

## **Manifest Waardige Zorg Nederland**

*De kwaliteit van de samenleving laat zich aflezen aan hoe zij omgaat met oudere en kwetsbare mensen. De huidige staat van de gezondheidszorg<sup>1</sup> is de resultante van beleid van een overheid die al decennia lang kennis heeft van de vergrijzing van onze bevolking, maar de afgelopen jaren heeft geacteerd alsof zij op dit punt overvallen is door nieuwe feiten die tot naartig ingrijpen noopten.*

Met dit manifest stellen wij ons tweemaal tegen het slopen van onze sector. In navolging van het onderwijs zijn wij het object geworden van een overheidsoperatie, die - uiterlijk gelaardeerd met termen als marktwerking en vraagsturing - slechts gedomineerd wordt door één allesoverheersend motief: dat van de kostenbeheersing.

Met dit manifest willen wij de vrije val van een kostbaar goed in onze samenleving een halt toeroepen. Ter wille van de kwetsbare mensen, die aangewezen zijn op zorg én ter wille van onze medewerkers, die wij sinds jaar en dag opzadelen met een onmogelijke opdracht. Zij zijn het, die in de directe relatie met de cliënt en hun familie, uitleg moeten geven over de kaalslag en de verschraling in de zorg.

Met dit manifest distantiëren wij ons van het beeld dat aan onze sector kleeft, een imago dat doelbewust wordt gecreëerd om (verdere) verschraling van de zorg te legitimeren. Wij hebben schoon genoeg van de mantra, die ons al geruime tijd achtervolgt: 'Het is slecht gesteld met de kwaliteit en de efficiency in de zorg en dat komt omdat er teveel managers zijn en die verdienen ook nog teveel'.

Met dit manifest willen wij bereiken dat de overheid en de politiek heldere en transparante keuzes maken. Zowel over de omvang van de aanspraken in de AWBZ als over de vraag wat publiek en wat privaat moet worden bekostigd.

Met dit manifest maken wij bezwaar tegen de almaar toenemende wet- en regelgeving, die - alle voornemens om de bureaucratie te beperken ten spijt - bestendig op ons neerdaalt en ons het zicht op ons werk belemmert.

Met dit manifest pleiten wij voor een beheerste invoering van nieuw beleid, in een aanvaardbaar tempo en onder realistische en adequate (rand)voorwaarden.

Met dit manifest protesteren wij tegen de stelselmatige ontkenning van de waarde van onze sector voor de samenleving. Wij nemen stelling tegen de suggestie als zou onze sector uitsluitend een hinderlijke kostenpost zijn.

Met dit manifest waarschuwen wij voor de verdere teloorgang van de betekenis en de waarde van ouderen en kwetsbare burgers in onze samenleving. Wij bevinden ons al langere tijd in een ethisch discutabel grensgebied, nu de kosten ten behoeve van de ouderen in onze samenleving voortdurend worden opgevoerd als hindernis voor behoud van onze koopkracht.

Met dit manifest doen wij een beroep op een productieve dialoog tussen overheid/politiek, samenleving en sector. Hierin staat de nog immer

---

<sup>1</sup> In dit manifest ligt het accent op de ouderenzorg en de zorg voor kwetsbare mensen in onze samenleving.

onbeantwoorde vraag centraal, wat wij in deze samenleving collectief willen betalen voor de zorg aan kwetsbare en oudere mensen.

Met dit manifest willen wij benadrukken dat wij als zorgaanbieders een bijdrage blijven leveren aan de kwaliteit van onze dienstverlening en aan de oplossing van maatschappelijke vraagstukken.

### Een analyse

#### *In het overheidsdomein...*

In het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw was de zorg voor oudere en kwetsbare mensen voornamelijk in handen van particuliere zorg- en liefdadigheidsinstellingen, die gerangschikt waren langs geloofslijnen. Vanaf de Tweede Wereldoorlog trok de overheid de sturing van de zorg naar zich toe. Dit leidde tot de bouw van een welvaartsstaat, die de zwakken en kwetsbaren in de samenleving een solide bestaansbasis moest garanderen. Publieke en private arrangementen in de zorg werden opgenomen in de sociale wetgeving. In 1968 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de overheid geïntroduceerd. Met deze wet werden de onverzekerbare risico's van chronisch zieken en gehandicapten doeltreffend afgedekt.

In de afgelopen decennia is de AWBZ - overigens op verzoek van de politiek - gaandeweg uitgebreid met allerhande voorzieningen, zonder dat het hier ging om onverzekerbare risico's. Zo werd de overheid de zaakwaarnemer van de oudere en kwetsbare burger in Nederland. Doordat de overheid op deze manier positie koos, raakten de (zorg)instellingen, die zoals gezegd voortkwamen uit particulier initiatief, hun beleidsverantwoordelijkheid kwijt. De zorginstellingen werden onderdeel van het overheidsdomein en daarmee 'uitvoeringsorganisaties van overheidsbeleid'.

Hoewel al in de jaren tachtig van de 20<sup>e</sup> eeuw een eerste kentering in het overheidsdenken zichtbaar werd en voorzichtig werd gerept over het terugtreden van de (centrale) overheid en de introductie van meer marktwerking, werd het ingezette beleid voorlopig nog voortgezet. De provincies en de vier grote steden raakten in de jaren negentig de beleidsuitvoering kwijt door de privatisering van de gemeentelijke instellingen voor ouderenzorg, waarna de verzorgingshuizen ondergebracht werden in de AWBZ onder gelijktijdige afschaffing van de Wet op de Bejaardenoorden. Ook de gezinszorg werd onderdeel van de AWBZ. De overheid beoogde met deze wetswijzigingen één bekostigingsregime tot stand te brengen voor de zorg aan oudere en kwetsbare burgers. Samenvoeging van gezinszorg en kruiswerk leidde in korte tijd tot de vorming van de thuiszorg als aparte sector.

