

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. C. Ross-van Dorp
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 – 368 73 11
Fax 079 – 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Geachte mevrouw Ross-Van Dorp,

Datum
28 01 2005
Uw brief van

Uw kenmerk

Ons kenmerk
4341.1-16
Doorkiesnummer
079 368 7348
Onderwerp
Briefadvies WMO

Op 14 januari 2005 vroeg u de RVZ om een nader advies over de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO); zie bijlage 1. In december 2003 publiceerde de RVZ al zijn advies Gemeente en zorg, waarin hij vorm en inrichting van de WMO typeerde. In een nader advies zou de Raad de kernpunten van het parlementaire debat over de WMO, zoals gevoerd in 2004, onder de loep moeten nemen. Het nader advies zou snel moeten verschijnen, in verband met uw planning van de wetsvoorbereiding.

De RVZ is bij het schrijven van het advies over de WMO gesteund door medewerkers van de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv). Ook die Raad adviseerde namelijk eerder over de WMO.

De RVZ reageert met deze brief op uw adviesaanvraag en wel als volgt.

- Paragraaf 1 bevat onze kijk op de sturingsfilosofie achter de WMO. Het advies Gemeente en zorg blijft, zoals u zult zien, voor ons uitgangspunt. De gebeurtenissen in 2004 geven ons geen aanleiding de uitgangspunten te veranderen.
- Paragraaf 2 bestaat uit korte besprekingen van zeven onderdelen van de WMO. Met deze onderdelen, menen wij de punten uit uw adviesaanvraag te behandelen. In bijlage 2 geven wij aan waar u deze punten kunt terugvinden in dit advies.
- In bijlage 3 werken wij deze korte besprekingen wat verder uit.
- Uw vraag naar buitenlandse voorbeelden beantwoorden wij in bijlage 4, die een door NIZW IC opgesteld overzicht bevat.
- Tegelijk met dit spoedadvies publiceert de Raad de achtergrondstudie: De WMO in internationaal perspectief van Ecorys.

Het spoedkarakter van dit advies dwingt ons tot terughoudendheid. Het is onmogelijk om in enkele weken de onderdelen van de WMO dieper uit te werken. Wij stellen u voor op relevante zaken die nu onaangeroerd blijven op een later moment in te gaan en wel,

- in het RVZ-advies AWBZ in internationaal perspectief dat medio dit jaar verschijnt en
- in een door u desgewenst te vragen advies van RVZ en Raad voor de financiële verhoudingen over financieringsaspecten van de WMO (zie § 2.6).

1 De sturingsfilosofie van de WMO

Laten wij ons concentreren op het probleem en op de oplossing.

Wat is het probleem? Mensen met een beperking willen een volwaardige plek in de samenleving. Zij hebben daar ook recht op, maar krijgen die plek niet. Als het gaat om maatschappelijke participatie, schiet Nederland tekort. Dat moet beter.

Nederland heeft nog een probleem: de AWBZ. Die werkt niet goed. De bevolking krijgt niet de zorg waar zij om vraagt en waarop zij recht heeft. Ook dat moet beter.

En dan is er nog het probleem van de uitgaven. De uitgaven voor AWBZ-zorg zijn niet goed te beheersen en de gevolgen van de vergrijzing moeten nog komen. De houdbaarheid van de 'blijvende zorg' staat op het spel. Voor welke opgave stelt ons dit? Voor een tweeledige: het met kracht aanpakken van de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking én het saneren van de AWBZ (meer kwaliteit, lagere kosten).

Hoe pakken wij dit aan? Door de gemeente verantwoordelijk te maken voor de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Zij zal hun zelfredzaamheid dus moeten bevorderen. En door de AWBZ te splitsen in twee duidelijke componenten: zorg en maatschappelijke participatie. De tweede component moeten wij onder de verantwoordelijkheid van de gemeente brengen. De WMO is hiervoor het kader.

