tussen het medische en het sociale domein. We steken samen met partners in de uitvoeringspraktijk veel tijd en energie in het formuleren van een gezamenlijk doel en het maken van daarbij behorende lokale afspraken. Dit resulteert in mooie samenwerkingen, ervaringen en inzichten. Desondanks moet ik constateren dat de samenwerkingen te incidenteel en fragiel zijn door de huidige wettelijke kaders en inrichting van financiering. In plaats van te stimuleren om samen tot de voor de burger meest passende oplossing te komen, laten de kaders te weinig ruimte hiertoe. Een voorbeeld hiervan is de verbinding die wij in Amsterdam proberen te leggen tussen de hulp vanuit Jeugdwet, Wmo en ZVW in gezinnen.

De gemeente Amsterdam wil een eenvoudige, goede ontsluiting van de volwassen ggz voor ouders die dat nodig hebben, zodat zij snel passende zorg krijgen. Dit is noodzakelijk om de opgroei- en opvoedsituatie van kinderen duurzaam te verbeteren. De gemeente Amsterdam heeft daarom succesvol sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen ingezet bij de Jeugdbescherming, tijdelijk gefinancierd uit het transformatieplan jeugd. Een incidentele oplossing voor een structureel probleem. Om deze werkwijze te bestendigen naar alle gecertificeerde instellingen in Amsterdam, hebben we eerder gevraagd om de regels in de ZVW zo aan te passen dat financiering van deze taken wél mogelijk worden vanuit de ZVW.

Een vooraanstaande fundamentele verbetering in het huidige zorgsysteem is het verzorgen dat vanuit alle zorgwetten met dezelfde visie en waarden gewerkt wordt. Zoals u aangeeft is visie en regie in de regio nodig. Hierbij hoort een, tot nu toe ontbrekende, gedegen invulling van de governance en een heldere gezamenlijke opdracht. Daartoe is onder meer nodig dat centrumgemeenten expliciet de regierol krijgen en dat zorgverzekeraars en gemeenten meebetalen aan elkaars zorg. Zonder een verplichting voor zorgverzekeraars om mee te werken aan een gezamenlijke opdracht en te investeren in het sociaal domein komt dit niet goed van de grond. Dit betekent dat financiële prikkels zo moeten worden ingevuld dat samenwerking loont en alle betrokkenen meewerken en betalen aan preventie.

De huidige stimulans op ondernemerschap en de groei die daarbij hoort staan op gespannen voet met de benodigde samenwerking en beweging naar de regio. Er zal een krimpstrategie nodig zijn; we moeten naar een situatie toe waarin financiële prikkels zo zijn georganiseerd dat productie van onderschikt belang is en soepel kan worden samengewerkt met minder aanbieders.

Wat mij betreft vormen deze fundamentele verbeteringen de basis om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden. De voorgestelde systeemverbeteringen zijn ondertussen zonder maatschappelijke heroverwegingen onvoldoende om grotere ongelijkheden en gezondheidsverschillen te voorkomen. We zullen hiervoor daarom verder moeten kijken dan binnen het zorgdomein alleen. Ik zie de waarden kansengelijkheid en preventie & gezondheid als cruciale pijlers voor de toekomst.

Kansengelijkheid: integrale aanpak en visie, ook vanuit het Rijk

Nog te weinig worden problemen daar aangepakt waar ze zijn ontstaan, denk hierbij bijvoorbeeld aan gevallen waarbij specialistische zorg en ondersteuning wordt geboden doordat de situatie door schulden van kwaad tot erger is geworden. In de inleiding van de nota noemt u de kwestie van gezondheidsverschillen en verwijst u kort naar sociaal maatschappelijke verschillen. Toch lijkt er in de opgenomen beleidsopties geen gevolg of erkenning aan deze verschillen te worden gegeven, noch te worden gereflecteerd op de oorsprong van deze problemen. De discussienota is daarmee exemplarisch in het ontbreken van een integraal samenhangende inzet, die recht doet aan de ingewikkelde, samenhangende problematiek ten aanzien van bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezondheidsverschillen.