#### *In het marktdomein...*

Twee factoren hebben geleid tot een nieuwe verschuiving, die begin jaren negentig in gang werd gezet. Met de val van de Berlijnse muur en het uiteenvallen van de Sovjet Unie doofde de strijd tussen de twee leidende mondiale ideologieën, het communisme en het kapitalisme. Dit luidde het alleenrecht in van het liberaal economisch denken. Intussen rees ook het besef dat de welvaartsstaat in Nederland op den duur onbetaalbaar zou worden onder andere als gevolg van de toenemende vergrijzing, die overigens nauwelijks verrassend genoemd kan worden gezien het voorspelbare karakter ervan.

Nieuwe begrippen als deregulering, een terugtrekkende overheid en marktdenken scoorden hoog op de beleidsagenda van de overheid. Waren de zorginstellingen

na de Tweede Wereldoorlog het domein geworden van de overheid en verworden tot uitvoeringsorganisaties van diezelfde overheid, nu volgde een verhuizing naar het domein van de markt met de opdracht een ontwikkeling tot zorgondernemer door te maken, waarbij concurrentie de basis moest vormen voor betere zorg, waarmee de vrijuit kiezende zorgconsument haar voordeel kon doen. Publiek werd dit aannemelijk gemaakt door de klant op te voeren als consument in de nieuwe wereld van vraagsturing en keuzevrijheid.

Achterliggende gedachte daarbij was overigens dat marktwerking een gunstig effect zou hebben op de kostenontwikkeling van de zorg. Deze beweging, die in de jaren negentig is ingezet, en die na de millenniumwisseling onder de opeenvolgende kabinetten Balkenende een enorme impuls kreeg, heeft echter niet geleid tot een reductie van de invloed van de overheid.

Integendeel: de overheid is podiumvullend als het gaat om bemoeienis met de sector. Alle voornemens ten spijt is de regelgeving overvloedig en onstuitbaar gebleken. Zo is een onoverzichtelijke situatie ontstaan, die maatschappelijke organisaties in een spagaat brengt. Enerzijds is er de tendens van nationalisering van de sector, gegeven de overvloedige overheidsbemoeienis, en anderzijds is er de roep om ondernemer in de zorg te worden.

Zorginstellingen zijn daardoor onderdeel geworden van twee domeinen tegelijk en zijn daarmee hun eigenheid en hun maatschappelijke positie kwijtgeraakt. De eens zo fiere private zorginstellingen, die onderdeel uitmaakten van het maatschappelijk middenveld en betekenis hadden voor de samenleving, vonden zichzelf terug in een situatie waarin zij niet alleen de beleidsverantwoordelijkheid kwijt zijn, maar als uitvoeringsorganisatie van de overheid feitelijk gedwongen worden tot ondernemerschap zonder te beschikken over de bevoegdheden die daarvoor nodig zijn met als enige klant dat ene zorgkantoor.

#### *Kostenbeheersing en kostenreductie...*

Toen duidelijk werd dat de verzorgingsstaat onbetaalbaar werd, werden alle overheidstaken in geld uitgedrukt en met elkaar vergeleken. Daarmee verviel de interesse voor de maatschappelijke waarde van die activiteiten en zo ontstond verlies van de waarde en betekenis van die activiteiten. Na de millenniumwisseling zijn marktwerking en kostenbeheersing de allesoverheersende thema's geworden.

De verwachte invoering van de basisverzekering vormde de opmaat voor een fusiegolf onder verzekeraars, die vrijwel gelijk opliep met een zelfde beweging onder zorginstellingen. Er is een driehoek ontstaan, waarin overheid, zorgverzekeraar/zorgkantoor en zorgaanbieders positie kiezen in een spel, waarvan de spelregels vooralsnog niet duidelijk zijn. In dit krachtenspel domineren woorden als vraagsturing en keuzevrijheid van de cliënt, maar de stem van de cliënt wordt niet gehoord: het ontbreekt cliënten immers vooralsnog aan een sterke belangenorganisatie.

Onder de opeenvolgende kabinetten Balkenende wordt werk gemaakt van sociaal-economische hervormingen en bezuinigingen. In haar ijver om een einde te maken aan de alsmaar stijgende kosten van de gezondheidszorg is bij overheid en parlement een merkwaardig misverstand ontstaan over hun rol bij de bestemming van AWBZ-gelden. Macro-economen, die gegeven het liberale klimaat inmiddels cruciale posities bekleden in tal van adviesorganen van de overheid, beschouwen de AWBZ als onderdeel van de collectieve uitgaven.

Dat standpunt is principieel onterecht. De AWBZ wordt immers via premies en niet fiscaal gefinancierd. AWBZ-geld is daarmee geld van de verzekeraars, die de belangen van de verzekerden behartigen, en dus geen belastinggeld:

staatsrechtelijk een belangrijk verschil, omdat het parlement in dezen dus geen budgetrecht heeft.