Hoe zou deze wet er uit moeten zien?

1. *Individuele ondersteuning maatschappelijke participatie centraal*
De wet borgt een recht op individuele ondersteuning bij maatschappelijke participatie. Maak dat recht afdwingbaar voor de burger met behulp van de Wet gelijke behandeling en de Algemene wet bestuursrecht. Vertaal dit in een 'compensatieplicht' voor de gemeente, die deze plicht nakomt door persoonsgebonden budgetten te verstrekken of door zorginkoop, maar niet door zelfzorg te verlenen. De 'compensatieplicht' borgt 'gelijke behandeling'.
2. *Bevorder actief burgerschap, gemeenschapszin en de eigen verantwoordelijkheid*
De relatie tussen burger en gemeente is het focus van de wet. De wet moet de gemeente opdragen burgerschap te activeren, gemeenschapszin te mobiliseren en de verantwoordelijkheid voor welzijn en gezondheid, ook van anderen, te bevorderen. De gemeente moet dit ondersteunen. Het is de enige manier om community care te realiseren.
3. *Leg de gemeente een resultaatverplichting op*
Formuleer een helder, haalbaar en toetsbaar resultaat van de wettelijke inspanningen. En spreek de gemeente dáárop aan, niet op de manier waarop zij het resultaat bereikt. Hou vast aan de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Vertaal dat in algemeen aanvaarde en toetsbare (openbare!) wettelijke normen. Koppel die aan de 'compensatieplicht'.
4. *Geef de gemeente een brede én een zware taak*
De WMO moet de gemeente een brede taak opdragen. Dit betekent dat substantiële delen van de AWBZ moeten worden overgeheveld naar de WMO. Alleen dan kan zij lokale regie voeren op het terrein van welzijn, wonen en ondersteuning. Maak die taak ook zwaar, substantieel. Dat maakt de gemeente zichtbaar en dus aanspreekbaar voor de burger als verantwoordelijke.
5. *Geef de gemeente autonomie in de uitvoering*
Laat de gemeente de wet uitvoeren in autonomie. Voor centrale wet- en regelgeving zou moeten gelden: nee, tenzij. Het draait hier niet om de relatie rijk – gemeente, maar om die tussen burger en gemeente (zie 2). De lokale differentiatie die hiervan het gevolg kan zijn, is niet het probleem, maar de oplossing.
6. *De wet geeft de gemeente de bevoegdheid regie te voeren ook over de grens van de WMO*
De wet moet de gemeente voldoende middelen en bevoegdheden geven om de lokale regie te voeren. De gemeente moet zijn 'compensatieplicht' immers

kunnen waarmaken. Als het nodig is, moet de gemeente ook zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen aanspreken op continuïteit van zorg. Doel van de lokale regie moet immers zijn: het borgen van de continuïteit van zorg en ondersteuning in een situatie van versnippering van de financiering van de 'long term care'. Laat partijen in de overgangssituatie een werkbaar model uitwerken dat recht doet aan de verantwoordelijkheden.

2 De essentiële onderdelen van de WMO

2.1 Zorgplicht

Eén van de meest omstreden punten rondom de WMO betreft de zorgplicht. In de oorspronkelijke plannen voor de WMO was daarin niet voorzien. Consequentie daarvan zou zijn dat burgers geen aanspraak op, bij of krachtens de WMO bepaalde voorzieningen hebben (geen 'recht op zorg'). Op aandringen van de Tweede Kamer heeft de Staatssecretaris onlangs toegezegd dat gemeenten in de WMO toch een zorgplicht krijgen.