Actieve sturing op het vergroten van kansengelijkheid en bestaanszekerheid is vanuit menselijk perspectief en ook vanuit het perspectief van kostenbeheersing van groot belang. We zullen anders moeten kijken en moeten werken aan de oorsprong van het ontstaan van problemen. Om zo problemen te voorkomen en te voorkomen dat dure zorg of ondersteuning nodig is. Eerder dit jaar presenteerden de G4 de Propositie tegen kansengelijkheid. Hierin doen we een aantal concrete voorstellen voor benodigde systeemveranderingen om de kansengelijkheid tegen te gaan. Deze propositie reikt verder dan het verbeteren van ons zorgstelsel. Ze wijst naar nodige systeemverbeteringen op het gebied van onderwijs, werk en inkomen, wonen én preventie & gezondheid. Dit laatste thema wordt ook in de discussienota aangehaald en is een belangrijke pijler in het Amsterdamse beleid.

Preventie & gezondheid: in alle facetten stimuleren

We weten dat 30% van de ziektelast toe te schrijven is aan ongezond gedrag en dus te voorkomen is. Een omslag is nodig. Daar waar de huidige praktijk is dat we ziekten laten ontstaan en dan inzetten op vroeg opsporen of behandelen (secundaire en tertiaire preventie), zouden we de stap moeten maken naar veel meer mensen en middelen inzetten op het voorkómen van ziekten (primaire preventie). Focus moet zijn om gezondheidsverschillen terug te dringen.

Veel preventieve interventies zijn nu gericht op begeleiden van individu naar gezondere leefstijl, met een focus op eigen regie en zelfmanagement, en kennis/informatie.² Terwijl er ook veel steviger ingezet zou moeten worden op het gezond maken van de omgeving, zodat gezonde leefstijl voor iedereen bereikbaar wordt. Nu wordt preventie vaak gezien als iets van de publieke gezondheidszorg. Maar gezondheid is iets van alle beleidssectoren. Er is een én-én-strategie

² Zie hiervoor ook het essay *Gezondheidsverschillen voorbij* van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving: <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

nodig. Anders heerst het risico dat preventie blijft steken op het niveau van goed bedoelde projecten en initiatieven in de marge van het zorgsysteem.

Het is van belang dat toekomstig Rijksbeleid preventie en gezondheid in alle facetten stimuleert om gezondheidsverschillen terug te dringen. Het Rijk dient hiertoe het instrumentarium van gemeenten te vergroten om omgevingsfactoren ten gunste van preventie/ gezondheid te beïnvloeden. Hiervoor zijn wijzigingen nodig in verschillende wetten, onderaan deze brief is een aantal concrete voorbeelden uitgewerkt. Daarnaast zal het Rijk belastingmaatregelen tegen ongezonde producten moeten invoeren. Uit onderzoek onder burgers blijkt hiervoor in meerderheid draagvlak te zijn. De erkenning van het preventief belang van de sociale basis komt hierbij kijken in de vorm van eerdergenoemde aanpassing van financiële prikkels en de gedeelde verantwoordelijkheid in preventie. Tenslotte kunnen digitale innovaties, juist in het preventieve domein (breder dan in de discussienota voor het curatieve domein wordt benoemd) een stimulerende werking hebben.