En omdat AWBZ-geld geen overheidsgeld is, is de overheid verplicht met het veld (derhalve met zorgaanbieders en verzekeraars) afspraken te maken over de bestemming van deze gelden. Het is vreemd dat dat niet gebeurt, vreemder nog is het dat niemand daartegen bezwaar maakt.

Keren wij terug naar de eerder genoemde driehoek, dan wordt allengs duidelijk hoe het spel gespeeld wordt. De overheid bezuinigt op de zorg (en op de AWBZ) en kondigt maatregelen af, die in het verlengde liggen van het algemeen macro-economisch beleid, enerzijds door het korten op budgetten en anderzijds door de aanscherping van indicatiecriteria. Zo wordt in één beweging gestuurd op prijs (budgetkorting) en volume (aanscherping indicatie). Tegelijkertijd eisen zorgkantoren als eigenlijke uitvoerder van de AWBZ hun rol als zorginkoper op, waardoor bezuinigingen van de overheid gevolgd worden door aanvullende kortingen die zorgkantoren eenzijdig opleggen aan zorginstellingen. Zorgverzekeraars voeren als zorgkantoor het door de overheid bepaalde beleid uit.

De belangen van zorgkantoren zijn beperkt: op het aan hen toegewezen AWBZ budget lopen ze geen risico en hun onderhandelingspositie als zorginkoper is riant, omdat zorgkantoren in hun regio een monopoliepositie hebben.

De zorginstellingen zijn inmiddels - zoals al eerder aangegeven - niet alleen hun eigenstandige positie als private organisaties kwijtgeraakt, maar zijn ook hun identiteit kwijt. De overheid heeft door het denken in de tegenstelling markt-overheid de functie en het belang van het particulier initiatief, de non-profit organisatie, verontachtzaamd. Markt, overheid en particulier initiatief zijn elk noodzakelijke domeinen, die zorgvuldig onderscheiden en gescheiden moeten worden. In een wereld van gereguleerde marktwerking krijgen zorginstellingen het slechtste van de markt (monopoliepositie zorgkantoor) en het slechtste van de overheid (bureaucratie en micromanagement).

Als onderdeel van het vraagstuk van de kostenbeheersing heeft zich vervolgens een discussie over de omvang van het AWBZ-pakket ontsponnen. Naar verwachting zal de AWBZ verder ontmanteld worden onder gelijktijdige opbouw van voorzieningen binnen de WMO. De overheid slaat hierbij minimaal twee vliegen in één klap. De collectieve uitgaven -waartoe de overheid dus ten onrechte de AWBZ premies rekent- dalen en de burger verliest een wettelijke aanspraak op AWBZ-zorg in ruil voor een voorziening binnen de WMO.

De introductie van de WMO is de voorbode geweest voor een herdefiniëring van de positie van de gemeente. Al sinds de commissie Welschen ijveren de gemeenten voor volledige bestuurlijke en uitvoerende verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg en zorg voor kwetsbare burgers. Anders dan de AWBZ is de WMO fiscaal gefinancierd; op basis van gemeentelijk beleid kan gekort worden op de WMO-budgetten. Burgers hebben recht op AWBZ-voorzieningen; dit geldt niet voor de gemeentelijke WMO-voorzieningen. De pleister van de compensatieplicht moet deze achteruitgang in aanspraken op voorzieningen van burgers enigszins verzachten. Met de uit de AWBZ overgehevelde gelden moeten gemeenten overigens meer doelgroepen bedienen dan alleen de ouderen.

De overheid heeft tot nu toe verzuimd heldere keuzes te maken over de toekomstige bekostiging van de ouderenzorg en de toekomst van de AWBZ. Dat is in zekere zin ook wel logisch, omdat de overheid niet acteert op basis van een visie op de zorg aan oudere en kwetsbare burgers, maar haar beleid vooral ontleent aan economische motieven. Diverse kenners hebben overigens meerdere

malen uitvoerig aangetoond dat het kostenverhogend effect van de vergrijzing gebaseerd is op verkeerde aannames.

De vraag wat wij in dit land collectief willen betalen voor de zorg voor oudere en kwetsbare burgers is nooit beantwoord en ook geen onderwerp van debat. Het lijkt erop dat overheid en politiek dit debat bewust uit de weg gaan. Als de toenemende vergrijzing de koopkracht van burgers bedreigt, dan zou het voor de hand liggen om in en met de samenleving vast te stellen, wat wij collectief willen besteden aan de zorg voor ouderen. Impliciet wordt zo ook onderzocht hoe het staat met de onderlinge solidariteit. Het feit dat dit debat niet geëntameerd wordt, doet vermoeden dat overheid en politiek geen belang hebben bij een dergelijk debat.

*Over waarden.....*

Sinds het liberaal economisch denken eind jaren tachtig het alleenrecht veroverde, zijn ook onze waarden drastisch veranderd. Economische waarden zijn dominant geworden. Op dit punt is ook de toenemende invloed van de wet- en regelgeving van de Europese Unie voelbaar. De EU stimuleert het marktdenken en de Nederlandse overheid is een trouwe bondgenoot in dezen.

Bij economische waarden gaat het om waarden als geld, salaris en status. Hét 'leitmotiv' voor de overheid is het realiseren van economische groei.

Zonder uitzondering spreken politiek en overheid de taal van de markt en bevestigen daarmee de waarden die daarbij horen. Andere waarden, die essentieel zijn in een samenleving, zijn op de achtergrond geraakt. Arjo Klamer vraagt in zijn boek *'In hemelsnaam'* aandacht voor deze sociale en culturele waarden, die steeds meer in onbruik raken. Hij stelt dat commerciële en economische belangen kwetsbare waarden in de samenleving makkelijk in de verdrukking kunnen brengen.

Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat Nederlanders solidariteit, veiligheid en goede verzorging het allerbelangrijkst vinden. Des te meer reden om een maatschappelijk debat te voeren over de deconfiture van de zorg in Nederland, die daarom zo verraderlijk is, omdat die zich geleidelijk en sluipend voltrekt. Daarbij rijst de vraag of de samenleving bereid is om economische waarden op te offeren voor sociale en culturele waarden.

Ook onze sector is het object geworden van een economisch vraagstuk met de daarbij horende waarden. Bedrijfsmatige begrippen als producten, productiviteit, efficiëntie, effectiviteit, zorgprestaties en consumenten zijn in zwang geraakt. Medewerkers in de zorg hebben echter om heel andere redenen en vanuit heel andere waarden gekozen voor het helpen van en het werken met mensen. Hun werk ontleent haar betekenis aan waarden als vertrouwen, loyaliteit, opoffering en om eens een oud woord te gebruiken barmhartigheid.

Nu economische waarden diep in zorginstellingen zijn doorgedrongen, vinden medewerkers zich terug in een wereld, die ze niet meer herkennen en waaraan zij eigenlijk ook geen deel willen hebben. Tijd om te wennen aan de nieuwe zakelijkheid is er niet. Uit recent onderzoek blijkt dat 39% van de medewerkers overweegt om de sector te verlaten. Medewerkers raken geïnspireerd door de inhoud van het werk, niet door bureaucratische en registratieve activiteiten. Medewerkers voelen zich in toenemende mate vervreemd van het werk waarvoor zij ooit hebben gekozen. Eén van de grootste opgaven waarvoor bestuurders in de zorg zich gesteld zien, is dan ook het verbinden van de zakelijkheid, die voortkomt uit een noodzaak om de kosten te beheersen, en het behoud van de

betekenis en de inhoud van het werk van hun medewerkers. De zorg zou een synthese moeten zijn tussen economische en maatschappelijke waarden.

De vereconomisering van de zorg heeft ook gevolgen voor cliënten, zeker als het gaat om oudere en kwetsbare mensen, die niet (meer) goed in staat zijn om aan te geven waaraan zij echt behoefte hebben. Goede en authentieke zorg is relationele zorg. Het zogenaamde product van de chronische zorg is niet zomaar in maat en getal uit te drukken, omdat de betekenis ervan zich afspeelt binnen de relatie tussen medewerker en cliënt. Het functieverlies van oudere en kwetsbare mensen laat zich niet volledig vangen in een indicatie, die door de overheid wordt beschouwd als een manier om de schadelast te bepalen. Die indicatiestelling richt zich immers op het vaststellen van de rechten van de verzekerde op een verstrekking, die in de AWBZ is voorzien. De vraag is echter of de verstrekking daadwerkelijk aansluit bij de behoefte van de cliënt. Zelfbepaling blijkt de meest cruciale factor voor cliënten als het gaat om de beleving van de kwaliteit van leven. Cliënten zijn op zoek naar vertrouwde gezichten, die hen helpen de kwaliteit van hun leven op peil te houden.

In het marktdenken domineert het begrip keuzevrijheid. Uit onderzoek blijkt dat cliënten solidariteit en gelijkheid veel belangrijker vinden dan keuzevrijheid. Er past ook de nodige nuance bij het woord kiezen, omdat cliënten de wereld waarin ze moeten kiezen niet kennen, en daardoor niet weten op grond waarvan zij zouden moeten kiezen. In onze sector gaat het niet om bijdehante consumenten, maar om hele oude en zieke 80-plussers, die door het gestapelde functieverlies en de daaruit voortkomende kwetsbaarheid vooral uit zijn op een lieve zuster, een aardige dokter, goede verzorging en een zinvolle dag.

In de postmoderne economie, waar het marktdenken de toon zet, wordt afhankelijkheid inmiddels als iets verwerpelijks gezien.

Alles wat we van elkaar nodig hebben wordt gezien als handelswaar, als iets dat je kunt kopen. Deze gedachte leidt ertoe dat mensen gaan denken dat niemand op hen rekent en dat zij op niemand kunnen rekenen. En als niemand op je rekent, betekent dat dat je niet nodig bent. Volgens Strikwerda en Senett is dat het kenmerk van het postmoderne kapitalisme: het ontnemt mensen het gevoel nodig en nuttig te zijn en het ontnemt hen daarmee ook hun verantwoordelijkheidsgevoel.

#### *De deconfiture van een sector...*

De gezondheidszorg en meer specifiek de ouderenzorg is de afgelopen jaren voorwerp van negatieve beeldvorming geworden. Er is vrijwel niemand meer te vinden, die een positief beeld heeft over de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg. In dit verband moet gevreesd worden dat de sector het motto 'wie geschoren wordt, moet stil zitten' te lang te letterlijk heeft genomen.

Hoe zijn we in deze situatie terecht gekomen? We keren nogmaals terug naar het spel tussen overheid, zorgkantoren en zorgaanbieders. Om een parallel te trekken met het voetbalspel: de regulerende overheid koos voor kostenbeheersing en ging daarmee in de aanval: vanwege de toenemende vraag moest indringend bezuinigd worden op de kosten in de ouderenzorg. Zoals al eerder aangegeven werd bezuinigd door korting op budgetten en door verscherping van de indicatiecriteria. Op dit punt werden zorginstellingen in het overheidsdomein getrokken. De overheid bepaalt het beleid en de zorginstelling dient dat uit te voeren.