Op dit punt culmineert het bestuurlijke dilemma, waarvoor VWS zich geplaatst ziet bij de vormgeving van de WMO: enerzijds is maximale beleidsvrijheid van gemeenten gewenst, omdat datgene wat nodig is om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers te bereiken alleen goed op lokaal niveau is vast te stellen en vorm te geven. Dat pleit voor een vergaande mate van decentralisatie. Anderzijds zijn er vormen van ondersteuning die voor mensen van zodanig belang zijn dat de vraag rijst of daarvoor niet wettelijk moet worden vastgelegd dat ze voor iedereen, waar ook in Nederland woonachtig, beschikbaar moeten zijn. Dat pleit juist voor centrale regelgeving, met geringere beleidsvrijheid op het lokale niveau.

In zijn advies Gemeente en zorg adviseerde de RVZ reeds om gemeenten onder de WMO zoveel mogelijk beleidsvrijheid te geven. Tegelijkertijd onderschrijft de Raad de noodzaak om het recht op ondersteuning voor burgers die voor hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie afhankelijk zijn van bepaalde voorzieningen wettelijk te borgen.

Een zorgplicht in de klassieke zin, dat wil zeggen een wettelijke verplichting om bepaalde met name genoemde voorzieningen te verstrekken, past evenwel niet in de sturingsfilosofie, zoals de Raad die voor ogen heeft. Niet alleen omdat deze de beleidsvrijheid van gemeenten te zeer inperkt, maar bovenal omdat een 'klassieke' zorgplicht inputgericht is. Ze houdt in dat burgers, die in (ogenschijnlijk) dezelfde omstandigheden verkeren, dezelfde voorzieningen krijgen toegewezen (uiteraard mits aan alle wettelijke voorwaarden voor verstrekking is voldaan), in beginsel ongeacht het resultaat dat daarmee kan worden bereikt. Met andere woorden, ze bewerkstelligt formele, maar geen materiële rechtsgelijkheid. De klassieke zorgplicht is daarmee geen geschikt middel om maatschappelijke participatie van een individu (zijnde een materieel resultaat) te realiseren.

Het verdient volgens de Raad aanbeveling om de wettelijke aanspraak op maatschappelijke ondersteuning te relateren aan aard en ernst van de beperking(en) van burgers, door gemeenten te verplichten zorg te dragen voor compensatie van deze beperking(en). En wel zodanig dat de burger met een beperking in een gelijkwaardige uitgangspositie wordt gebracht ten opzichte van de burger zonder beperking(en). De gemeente heeft hierin een resultaatsverplichting. Dit brengt met zich mee dat de gemeente zelf mag bepalen welke voorzieningen zij aanbiedt om het wettelijk vastgestelde doel/resultaat te bereiken. Teneinde tevens recht te doen aan het uitgangspunt dat, daar waar mogelijk beroep gedaan wordt op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, moet het mogelijk zijn om aan de aanspraak op ondersteuning een inkomenstoets te koppelen. Omdat het om maatschappelijke participatie gaat, is dit te rechtvaardigen. Daartoe dienen op centraal niveau regels gesteld te worden.

In het licht van de voorgestelde ‘compensatieplicht’ heeft het de voorkeur van de Raad om alleen individuele voorzieningen over te hevelen naar de WMO, zodat de wet een eenduidig karakter kan krijgen. In deze visie blijft naast de WMO een Welzijnswet bestaan, waarin de collectieve (gemeenschapsgerichte) voorzieningen worden ondergebracht. Deze voorzieningen zijn immers algemeen van aard en bedoeld voor iedere ingezetene van de gemeente, ongeacht diens eventuele beperkingen. Voor deze voorzieningen acht de Raad het niet gewenst een wettelijke aanspraak in het leven te roepen. Deze aanbeveling heeft betrekking op het niveau van de aanspraak (c.q. voorziening), niet op het niveau van de uitvoering. Op het tweede niveau kan immers, ook bij een individuele aanspraak (bijvoorbeeld vervoer) een ‘collectieve’ voorziening worden aangewend (bijvoorbeeld openbaar vervoer).