Overige aandachtspunten: wonen, werken, financiële zelfstandigheid & gegevensdeling

Om goede zorg voor Amsterdammers te blijven bieden zal het toekomstige Rijksbeleid, los van de systeemverbeteringen binnen de zorgwetten, het hernieuwde maatschappelijk contract, en de genoemde én-én-strategie in ieder geval het volgende moeten doen:

I. Woonproblematiek & dakloosheid bij de kern aanpakken

Het Rijk zal moeten komen met een woonvisie die past bij de zorgvisie. Deze woonvisie zal de drempels moeten wegnemen om voldoende geschikte woningen te realiseren. Dit kan, door de investeringscapaciteit van corporaties te verbeteren, verbreding te verzorgen van de korting op de verhuurderheffing naar transformatie en renovatie, en/of een uitzondering te organiseren op deze heffing voor woonvormen voor ouderen. Het Rijk zal daarnaast een integrale taakstelling moeten organiseren voor de huisvesting van specifieke groepen voor gemeenten. Bovendien zal het Rijk de financiële drempels voor woningdelen weg moeten nemen door o.a. versoepeling van de kostendelersnorm.

II. Arbeidsmarktproblematiek in de breedte aanpakken

De rigide beroepenstructuur en starre werkcultuur in de zorg zal meer flexibel en pragmatisch moeten meebewegen met wat nodig is; er moet een einde komen aan hyperspecialisatie. Dit vraagt onder andere om een flexibelere inzet van specialisten daar waar handen nodig zijn. Hiervoor is omvorming van de Wet BIG tot de Wet op de Bekwaamheden in de Individuele Gezondheidszorg nodig. Het Rijk stelt dan een basisberoep in en verwerving van bekwaamheid in de praktijk wordt dan verder mogelijk gemaakt. Daarbij zijn mantelzorgvriendelijke CAO's nodig, die rekening houden met zorgtaken van medewerkers.

III. Eigen bijdragen afstemmen met oog voor financiële zelfredzaamheid

Het abonnementstarief zal moeten worden afgeschaft en het systeem van eigen bijdragen moet in zijn geheel in samenhang worden herzien. Met oog voor het vergroten van (financiële) zelfredzaamheid in de toekomst zal het Rijk bovendien verdergaande voorbereidingen op ouder worden moeten stimuleren.

IV. Mogelijkheden in gegevensdeling verbeteren

Door verdere uitwerking van een wettelijke grondslag zal het Rijk noodzakelijke gegevensdeling moeten vergemakkelijken en mogelijkheden moeten organiseren om over domeinen heen gegevens uit te wisselen.

Financiën in het Sociaal domein

Alvorens deze brief af te sluiten rest mij nog een laatste essentieel thema aan te kaarten, namelijk de financiële situatie in het Sociaal Domein van onze gemeente. Deze zal structureel moeten verbeteren om ook in de toekomst alle kwetsbare Amsterdammers de hulp te bieden die zij nodig hebben. Hiervoor zal het Rijk moeten zorgen dat gemeenten voldoende sturingsmogelijkheden en/of budget hebben om binnen de financiële kaders te blijven.

Afsluiting

Om u een nog beter beeld te bieden van de belangrijkste punten vindt u onderaan deze brief een verdere uitwerking van de hoofdthema's aan de hand van de Amsterdamse uitvoeringspraktijk.

We staan voor een grote opgave met vraagstukken die niet een-twee-drie zijn opgelost. Dat kan niemand alleen. Ik ga vanzelfsprekend graag verder met u in gesprek over de genoemde punten en blijf graag betrokken bij het vervolg van de discussienota Zorg voor de Toekomst.

Met vriendelijke groet,



Simone Kukenheim
Wethouder Zorg, Jeugd(zorg), Beroepsonderwijs en Sport

Uitwerking hoofdthema's in reactie op zorg voor de toekomst

Onderstaande punten geven een uiteenzetting van de wijzigingen in beleid die in ieder geval nodig zullen zijn om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden.