Het in dit geval aanvallende middenveld wordt gevormd door de zorgkantoren, die hun rol in het nieuwe marktdenken serieus nemen en bij het inkopen van zorg de aanbieders nogmaals met kortingen op tarieven confronteren. Op dit punt worden zorginstellingen in het marktdomein getrokken. Omdat de zorginstellingen al geruime tijd hun eigenstandige positie in het maatschappelijk middenveld verloren hadden en met enige gretigheid gehoor gaven aan de uitnodiging om zorgondernemer te worden, kwamen zorginstellingen in de verdediging terecht. We waren de bal kwijt en kwamen nooit meer in ons spel.

Meerdere factoren zijn daar debet aan. De overheid bezuinigt op de sector met als risico dat de kwaliteit van de zorg door deze financiële ingrepen achteruitgaat. Ook is de kwaliteit van de zorg fors afgenomen, al was het alleen maar omdat de gemiddelde kwaliteit van het personeel als gevolg van de bezuinigingen is afgenomen. Daarbij komt dat het politieke afbreukrisico van kostenbeheersing in de zorg groot is. De relatie tussen kostenbeheersing en afname van de kwaliteit van de zorg is snel gelegd, leidt tot vragen in de Tweede Kamer en vormt daarmee een serieus en af te wenden risico voor de verantwoordelijke bewindslieden.

De afgelopen jaren is dit risico afgewenteld door de sector te overladen met kwaliteitseisen, die vooral procedureel en instrumenteel van aard zijn. In een poging de effecten tussen bezuinigingen en verlies van kwaliteit te versluieren, worden zorginstellingen geconfronteerd met een administratief verantwoordingscircus, dat zijn weerga niet kent. Tekortkomingen in de sector worden in de Tweede Kamer en in de media aangedikt, uit hun context gelicht en gepresenteerd alsof deze incidenten exemplarisch zijn voor het algehele kwaliteitsniveau van de sector. Incidenten zijn instrumenten geworden om de kostenbeheersing en de bezuinigingen te legitimeren.

Wie zorg verleent aan oudere en kwetsbare mensen kan doorgaans niet meteen rekenen op de interesse en sympathie van de samenleving. Verval, vergankelijkheid en invaliditeit hebben geen plaats in onze samenleving. Het streven naar een perfect leven, dat volledig vrij is van risico's en ongemakken verhoudt zich slecht met de eindigheid van het leven, waarin het verval genadeloos toeslaat. Het gebrek aan kennis en interesse in de oudere en kwetsbare mens in de samenleving en in de zorg, die dagelijks door duizenden mensen met veel toewijding wordt verleend, maakt dat het uitvergroten van incidenten een functie vervult: het houdt de werkelijkheid van afhankelijkheid, verval, vergankelijkheid en kwetsbaarheid op afstand. Door de zorg te veroordelen, hoeven we ons niet te verdiepen in wat het betekent om oud, ziek, dement of gehandicapt te zijn. En hoeven we ons niet te verbazen over het feit dat er zoveel goed gaat in de zorg, waar honderdduizenden medewerkers (en mantelzorgers) dagelijks zorgen voor evenzoveel kwetsbare mensen.

Het weerwoord van de sector op de negatieve beeldvorming bleef uit. Deels omdat de sector niet in staat was de kwaliteit van de zorg te objectiveren en daardoor ook niet in staat was een directe relatie te leggen tussen de bezuinigingen en de afname van de kwaliteit. Deels ook omdat de sector zich liet verleiden door de taal van de markt en zo de uitnodiging aanvaardde om zich te ontwikkelen tot een normaal bedrijf, tot zorgondernemer. De sector besloot volwassen te worden en besloot te stoppen met het zeuren om meer geld voor de zorg. Dat paste niet meer in de nieuwe rol. Daarmee vergat de sector dat zij in feite een uitvoeringsorganisatie van de overheid bleef en tegelijkertijd de opdracht had aanvaard om onderdeel te worden van het domein van de markt, zonder zich te vergewissen van de randvoorwaarden en bevoegdheden die bij een dergelijke rol passen. De sector zweeg ook, omdat een wereld die beheerst wordt

door bureaucratie en regels zich slecht leent voor uitleg aan politiek en samenleving. Alleen al het lezen van de indicatie, die een cliënt krijgt van het Centraal Indicatieorgaan Zorg vraagt om een zeer geofefende ingewijde. Voor cliënten en buitenstaanders zijn dit soort zaken niet te doorgronden.

Het weerwoord van de sector is veel te lang uitgebleven, zelfs toen uit allerlei onderzoek bleek dat de sector ten onrechte in een kwaad daglicht werd gesteld. Vanaf eind jaren negentig hebben de jaarlijks terugkerende '*Zorg in tel*' rapporten van Van der Zwan ondubbelzinnig aangetoond dat er een kloof gaapt tussen wat aan zorg geleverd wordt en het geld dat daarvoor beschikbaar wordt gesteld. Anders gezegd: de sector krijgt geen geld voor zijn waar en wordt gedwongen zorg te leveren onder de kostprijs.

