

## **Bijlage 1 :**

### **Internationaal vergelijkend onderzoek langdurige zorg kort samengevat**

In opdracht van de ministeries van VWS en Financiën heeft ECORYS-NEI de Europese ontwikkelingen op dit gebied in een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de organisatie van de langdurige zorg in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje en Zweden in kaart gebracht. De centrale onderzoeksvraag was *Welke aanknopingspunten zijn er in internationaal perspectief te vinden om te komen tot een doelmatige, toegankelijke, betaalbare en solidaire organisatie van de zorg voor langdurig zorgbehoevenden?*

Alle landen uit het onderzoek, behalve Frankrijk, hebben een gedecentraliseerde vorm van langdurige zorg. Zweden gaat bij deze decentralisatie het meest ver. De lokale overheid is in verantwoordelijk voor het aanbod van zorg aan hun burgers. Alleen de medische zorg en verpleeghuiszorg zijn de verantwoordelijkheid van de provincie. In Engeland is de centrale overheid wel verantwoordelijk voor de langdurige zorg, maar kent de lokale overheid een grote mate van autonomie over de invulling van deze verantwoordelijkheid. In de overige landen ligt de verantwoordelijkheid voor het maken en uitvoeren van beleid omtrent langdurige zorg bij het regionale niveau, in Duitsland en Oostenrijk bij de “Länder” (provincies), in Spanje bij de regio’s en in België, afhankelijk van het type zorg, bij de Gemeenschappen. In Frankrijk is de uitvoering van de langdurige zorg gedeconcentreerd naar de departementen, het regionale niveau.

Uit de beschrijvingen van de onderzochte landen blijkt dat het voorzieningenniveau minder hoog is dan in Nederland. De meeste andere Europese landen doen een sterk beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten. Dit komt vooral doordat de meeste onderzochte landen een beperkter voorzieningenniveau kennen dan Nederland.

Eigen betalingen komen in alle landen voor. Vaak is er alleen recht op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor verpleging en verzorging. Daarbij worden, zoals in Duitsland en Oostenrijk, bovendien drempels gehanteerd: het moet gaan om ‘een substantiële zorgbehoefte’ en de zorg moet naar verwachting minimaal zes maanden nodig zijn. De regelingen in de onderzochte landen zijn zodanig dat de burger min of meer automatisch verantwoordelijkheid moet nemen, ook in financiële zin. Daar is niet aan te ontkomen.

In elk land uit het onderzoek is, net als in Nederland praktijk is, familie de eerst aangewezen voor de zorg. Verschillende landen kennen mogelijkheden voor ondersteuning van mantelzorgers. In België en Spanje bestaat een financiële vergoeding; in Oostenrijk gaat de pensioenopbouw gewoon door wanneer iemand een bepaalde tijd mantelzorg verleent. Ook andere landen hebben voorzieningen om de mantelzorg te ondersteunen. Die lopen uiteen van financiële vergoedingen tot cursussen en zorgverlof.

Anders dan in Nederland en Zweden zijn mensen die zorg nodig hebben in bepaalde landen echt afhankelijk van mantelzorg en vrijwilligerswerk. Duitsland en Oostenrijk kennen een drempel voor toegang tot hun systeem van langdurige zorg. Tot aan die drempel komt de zorg elders, vaak van familie, vandaan. Spanje heeft maar een zeer beperkt aantal voorzieningen waar ook maar een vaststaand bedrag beschikbaar voor is; veel komt daar aan op de mantelzorg. Ook liefdadigheidsinstellingen spelen in verschillende landen, zoals in Engeland, Duitsland en Spanje een grote rol.

De langdurige zorg is in Nederland vooral geregeld in de AWBZ, de Wvg en de Welzijnswet. De AWBZ en de Wvg kennen een zorgplicht. Dit betekent dat rechthebbenden (mensen met een indicatie voor zorg) recht hebben op de voorzieningen of de zorg die in die wettelijke

kaders zijn geregeld. De Welzijnswet werkt anders en kent geen (afdwingbare) zorgplicht. Deze wet regelt de verantwoordelijkheid van gemeenten om voorzieningen te organiseren voor bepaalde groepen mensen die onder die wet vallen.

De onderzochte landen hebben dit op uiteenlopende wijze geregeld. Enkele landen hebben ook een afdwingbaar recht op zorg. Zo kennen Duitsland en Oostenrijk een 'Pflegeversicherung' die recht geeft op een beperkte aanspraak (op zorg). Voor wat niet onder die verzekering valt, moet de burger een beroep doen op een soort bijstand. Zweden kent ook een recht op zorg maar de zorg wordt daar niet gefinancierd uit een sociale verzekering. De overige onderzochte landen kennen geen afdwingbaar recht. In tegenstelling tot de curatieve (op genezing gerichte) zorg hebben veel landen de langdurige (chronische) zorg slechts beperkt geregeld.