Preventie & Gezondheid

Een belangrijk onderdeel van de propositie Kansengelijkheid is het thema gezondheidsbevordering. Onder de vlag van het Programma Amsterdam Vitaal & Gezond committeren we ons in Amsterdam aan de beweging naar preventie en het bevorderen van gezondheid. Amsterdam Vitaal & Gezond is een brede coalitie van organisaties: Zilveren Kruis en Gemeente als financiers van (medische) zorg en ondersteuning, koepelorganisatie SigrA en de bij haar aangesloten leden (go (medische) zorg en welzijnsorganisaties in Amsterdam en de Elaa (de ROS in Amsterdam). Wij onderschrijven niet alleen het belang van de beweging naar preventie & het bevorderen van gezondheid maar ook het feit dat hier een lange adem voor nodig is en een samenhangende aanpak over verschillende domeinen heen. Dit vertaalt zich in 8 verschillende deelcoalities binnen Amsterdam Vitaal & Gezond; gericht op ouderen, chronisch zieken, ggz en jeugd en gezin. Bovendien is er in het programma aandacht voor de omgeving (groei van de stad), data en informatievoorziening en arbeidsmarkt. Met als overkoepelend thema binnen al deze coalities is het samenspel medisch sociaal in de wijk.

De ambities die u schetst onder het thema Preventie en gezondheid brengen wij in Amsterdam al zo veel mogelijk in de praktijk. De beleidsopties waarin taken en verantwoordelijkheden worden verduidelijkt en de financiering vergemakkelijkt zullen in Amsterdam helpen met de beweging naar preventie. Gezondheidsbevordering en preventie zal als op opdracht in zowel de zorgwetgeving concreter opgenomen moeten worden als ook in de Jeugdwet, Wet langdurige zorg, Wet Maatschappelijke ondersteuning, Wet publieke gezondheid en Zorgverzekeringswet. Immers, als enkel de inzet van enkel gemeenten scherper wettelijk geborgd wordt, terwijl in de werkelijkheid mensen afhankelijk zijn van de inzet van zowel gemeenten als zorgverzekeraars en zorgaanbieders, komt een integrale en samenhangende inzet niet van de grond.

Het Rijk zal een belangrijke verantwoordelijkheid nemen door belastingmaatregelen op ongezonde producten in, zoals een frisdranktaks, in te voeren.

De Vrije Universiteit heeft eind mei, begin juni 2020 een draagvlakonderzoek uitgevoerd naar invoering van de suikertaks. Een meerderheid van de Nederlanders gaf aan voor een suikertaks te zijn, mits de opbrengst naar de gezondheidszorg zou gaan. Naast dat dit een effectieve preventieve maatregel zou zijn, zou dit daarmee ook een financiële bijdrage kunnen leveren als tegenwicht tegen de stijgende zorgkosten.

In de genoemde beleidsopties ontbreekt de rol die VWS kan pakken in primaire preventie. Het Rijk kan van belangrijke betekenis zijn door in te zetten op het vergroten van het instrumentarium van gemeenten om omgevingsfactoren ten gunste van preventie/ gezondheid te beïnvloeden. Om op lokaal niveau hier een extra inspanning te kunnen doen, zijn de volgende wijzigingen nodig:

- Wijziging van de Tabakswet om de verkoop van sigaretten te kunnen beperken

- Wijziging van Warenwet en/ of Omgevingswet om te kunnen sturen op de voedselomgeving.
- Wijziging van de Omgevingswet met een landelijke omgevingsnorm voor maximale geluidsbelasting en/of een verplichting tot een aangename zijde.

Om de zorg toegankelijk en betaalbaar houden, moeten we er samen alles aan doen om mensen gezond te houden. Dit betekent dat het Rijk onze mogelijkheden zal moeten vergroten om een gezonde leefstijl te stimuleren en alle betrokkenen, zowel overheden als verzekeraars als uitvoerende partijen een duidelijke wettelijke taak zullen moeten krijgen om hieraan bij te dragen. Met andere woorden: minder vrijblijvendheid ten aanzien van preventie voor gemeenten in de wetgeving (o.a. WPG, WMO, WLZ) dient vergezeld te worden van o.a. eenzelfde minder vrijblijvende inzet in de wetgeving van verzekeraars (ZVW).