Drie jaar geleden werden de tarieven van de zorg opnieuw berekend, ditmaal door het CTG, de voorganger van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). De zorgkloof bleek verder toegenomen. Onderzoek van Berenschot liet zien dat de ouderenzorg de laagste overhead (managers) had; de sector werd in dit onderzoek onder meer vergeleken met de andere sectoren van de gezondheidszorg én met de overheid, die veruit de hoogste overhead scoorde. Twijnstra Gudde deed vervolgens onderzoek naar de verwerkingscapaciteit van de sector: hoe worden de uitbundige wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende veranderingen in de sector geïmplementeerd. De conclusie was dat het geringe aantal managers feitelijk een risico vormde. Het lukte de zorginstellingen maar net - aldus het onderzoek- om alle veranderingen gegeven de lage overhead tijdig te verwerken.

Juist omdat de sector zweeg en de juiste toon niet wist te vinden kon het gebeuren dat ons een mantra toeviel, die te pas en te onpas en veelal door de overheid en de politiek worden gedebiteerd: 'het is slecht gesteld met de kwaliteit van de zorg, dat blijkt uit incidenten en dat komt omdat er teveel managers zijn en die verdienen ook nog teveel. Er is voldoende geld beschikbaar, want er zijn ook zorginstellingen die met het budget wel goede kwaliteit kunnen leveren'. En met het verdeelde veld dat onze sector typeert is er altijd wel een zorgbestuurder te vinden die dat beeld - louter uit ijdeltuiterij - wil bevestigen.

#### *De ontmanteling van de sector...*

De sloop van de sector is inmiddels goed op gang gekomen. Tegelijk met de introductie van de WMO, die zonder deugdelijke randvoorwaarden verliep, werd een nieuw spel geïntroduceerd, dat van de aanbesteding. De marktpartijen (de aanbestedende gemeenten en de inschrijvende thuiszorgaanbieders) ontbeerden elke ervaring in dit nieuwe spel waarvan de effecten immens bleken zowel voor de zorgaanbieders als voor de cliënten. In een poging een deel van de markt te veroveren, schreven zorgaanbieders in voor een scherpe prijs, vooral ook omdat de meeste gemeenten in de aanbesteding een sterker accent legden op prijs dan op kwaliteit.

Het naar de gemeenten overgehevelde AWBZ-geld werd voor een flink deel (15%) aan de zorg onttrokken, omdat de 450 gemeenten met dat geld ook een uitvoeringsorganisatie voor de WMO moesten opzetten. Door de scherpe inkoop bleef in 2007 ook nog eens 200 miljoen op de plank liggen.

Wat volgde was een verschuiving van Hulp bij het Huishouden (HBH) 2 naar HBH 1 (van een hoger tarief naar een lager tarief), met als gevolg cliënten die hun vertrouwde hulp kwijt raakten, medewerkers die gedwongen werden hun baan op te geven en thuiszorginstellingen, die door hen (te) scherpe prijs in de rode cijfers terecht kwamen. De overheid verstoorde daarmee één van de meest wezenlijke elementen in een samenleving, de vertrouwensrelaties tussen individuele

burgers. Door de inzet van zowel gemeenten als thuiszorginstellingen zijn de gevolgen nog redelijk beperkt gebleven. Wel verzeilde 60% van de thuiszorginstellingen in 2007 in de rode cijfers. In 2008 loopt dit percentage op tot 75 %.

Hoewel de overheid nog geen formeel standpunt heeft ingenomen over de omvang van het AWBZ-pakket, is de ontmanteling van de AWBZ al in volle gang. Zonder enige discussie worden onderdelen van de AWBZ geschrapt, dan wel overgeheveld naar de gemeenten. Propageerde de overheid tot voor kort dat ouderen zo lang mogelijk thuis moeten kunnen blijven wonen, op dit moment krijgen ouderen en lichamelijk gehandicapten, die vanwege toename van de zorgzwaarte een herindicatie aanvragen, op instigatie van de overheid een indicatie verblijf (verpleeg- of verzorgingshuis), waardoor ze in de thuissituatie in plaats van méér zorg 20% minder zorguren krijgen. In feite wordt zo een omslagpunt in de zorg geïntroduceerd. Wie teveel zorg nodig heeft, moet maar naar een verpleeghuis.

Het is verbijsterend dat dit zonder slag of stoot plaatsvindt. Het leidt ook tot perverse reacties: zorginstellingen vragen geen herindicatie meer aan, om te voorkomen dat hun cliënten minder zorg geïndiceerd krijgen. Verder wordt gekort op de zorg door verpleging (hoger tarief) om te zetten in persoonlijke verzorging (lager tarief). Wie als cliënt eerst recht had op een verpleegkundige, moet nu genoegen nemen met een verzorgende. Voor de zorginstellingen betekent het minder geld voor hetzelfde werk, omdat de zorgvraag van de cliënt immers niet is veranderd.

De focus wordt nu verlegd naar de intramurale zorg. Per 1 januari a.s. wordt de zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Cliënten krijgen een indicatie in zorgzwaartepakketten (ZZP's) en aan elk van de 10 pakketten hangt een tarief. Zorginstellingen hebben al enkele malen al hun cliënten moeten indelen in de nieuwe ZZP's. Ook bij deze meting tekende de zorgkloof zich weer scherp af: toen alle in Nederland gescoorde ZZP's afgezet werden tegen de door de NZa berekende tarieven, werd duidelijk dat er veel geld bij moest in de sector. Vooraf was echter door de overheid bepaald dat de operatie budgettair neutraal moest verlopen: de som moet uitkomen op 0.