Door de aanspraak op ondersteuning niet te verankeren in een verplichting om bepaalde met name te noemen voorzieningen te verstrekken (zorgplicht), maar te omschrijven in termen van het te bereiken resultaat (compensatieplicht), kan onzekerheid ontstaan over wat nu precies als recht geldt. Om die reden is het volgens de Raad noodzakelijk om in de wet zelf op te nemen wanneer sprake is van een gelijkwaardige uitgangspositie van burgers. Dat is immers het resultaat waarop de gemeente, ook in rechte, kan worden aangesproken. Dit betekent dat geoperationaliseerd moet worden wat de termen ‘zelfredzaamheid’ en ‘maatschappelijke participatie’ betekenen: welke activiteiten moet iemand daarvoor tenminste kunnen uitvoeren?

Door het te bereiken resultaat (de compensatie) als aangrijpingspunt te nemen is het volgens de Raad niet noodzakelijk in de wet zelf criteria op te nemen voor de indicatiestelling.

2.2 Kwaliteit

De plannen voor de WMO kennen geen specifieke kwaliteitseisen en -toezicht. Dat past in het sturingsconcept van de wet, waarin gemeenten zoveel mogelijk beleidsvrijheid hebben. De Tweede Kamer verlangt van de Staatssecretaris evenwel de toezegging dat onder de WMO dezelfde (landelijke) kwaliteitseisen zullen gelden als onder de AWBZ. In concreto betekent dit dat de kamer graag ziet dat de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) ook van toepassing is op aanbieders van WMO-voorzieningen. Anders dan in het algemeen overleg tussen Staatssecretaris en Tweede Kamer is verondersteld, zou daartoe het Uitvoeringsbesluit artikel 1, tweede lid KZI moeten worden uitgebreid met een bepaling d.

De Raad is evenwel ten principale van mening dat het noodzakelijk, noch gewenst is om voor de WMO specifieke kwaliteitseisen en -toezicht in het leven te roepen. Bij de WMO gaat het immers om ‘ondersteuning’ en niet om ‘zorg’. Wezenlijker nog is het gegeven dat er reeds voldoende adequate mechanismen voorhanden zijn om de kwaliteit van de te leveren of geleverde voorzieningen te borgen. Dat zijn de volgende:

- compensatieplicht: in de wettelijke aanspraak op compensatie voor beperkingen ligt impliciet besloten dat de gemeente heeft in te staan voor de kwaliteit van de in dat kader te verstrekken voorzieningen. Daarin is een prikkel gelegen voor gemeenten om zorgvuldig in te kopen.
- inkoop door gemeente: de gemeente kan, zoals zij dat doet op het gebied van welzijn (zogenoemde WILL-contracten), prestatie-eisen opnemen in de overeenkomst met aanbieders van WMO-voorzieningen. Indien met de te gunnen opdracht het drempelbedrag van de Europese aanbestedingsrichtlijnen wordt overschreden is zij daartoe zelfs verplicht.
- klachtenregeling: op grond van de Algemene wet bestuursrecht is de gemeente gehouden een adequate klachtenregeling op te zetten en te hanteren. Deze verplichting houdt in dat de gemeente duidelijk moet maken dat ingezetenen een klacht kunnen indienen over (de kwaliteit van) geleverde voorzieningen en dat

- zij gehouden is de klacht in ontvangst te nemen en adequaat af te handelen. Informatie over de klachtenbehandeling door de gemeente is bovendien openbaar.
- administratieve rechtsbescherming: in de bezwaar- en beroepsregeling ex Awb is een belangrijke stimulans gelegen voor de gemeente om zorgvuldig in te komen.

Uiteraard is het mogelijk op onderdelen verbetering aan te brengen in het borgingsmechanisme door gebruikersorganisaties een rol te geven, bijvoorbeeld in de zorginkoop en klachtenbehandeling. Dit hoeft echter niet wettelijk geregeld te worden. Van het opnemen van informatie over het zorginkoopgedrag van gemeenten, de klachtenbehandeling en de rol die zij daarbij toekennen aan gebruikersorganisaties in de benchmark van gemeenten en het landelijke vergelijkingsstelsel van VWS gaat een voldoende stimulerende werking uit.