## **Bijlage 2:**

### **Standpunt op advies *Gemeente en zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg* (2003)**

De RVZ heeft op verzoek van de staatssecretaris van VWS een advies opgesteld over de relatie tussen gemeenten en zorg. De RVZ signaleert in het advies dat er steeds meer mensen komen met een beperking als gevolg van een ziekte. Van hen wonen er steeds meer zelfstandig in de samenleving. Deze mensen willen deelnemen aan de samenleving en hebben behoefte aan steun daarbij. Maatschappelijke participatie vinden zij belangrijker dan zorg.

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

De RVZ geeft drie redenen om de taken van de gemeente op het terrein van zorg en ondersteuning te versterken. Ten eerste kan alleen de gemeente (als lokaal bestuur) de gewenste, maar nu stagnerende, maatschappelijke participatie van mensen met een beperking beslissend vooruit helpen. Ten tweede heeft de gemeente als openbaar bestuur te maken met zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld bij de verslavingszorg. Ten derde kent het klassieke Nederlandse financieringssysteem voor de zorg – de ziektekostenverzekering – grenzen.

De toekomstige taak van de gemeente moet voortvloeien uit het toekomstig lokaal gezondheids- en zorgbeleid. Dat ondersteunt mensen met een beperking bij hun maatschappelijke participatie, maar richt zich ook op collectieve preventie en jeugdgezondheidszorg. Het lokaal gezondheids- en zorgbeleid kent vier taken:

- beschermen bevolking tegen gezondheidsrisico's (oude taak)
- bevorderen toegankelijkheid algemene voorzieningen (formaliseren oude taak);
- borgen kwaliteit en toegankelijkheid voorzieningen voor ondersteunen bij maatschappelijke participatie (deels oude, deels nieuwe taak);
- ketenregie in lokale zorg- en preventieprocessen (uitbreiden en formaliseren oude taak).

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 zorgaanpak 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.

De RVZ ziet als doel van de nieuwe wet het bevorderen en ondersteunen van zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen. Daartoe bevat de wet

robuuste, dus toetsbare, omschrijvingen van voorzieningen. De gemeente voert de wet in medebewind uit en wel als zorginkoper met zorgplicht.

De wet moet de gemeente voldoende vrijheid bieden om lokaal beleid te ontwikkelen en uit te voeren. De wet bevat de verplichting een lokaal gezondheids- en zorgplan te ontwikkelen dat (ook in geografisch opzicht) aan een aantal eisen moet voldoen. De financiering van de met het uitvoeren van de gemeentelijke taken gemoeide kosten geschiedt uit het Gemeentefonds. De wet geeft de burger de keus uit zorg in natura en een persoonsgebonden budget (pgb). 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 Zieken Raad en de Consumentenbond moeten hun verantwoordelijkheid als stevige tegenkracht voor de burger. De rechtszekerheid en -gelijkheid van de burger is voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de voorzieningen met de Algemene Wet Bestuursrecht goed gewaarborgd.

Het kabinet onderschrijft de door de RVZ voorgestelde verruiming van de verantwoordelijkheid van gemeenten op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning met een nieuw wettelijk kader. Deze brief beschrijft de contouren van de nieuwe wet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De robuuste beschrijving van voorzieningen die de RVZ voorstelt, komt in de WMO te staan in de vorm van prestatievelden. Hiervoor kiest het kabinet om duidelijk aan te geven dat de gemeente moet 'presteren'. Dat presteren is uiteraard iets anders dan het lokaal uitvoeren van gedetailleerde centrale wetgeving; het is evenmin een kwestie van in volledige autonomie het beleid bepalen. De prestatievelden geven aan 'wat de gemeente in haar overwegingen moet betrekken'. Niet iedere gemeente hoeft alles te doen wat er in de prestatievelden staat; over de beslissing wat zij wel en wat zij niet doet zal ze echter een 'goed verhaal' naar de burgers moeten hebben.

Het kabinet kiest in de contouren van de wet, net als de RVZ, voor ruime gemeentelijke beleidsvrijheid. Daarbij past geen systeem van centraal voorgeschreven individueel te verlenen voorzieningen en dus individuele rechten zoals we dat kennen uit de AWBZ en, tot op zekere hoogte vergelijkbaar, uit de Wvg (zorgplicht). Een systeem van wettelijk vastgelegde, landelijk uniforme en strikt omschreven individuele rechten is niet de enige, en vaak ook niet de beste manier is om 'recht te halen'. Lokale vormgeving, lokale discussie en lokaal draagvlak vormen vaak een minstens zo stevige basis. Het staat de gemeente uiteraard volledig vrij om een lokaal stelsel van individuele voorzieningen in het leven te roepen, en daarmee de inwoners die het betreft lokale rechten op die voorzieningen te verlenen. Maar dat is dan een gemeentelijke afweging.