Vanzelfsprekend sluiten we ons daarbij aan op de beleidsoptie van een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek. Hierbij past erkenning van het belang van preventie in de sociale basis, door het vrijmaken van voldoende middelen hiervoor, geldstroom te verleggen richting preventie en/of alle zorg-inkopende partijen expliciet een belang én een verantwoordelijkheid te geven in preventie, bijvoorbeeld door populatiebepoorting.

Woonproblematiek & dakloosheid

In de discussienota ligt de aandacht vooral op de uitdagingen die de vergrijzing met zich mee zullen nemen en de verwachte groei in de (kosten van) ouderen zorg. De hierbij komende ambitie om ouderen langer thuis te laten wonen (en daarmee de groei in kosten binnen de Wlz te remmen), is een beweging die in het Amsterdams beleid zo veel mogelijk wordt gestimuleerd en gefaciliteerd.

Zoals ik samen met de andere G4 wethouders Zorg eerder ook in onze reactie op het advies van de commissie Bos aangaf, lopen wij in de uitvoering van ons beleid tegen een belangrijk knelpunt aan dat ontbreekt in de discussienota, namelijk voldoende passende woningen om deze ambitie waar te maken. Daarom is er aandacht nodig voor de extra moeilijkheden die grote steden hebben om méér geschikte woningen voor ouderen toe te voegen en moet er centraal worden gezorgd dat drempels om meer geschikte woningen te realiseren worden weggenomen. Het Rijk kan hier onder andere gevolg aan geven door onder andere de investeringscapaciteit van corporaties te verbeteren, door de korting op de verhuurderheffing naar transformatie en renovatie te verbreden en/of een uitzondering op deze heffing voor woonvormen voor ouderen.

Dakloosheid is ondertussen een ander belangrijk probleem dat aan het thema wonen raakt. Net als andere (grote) steden hebben wij de dakloosheid de afgelopen jaren zien groeien.

³Onvermijdelijk blijven de wachtlijsten voor MO/BW toenemen. In 2020 zien we ongeveer een verdubbeling van het aantal mensen dat langer dan 1 jaar op de wachtlijst staat, ten opzichte van

³ In 2019 stuurden de G4 reeds een brief om dit nijpende probleem aan te kaarten. Waarin wij een dringend beroep deden op het verzorgen van voldoende woningen, (financiële) ondersteuning van gemeenten in het oplossen van deze problematiek en het aanpassen en afschaffen van belemmerende regelgeving.

begin 2019. Op 31 december 2020 stonden er 1340 mensen op de wachtlijst voor een MO of BW plek. 73% staat al langer dan een half jaar op de wachtlijst en 52% staat al langer dan 1 jaar op de wachtlijst.

Helaas is op over het thema dakloosheid niets terug te vinden in de discussienota. De afgelopen periode hebben we met incidentele middelen geprobeerd om vanuit de Wmo (en Jeugdwet) tijdelijk extra aanbod te creëren om deze problematiek te voorkomen of op te lossen. Deze tijdelijke oplossingen maken op de korte termijn verschil voor de levenssituaties van burgers. Voor structurele oplossingen zijn structurele middelen nodig, deze zullen vanuit het Rijk beschikbaar moeten worden gesteld. Hoewel de situaties van personen kunnen verbeteren op korte termijn, lossen deze tijdelijke oplossingen de kern van het probleem niet op. Ondertussen groeien de afzonderlijke opgaven van het Rijk om specifieke (kwetsbare) groepen de huisvesten ons boven het hoofd. In sommige gevallen wordt binnen de zorg gezocht naar een oplossing voor iets wat in de kern eigenlijk oorzaak vindt door het tekort aan passende betaalbare woningen.