2.3 Positie burger/cliënt

Belangrijke doelstelling van de WMO is zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers te bevorderen. Dat is primair een aangelegenheid van burgers zelf; het lokale bestuur ondersteunt hen daarin. Het gaat er om dat mensen voldoende toegerust zijn om de inrichting van hun leven zoveel mogelijk zelf ter hand te nemen. Dat betekent dat zij ook invloed moeten kunnen uitoefenen op de wijze waarop de gemeente invulling geeft aan de WMO. Weliswaar is het zo dat die invloed via de werking van de lokale democratie tot gelding kan worden gebracht, maar de vraag is of dit voldoende is. De WMO is immers vooral bedoeld voor mensen met beperkingen, die veelal tot een minderheidsgroep behoren. Daarmee is niet per se geborgd dat hun stem voldoende vertegenwoordigd is in het lokale bestuur. Belangrijker nog: de aard van de beperking belemmert mensen soms ernstig in hun deelname aan de lokale democratie.

Dit gegeven vormt voor de Raad aanleiding om na te gaan welke mogelijkheden de WMO biedt voor countervailing power van burgers/cliënten en te beoordelen of deze voldoende zijn dan wel versterking behoeven. Hij volgt daartoe het beleidsproces: beleidsvorming, -uitvoering en -evaluatie.

Beleidsvorming: tot stand komen gemeentelijk plan

De gemeente moet een plan opstellen waarin zij aangeeft hoe invulling wordt gegeven aan de in de wet genoemde prestatievelden. Zoals dat gebruikelijk is bij alle gemeentelijke planvorming, dient de gemeente haar ingezetenen inspraak te geven bij de totstandkoming van dit plan; een vereiste dat reeds voortvloeit uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Daarnaast is er een voornemen om de gemeente te verplichten het ontwerpplan ter advisering voor te leggen aan de 'gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve organisaties van vragers op het gebied van maatschappelijke ondersteuning', alvorens een voordracht tot vaststelling te doen.

De Raad is van mening dat de countervailing power op dit punt geen versterking behoeft. Hoewel de gemeente de uitkomsten van de inspraakronden en gegeven adviezen naast zich neer kan leggen, dient zij dit gemotiveerd te doen. Deze motiveringsplicht brengt met zich mee dat de gemeente adviezen serieus moet overwegen en niet lichtvaardig van de hand kan wijzen.

Beleidsuitvoering: het ondersteuningsproces

Vertrekpunt voor de redenering in dit advies is dat de WMO individuele voorzieningen kent waarvoor een compensatieplicht geldt (zie 2.1). Voor de WMO-cliënt zijn er in het ondersteuningsproces verschillende aangrijpingspunten om invloed uit te kunnen oefenen:

1. Beoordeling aanvraag

De gemeente is krachtens de Awb verplicht om binnen een redelijke termijn na ontvangst van een aanvraag voor een individuele WMO-voorziening daarop een

beslissing te nemen. Als de aanvrager het niet eens is met deze beslissing kan hij daartegen administratief bezwaar en (eventueel) beroep instellen. Dat kan zowel gericht zijn tegen het besluit omtrent de honorering van de aanvraag als tegen de indicatiestelling, die immers ten grondslag ligt aan dit besluit. Deze administratief-rechtelijke voorziening is op zichzelf adequaat. Wel moet in de wet een noodprocedure worden opgenomen voor acute situaties.

Vanuit een oogpunt van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van de burger, acht de Raad het evenwel van groot belang dat een duidelijk kader bestaat waaraan het besluit van de gemeente getoetst kan worden. Dat onderstreept het belang van een helder omschreven wettelijke resultaatsverplichting van de gemeente terzake van voorzieningen waarvoor de compensatieplicht geldt.