Er is slechts sprake van herverdeling van geld tussen instellingen (wie veel zware cliënten heeft krijgt meer geld). Sinds de eerste metingen zijn de tarieven inmiddels al met 10% gekort. Dat betekent dat zorginstellingen 10% onder de kostprijs moeten leveren. Dat kan niet en toch gaat dat gebeuren. Maar dan zijn we er nog niet. De zorgkantoren mogen van de overheid hun rol als zorginkoper nog vervullen en mogen bij het maken van afspraken voor 2009 nog 2% onder het gekorte tarief gaan zitten (dat telt dus op tot 12% onder de kostprijs).

Jaarlijks maakt het zorgkantoor afspraken met individuele zorginstellingen over het quotum zorg dat zij mogen leveren (productie). Als dit quotum op is, hebben de zorginstellingen de keus om gratis zorg te leveren (overproductie wordt niet betaald) of een cliëntenstop in te voeren. Helder is dat cliënten in dit land geen echte keuzevrijheid hebben met dit systeem.

Veel is er te doen over de meerbedskamers in verpleeghuizen. De gebouwen die er nu staan met hun meerbedskamers zijn het uitvloeisel van stringent overheidbeleid, dat tot op de vierkante centimeter aan zorginstellingen werd opgelegd. Privacyverbetering wordt al jaren bepleit door zorginstellingen. Het tempo ligt laag door de ellenlange bouwprocedures die door de overheid worden voorgeschreven; los daarvan zijn er ook lokaal allerhande bureaucratische belemmeringen in het snel realiseren van eenpersoonskamers. Het geld dat de staatssecretaris recent toezegde aan de sector is oud geld, dat al

jaren geleden voor dit doel is uitgetrokken. Op Prinsjesdag zijn nieuwe bezuinigingen op de zorg in het vooruitzicht gesteld (zo'n 1,2 miljard).

De sector wordt gesloopt, de politiek zwijgt, de kwetsbare cliënten kunnen geen vuist maken bij gebrek aan een sterke cliëntenorganisatie. De overheid legt de verantwoordelijkheid voor de effecten van de bezuinigingen op voorhand neer bij de zorgaanbieders, van wie wordt verwacht dat zij hun medewerkers opnieuw in de positie brengen dat zij mogen uitleggen aan hun cliënten waarom zij minder zorg krijgen. Het slechte imago van de zorg (de mantra) legitimeert het opleggen van nieuwe bezuinigingen.

De overheid zal zeggen dat er de afgelopen jaren veel geld naar de sector is gegaan. Dat klopt. Dat was geld om de toename van het aantal cliënten te bekostigen. Volumegeld zozeggd. Dat laat onverlet dat voor de bestaande zorgvraag te weinig geld beschikbaar is (zorgkloof). De impopulariteit van de sector maakt het bovendien vrijwel onmogelijk om nu en straks te voorzien in medewerkers, die hard nodig zijn vanwege de stijgende vraag naar zorg. Medewerkers, die nu werkzaam zijn in de sector hebben de neiging de zorg te verlaten, omdat zij zichzelf niet meer herkennen in het werk dat ze doen. En jonge mensen zullen niet makkelijk kiezen voor een sector, die op zo weinig respect mag rekenen.

De sector heeft op minimaal één punt boter op zijn hoofd. Binnen de sector zijn afspraken gemaakt over de salarissen van bestuurders. De leden van de branche (Actiz) hebben zich te houden aan de salaris adviesregeling, opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). Als bestuurders zich niet houden aan de door hen zelf ontworpen en geaccordeerde adviesregeling, staat hun integriteit ter discussie. Dit maakt een debat over de bezuinigingen in de zorg - hoezeer het dan ook gaat om onvergelykbare grootheden - nodeloos ingewikkeld. Voor exorbitante vertrekregelingen van bestuurders geldt overigens hetzelfde.

*Zorg is een kostbaar goed...*

Zorg is een kostbaar goed, en wel in tweeërlei betekenis. Zorg is kostbaar in financiële termen. En naarmate meer mensen een beroep doen op zorg, nemen de kosten toe. Maar veel belangrijker nog is dat zorg een kostbaar goed is omdat het grote maatschappelijke betekenis heeft. De toegevoegde waarde van zorg is immens. Burgers in Nederland onderstrepen dat: goede verzorging vinden zij een van de allerbelangrijkste waarden.

Zorg is een kostbaar goed vanwege zijn economische betekenis. Medewerkers in de zorg maken het mogelijk dat er voldoende arbeidskrachten beschikbaar blijven om de gewenste economische groei mogelijk te maken.

Zorg is een kostbaar goed vanwege zijn maatschappelijke betekenis. De zorg lost - zonder daarover veel ophef te maken - veel maatschappelijke problemen op. Zorg voor oudere mensen, die vereenzaamd zijn, zorg voor mensen met psychische- en verslavingsproblemen.

Zorg is een kostbaar goed vanwege de betekenis, die mensen voor elkaar hebben. Het hebben van zorg voor elkaar maakt mensen betekenisvol en is een belangrijk samenbindend element in een samenleving. Een mens heeft immers slechts betekenis in de relatie met anderen.

Zorg is een kostbaar goed. Een bekende uitspraak luidt dat men de beschaving van een land kan afleiden van de manier waarop men zorgt voor oudere en kwetsbare mensen. In die zin dreigt onze beschaving op dit moment af te kalven.