Een waarschuwing voor de idee dat de ambulantiseringambitie op deze voet verder kan worden voltrokken is op zijn plaats. Het scheiden van wonen en zorg is nodig, maar kan niet alleen met maatregelen binnen de zorg worden gerealiseerd. Los van de ambities van Langer Thuis en de opkomende vergrijzingsgolf moeten we nu al keuzes maken tussen kwaad en erger. Het lukt ons in Amsterdam niet om alle kwetsbaren te voorzien van een woning, laat staan hen die niet of minder kwetsbaar zijn. In een eerdere brief vroeg ik daarom al om in ieder geval de financiële drempels voor woningdelen weg te nemen, door o.a. de versoepeling van de kostendelersnorm (op zijn minst de leeftijdsgrens naar 27 jaar).⁴

Zonder regie en een integrale taakstelling van het Rijk zal de situatie niet verbeteren. Hiervoor is het van belang dat bij de zorgvisie een passende woonvisie komt voorbij de kokers waarin het Rijk is georganiseerd. Kijk dus voorbij de kokers en pak als Rijk de regie op de grote huisvestingsopgave die mede groeit door zorgopgave in de toekomst.

Arbeidsmarktproblematiek

De rigide beroepenstructuur in de zorg zal meer flexibel en pragmatisch moeten meebewegen met wat nodig is. In die context vind ik het belangrijk om het pleidooi voor het invoeren van een basisberoep van de Commissie Werken in de Zorg⁵ en het adviesrapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS)⁶ te noemen.⁷ De RVS pleit voor het omvormen van de Wet BIG tot de Wet op de Bekwaamheden in de Individuele Gezondheidszorg. In die wet zouden alleen basisberoepen geregeld moeten worden. Verdere bekwaamheden, die zorgverleners door

⁴ Ik wijs u graag op het waardevolle rapport van de Raad van Volksgezondheid en samenleving (2020) *Herstel begint met een huis. Dakloosheid voorkomen en verminderen*.

⁵ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/diensten-en-instellingen/commissie-werken-in-de-zorg>.

⁶ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2020), *De B van Bekwaam - Naar een toekomstbestendige Wet BIG*.

⁷ In de eerder genoemde G4 reactie op het rapport van de Commissie Bos adviseerden wij ook al na te denken over hoe personeel goed vanuit verschillende wetten kan worden ingezet, om zo de zorg vanuit verschillende wetten slim te organiseren en , het schaarse personeel zo optimaal mogelijk in te zetten.

opleiding en vooral in de praktijk verwerven, worden vastgelegd in een persoonlijk portfolio. Zorgverleners kunnen zich dan meer gericht bekwamen en tevens flexibeler worden ingezet. Deze flexibiliteit is belangrijk in de strijd tegen de oplopende personeelstekorten. Het huidige systeem van door-specialiseren draagt er namelijk aan bij dat zorgpersoneel voor een beperkter aantal taken inzetbaar is, wat mede bijdraagt aan de arbeidsmarktproblematiek. Met de invoering van een basisberoep krijgen we de nodige extra handen aan het bed en wordt werken in de zorg meer aantrekkelijk. Van beide adviezen zie ik in de discussienota te weinig terug.

Een ander thema dat raakt aan werk is het faciliteren van mantelzorg in onze samenleving. U noemt dit eveneens als onderwerp in de discussienota. Er zal steeds meer beroep worden gedaan op hulp uit het eigen netwerk. We zullen zodoende als samenleving in de gehele linie moeten faciliteren om mantelzorg te kunnen verlenen. Daarvoor zullen in ieder geval mantelzorgvriendelijke CAO's nodig zijn, die rekening houden met zorgtaken van medewerkers.^{8 9}

Afgestemde eigen bijdragen met oog voor financiële zelfredzaamheid

Meer bewustwording bij burgers is nodig van een tijdige voorbereiding op de beperkingen die ouder worden met zich meebrengen. In de G4 reactie op het advies van de cie. Bos gaven we al aan dat het Rijk hierin met een landelijke campagne een impuls kan geven.¹⁰