Mocht het kabinet hier desondanks niet voor voelen, dan kan het invoeren van een verplichte adviesprocedure in de bezwaarfase een alternatief zijn. Indien een gemeente voornemens is een bezwaarschrift ongegrond te verklaren, dan is zij verplicht een nader aan te wijzen college om advies te vragen. Dat advies kan weliswaar niet bindend zijn, maar dwingt de gemeente wel haar besluit grondig te motiveren en heeft een landelijk uniformerende werking. Het aan te wijzen college zou multidisciplinair kunnen worden samengesteld uit tenminste ook 'gebruikers'.

2. *Zorginkoop*

De positie van de cliënt is hier het sterkst wanneer hij zelf de benodigde ondersteuning kan inkopen. Om die reden verdient het aanbeveling om het primaat van de keuze tussen verstrekking in natura dan wel een PGB te leggen bij de cliënt en afwijking van deze regel slechts toe te staan op grond van klemmende redenen. Het is aan de gemeente om het bestaan daarvan aannemelijk te maken. Zij zou zich hierbij kunnen baseren op een advies van cliëntenorganisaties over de afwijking van de regel.

Wanneer de burger de voorziening in natura ontvangt is de gemeente inkoper. De positie van de cliënt kan in dat geval versterkt worden door een rol toe te kennen aan cliëntenorganisaties bij de inkoop. Dit hoeft niet bij wet te worden geregeld. In plaats daarvan kan het al dan niet betrekken van cliëntenorganisaties bij de zorginkoop een onderwerp zijn dat in de benchmark wordt meegenomen.

3. *Zorgverlening*

Ook in deze fase maakt het voor de positie van de cliënt verschil of hij zelf inkoper is dan wel de gemeente. In het eerste geval is zijn positie het sterkst, aangezien hij de aanbieder zelf betaalt voor geleverde diensten. Zijn deze gebrekkig dan kan hij betaling weigeren en/of overstappen naar een andere aanbieder. Wanneer de voorziening bestaat uit 'goederen' – bijvoorbeeld hulpmiddelen – geniet de afnemer/cliënt bovendien de bescherming van de productaansprakelijkheidsregeling in het BW. Als de gemeente inkoopt, is er weliswaar geen rechtstreekse relatie tussen cliënt en aanbieder, maar kan zij bij gebrekkige levering toch de nodige actie ondernemen: zie hetgeen daarover is opgemerkt onder het thema kwaliteit.

Beleidsvaluatie en -bijstelling

De mogelijkheid voor burgers/cliënten om invloed te hebben op de evaluatie en bijstelling van het gemeentelijke beleid is vooral afhankelijk van de informatie die zij kunnen verkrijgen over de resultaten die de gemeente op het gebied van maatschappelijke ondersteuning heeft behaald, afgezet tegen de doelstellingen. Het wetsvoorstel voorziet in de verplichting deze informatie te verstrekken, zowel aan een door de Minister aan te wijzen instelling, als aan ingezetenen van gemeenten. Deze regeling is in beginsel adequaat.

2.4 Mantelzorg

Het succes van de WMO is voor een deel afhankelijk van de manier waarop de mantelzorg zich zal ontwikkelen. De WMO moet de taak die gemeenten op dit vlak hebben regelen en moet de voorwaarden, waaronder de mantelzorg zich verder kan ontplooiën, bieden. Zonder nieuw overheidsbeleid, zal de omvang van de mantelzorg, door demografische en sociaal-economische factoren, afnemen.

De Raad beveelt het volgende aan. In de wet c.q. de Memorie van toelichting (Mvt) moet de taak van de gemeente op het vlak van de mantelzorg vastgelegd worden door het prestatieveld in kwestie in drie opzichten uit te werken.