In de afgelopen periode is de sector echter uitsluitend afgeschilderd als een hinderlijke kostenpost. Momenteel wordt - zonder dat duidelijke keuzes zijn gemaakt door overheid en politiek en zonder enig debat in en met de samenleving- de zorg als kostbaar goed verkwanseld.

*Wat er moet gebeuren in tien punten....*

1. Versterk de positie van de cliënt, door hem zelf het budget te geven waarmee hij zorg kan inkopen.
2. Afschaffing van de zorgkantoren is een must. Alleen op die manier is een echte transactierelatie mogelijk tussen de cliënt met een budget en de aanbieder.
3. Overheid en politiek maken duidelijk wat in dit land publiek en wat privaat bekostigd moet worden. Tevens maken zij heldere keuzes over de omvang van het AWBZ pakket.
4. De beleidsverantwoordelijkheid voor deze keuzes ligt bij de overheid en politiek. Zij hebben over deze keuzes verantwoording af te leggen aan de samenleving en aan cliënten. Hetzelfde geldt voor bezuinigingen, die leiden tot verschraving van de zorg.
5. De overheid maakt werk van het verminderen van de bureaucratie onder meer door het afschaffen of sterk vereenvoudigen van de indicatiestelling.
6. Zorgaanbieders kiezen als private instellingen hernieuwd positie in het maatschappelijk middenveld en nemen daarbij afstand van de domeinen (overheid en markt) waarin zij niet thuis horen.
7. Vanuit deze positie maken zorginstellingen aan de overheid en politiek duidelijk welke zorg zij met de beschikbare publieke financiële middelen kunnen leveren en wat de effecten zijn van nieuw (overheidsbeleid) voor de dienstverlening aan cliënten. Zorginstellingen maken aan hun cliënten duidelijk welke aanvullende zorg door cliënten zelf bijgekocht kan worden.
8. Vanuit deze positie maken zorginstellingen duidelijk hoeveel tijd nodig is voor de implementatie van nieuw beleid, zodat veranderingen in een normaal tempo verwerkt kunnen worden.
9. Vanuit deze positie zullen zorginstellingen met beleidsinitiatieven komen, die een bijdrage leveren aan het behoud van zorg als kostbaar goed. Gereguleerde marktwerking voldoet niet. Zorginstellingen zijn bereid een actieve bijdrage te leveren aan een eventueel herontwerp.
10. Vanuit deze positie zullen zorginstellingen de overheid aanspreken op haar grondwettelijke rol: zorgdragen voor samenhang, binding en stabiliteit in de samenleving, zodat ook oudere en kwetsbare mensen delen in de welvaart.

*Tot slot...*

De parlementaire enquête over de effecten van de hervormingen in het onderwijs is nog maar net achter de rug. De deconfiture van het onderwijs is overtuigend aangetoond door de commissie Dijsselbloem. De teloorgang van de zorg in Nederland is inmiddels op geleide van de kostenbeheersing in volle gang. Het is daarom de hoogste tijd voor een pas op de plaats, voor een moment van reflectie op de effecten van jarenlange bezuinigingen in de zorg voor oudere en kwetsbare mensen.

Adhesiebetuigingen zijn welkom op: [raadvanbestuur@osiragroep.nl](mailto:raadvanbestuur@osiragroep.nl)

Ondertekenaars:  
Mevrouw G. Van Heteren

De heer J.P. Stronk, cliënt zorg lichamelijk gehandicapten

Mevrouw H. Foppes, mantelzorger

Prof. dr. B. de Wit, Open Universiteit en Maastricht school of Management  
Hoogleraar Strategisch Leiderschap

Mevrouw drs. W.W. Stadtman  
OsiraGroep, voorzitter Raad van Bestuur

Prof dr. J. Strikwerda  
Hoogleraar Universiteit van Amsterdam in organisation end organizational change  
directeur Nolan Norton Institute

De heer dr. H. van Fulpen  
Amstelring  
Raad van Bestuur

De heer W. Corsten  
Thebe  
Voorzitter Raad van Bestuur

De heer J.H.L.M. Metzemaekers  
Stichting Azora  
Voorzitter Raad van Bestuur

Mr. drs D. Plessius  
Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé  
Voorzitter Raad van Bestuur

De heer C.J.V.L. Laurey  
Meavita Nederland  
Voorzitter Raad van Bestuur

Mevrouw A.P. Berkhout-Pos  
Stichting ActiVite  
Voorzitter Raad van Bestuur

Prof. dr. J.M.G.A Schols  
Hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en  
hoogleraar chronische zorg aan de Universiteit van Tilburg

Prof. dr. E. Scherder  
Hoogleraar klinische neuropsychologie, hoofd van de afdeling Klinische  
Neuropsychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Drs H. Rommers  
Thuiszorg Zuidwest Friesland  
Directeur

De heer J. Spätjens  
Zorggroep Noord en Midden Limburg  
Voorzitter Raad van Bestuur

De heer F. Rijnders

Zorggroep Noord en Midden Limburg  
Lid Raad van Bestuur

De Heer J.L.L. Pelgrims MSM  
Tante Louise-Vivensis  
Raad van Bestuur

Mevrouw D. van der Burg  
Zorgwerk Uitzendbureau  
Directeur

De heer G. Tettero  
Ondernemer in de zorg

De heer H. Hofhuizen  
Carint Reggelandgroep  
Voorzitter Raad van Bestuur