In het verlengde hiervan ligt het systeem van eigen bijdragen: dit systeem vormt een afspiegeling van voor wie, wanneer, waarvoor en waartoe zorg is ingericht. In de Discussienota is als beleidsoptie opgenomen om de prikkelwerking van eigen bijdragen weg te nemen door verschillen in eigen betalingen tussen domeinen te heroverwegen, om zo te voorkomen dat financiële overwegingen een rol spelen om wel of niet te kiezen voor de zorg die zij nodig hebben. Dit is een mooi uitgangspunt, maar tegelijk moet ervoor worden gewaakt dat er geen nieuwe vorm van het abonnementstarief wordt ingevoerd. Het abonnementstarief heeft een belangrijke sturingsmogelijkheid van gemeenten weggenomen en de mogelijkheid om een beroep te doen op financiële zelfredzaamheid beperkt.

Gezien de toekomstige opgaven in de zorg, moeten prikkels die de mogelijkheid om een beroep te doen op financiële redzaamheid beperken, uit het systeem worden gehaald. In dat opzicht legt het abonnementstarief voor de Wmo nu een verkeerde prikkel voor redzame burgers, waarbij de gevolgen ook alleen in het domein van de Wmo landen.

Het abonnementstarief heeft in Amsterdam gezorgd voor een enorme aanzuigende werking op de Wmo-voorzieningen in onze stad; meer mensen met een hoger inkomen zijn een beroep gaan doen op Hulp bij het Huishouden. De situatie is onhoudbaar en onbetaalbaar geworden in Amsterdam. Hierdoor heb ik moeten besluiten dat alleen nog urgente gevallen een beroep kunnen doen op deze voorziening. Met het oog op toegankelijkheid en betaalbaarheid zal het

⁸ Zoals eveneens genoemd in 'bouwsteen 1b' van het Expertiseteam reikwijdte Wmo (2020) (p.29).

⁹ Eveneens geadviseerd in: Spectrum (2020), *Rapportage Onderzoek naar lokale mantelzorgondersteuning* (p.32-33).

¹⁰ Ook het expertiseteam Reikwijdte Wmo (2020) deed een dergelijke aanbeveling met 'Bouwsteen 1a' (p. 28).

abbonementstarief moeten worden afgeschaft, een mooi moment om de eigen betalingen op elkaar af te stemmen.¹¹

Verbeteringen in mogelijkheden tot gegevensdeling

In samenwerkingen die wij in Amsterdam aangaan zijn de mogelijkheden in gegevensdeling regelmatig een beperkende factor. Duidelijkheid over wat kan en mag hierin helpt. De wet Wams die in voorbereiding is zal bovendien verbetering brengen, maar er is meer dan dat nodig. Het vraagt eveneens om het scheppen van wettelijke grondslagen voor het delen van persoonsgegevens waarin de belangenafweging tussen het recht op goede zorg- en hulpverlening moet worden afgewogen tegen het feit dat men niet alles van de burger hoeft te weten; het recht op privacy. Op dit moment is het niet duidelijk hoe de wet Wams zich verhoudt tot onder andere de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wet publieke gezondheid en het medisch beroepsgeheim. Ook in de discussienota wordt gesproken over het samenspel in deze wetten, maar niet op het niveau van gegevensuitwisseling waar nog echt wel belemmeringen zitten. Die zullen verder moeten worden uitgewerkt om een wettelijke grondslag voor gemakkelijkere gegevensdeling te bevatten.¹²

Ondertussen blijft domeinoverstijgend controleren of een cliënt bekend is bij andere instellingen een probleem. Als men gemakkelijkere zorg wil voor het voorbeeld van een oudere die na een val ziekenhuiszorg nodig heeft en direct aansluitend wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning en op termijn misschien 24-uurszorg nodig heeft, dan vergt dat veel uitwisseling van persoonsgegevens tussen deze instanties. Dat is nu nog niet gemakkelijk door, zoals de discussienota ook al signaleert, het beroepsgeheim en het feit dat systemen niet met elkaar kunnen communiceren. De punten die worden genoemd in de discussienota vormen hier echter geen oplossingen voor. Zo blijft de cruciale uitwisseling met de Volwassenen GGZ vanuit jeugdhulp perspectief zoals eerder in deze bijlage genoemd nog steeds zo goed als buiten bereik, en ook het benutten van de opgebouwde kennis over samenloop van voorzieningengebruik van burgers op het gebied van Jeugdhulp, Wmo en Inkomen door proactief gepersonaliseerde dienstverlening aan te bieden, en daarmee te voorkomen dat problematiek later verergert, wordt niet ondersteund in de Wams. Terwijl dit juist wel nodig is om de goede zorg te kunnen bieden met de schaarse middelen in de toekomst.

Financiële situatie Sociaal Domein – extra middelen gemeenten voorwaardelijk

Als een van de beleidsopties binnen het thema preventie en gezondheid wordt de optie voor extra middelen voor gemeenten genoemd. Vanuit Amsterdams perspectief is het bieden van voldoende sturingsmogelijkheden en middelen om binnen de financiële kaders te blijven geen 'optie' maar een 'noodzakelijke randvoorwaarde'. Alleen dan kunnen we de zorg en ondersteuning in het Sociaal Domein blijven bieden in Amsterdam. Bij de *Juiste zorg op de Juiste plek* hoort ook het Juiste budget op de Juiste Plek.

¹¹ De VNG riep hiertoe in 2020 herhaaldelijk op zowel per brief als in (bestuurlijk) overleggen. Zie ook <https://vng.nl/nieuws/sinds-abonnementstarief-meer-clienten-huishoudelijke-hulp>.

¹² In 2020 reageerde ik vanuit Amsterdam al op de internetconsultatie Wams. U vindt hierin de belangrijkste opmerkingen bij de concept Wams.

De middelen die vanuit het Rijk beschikbaar worden gesteld aan gemeenten om de jeugdzorg en de Wmo uit te voeren, zijn onvoldoende om de groeiende vraag en de stijgende prijzen te kunnen dekken, en laten al helemaal geen ruimte om voor te bereiden op wat ons te wachten staat. Meerdere onderzoeken laten zien dat het Rijk sinds 2015 structureel te weinig middelen beschikbaar stelt aan gemeenten om hun taken binnen het sociaal domein uit te voeren. Zo ontrafelt het rapport 'Macroveranderingen en invloed budget Sociaal Domein' dat, nog los van de aanzienlijke financiële impact van de coronacrisis, er hogere uitgaven zijn dan waarvoor Rijksmiddelen dekking geven. Oplappend tot jaarlijks 1 miljard in het Sociaal Domein.¹³ Het recent gepubliceerde AEF rapport becijfert het structurele tekort Jeugd daarbij op 1.8 miljard.¹⁴

Wij doen in Amsterdam wat binnen onze mogelijkheden ligt om dit op te vangen. We maken bovenop de Rijksmiddelen extra geld vrij voor de Jeugdzorg en Wmo en sturen op het beheersen van de vraag naar zorg en het beperken van prijsstijgingen. Ondanks deze inspanningen, ontkomen we er niet aan dat het tekort aan sturingsmogelijkheden en voldoende middelen vanuit Rijk gevolgen heeft voor onze inwoners die jeugdzorg of Wmo nodig hebben. Dat betekent dat we steeds vaker werken met wachtlijsten voor veel voorzieningen. Onze inwoners wachten hierdoor langer dan gewenst op hulp. Gezien de geschetste ontwikkelingen in de toekomst zal de situatie bij ongewijzigd beleid steeds nijpender worden. Dit geldt zowel voor de zorg en ondersteuning binnen de Jeugdwet en Wmo, als ook in de financiering van activiteiten op preventie die voortvloeien uit de andere taken en verantwoordelijkheden die reeds bij de gemeente belegd zijn in de Wpg.

¹³ Netwerk Directeuren Sociaal Domein (2020), 'Macroveranderingen en invloed op budget Sociaal Domein'.

¹⁴ AEF (2020), 'Stelsel in groei'.