- Het gemeentelijk WMO-loket moet ook aan mantelzorgers ter beschikking staan.
- In het gemeentelijk plan moet de gemeente aangeven hoe zij de mantelzorg in de praktijk denkt te ondersteunen.
- De afstemming van de professionele zorg en ondersteuning enerzijds, de mantelzorg anderzijds, behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dit betekent ondermeer dat de gemeente voldoende mogelijkheden voor 'respijtzorg' creëert.

De kamer heeft de staatssecretaris van VWS om een visie op mantelzorg gevraagd. De Raad stelt voor deze visie mede te baseren op zijn advies AWBZ-zorg in internationaal perspectief. Dat verschijnt medio 2005. De Raad zal in het advies veel aandacht schenken aan mantelzorg (in Nederland en in andere EU-landen).

2.5 Afstemming zorg en ondersteuning

De komst van de WMO kan en moet betekenen dat de ondersteuning van mensen met een beperking bij de maatschappelijke participatie nieuwe kansen krijgt. De gemeente is straks de regisseur van ondersteuningsprocessen op de terreinen welzijn, zorg, arbeid, wonen en onderwijs. Maar de komst van de WMO creëert ook nieuwe risico's voor de continuïteit van zorg en ondersteuning. Die risico's op de grensvlakken van ZVW, AWBZ en WMO bestaan nu al, maar verdwijnen niet vanzelf. Zij vormen een grote bedreiging voor het welslagen van de kabinetsplannen met de WMO.

De Raad is van mening dat die plannen ten behoeve van de continuïteit van zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking meer aandacht behoeven. In aanvulling op dat wat hij hierover al schreef in het advies Gemeente en zorg, beveelt hij het volgende aan.

- In de WMO (c.q. de Mvt) de oprichting en instandhouding van een gemeentelijk loket voor alle vragen op WMO- en extramuraal AWBZ-terrein verplicht stellen. Gemeenten zijn verder verplicht AWBZ-aanvragen door te sturen naar het zorgkantoor (het omgekeerde dient ook verplicht te worden gesteld).
- De gemeente regelt zelf de indicatiestelling voor de WMO en wel door middel van haar loket. De rechter (Awb) toetst in voorkomende gevallen. Bij meervoudige hulp die betrekking heeft op AWBZ en WMO, draagt de gemeente de MEE-organisatie op een integrale indicatiestelling voor te bereiden. MEE doet dit op grond van zijn taken op het terrein van de cliëntondersteuning. Dit geldt voor de duur van het invoeringstraject. Daarna wordt deze indicatieformatie open aanbesteed. De overheveling van de MEE-functie naar de WMO zal versneld moeten plaatsvinden.
- Indien aan een zorg- of ondersteuningsaanvraag een opname in een ziekenhuis (of een andere intramurale voorziening) voorafgaat, fungeert het aldaar opgestelde behandelplan (inclusief nazorg) als indicatieadvies. Dat plan bevat ook de eventuele aanvraag voor ondersteuning in de thuishouding alsmede de rol van een liaisonverpleegkundige. De WMO dient een 'continuïteitsverplichting' voor gemeenten te bevatten. Deze omvat onder meer een maximale leveringstermijn (voor WMO-voorzieningen) gekoppeld aan een boetebeding.

- In haar plan geeft de gemeente aan op welke wijze zij haar continuïteitsverplichting vormgeeft (dit in de Mvt opnemen). Dit zal in veel gevallen regionaal moeten gebeuren.
- Het invoeringstraject zal zo kort mogelijk moeten zijn en moeten plaatsvinden in een duidelijk perspectief op de AWBZ en de WMO. Een lang en onduidelijk invoeringstraject is een direct risico voor de continuïteit van zorg- en ondersteuningsprocessen.

2.6 Financiële verhouding rijk-gemeente

De Staatssecretaris en de betrokken partijen lijken het eens te zijn geworden over een tijdelijke specifieke uitkering voor de delen van de AWBZ die overgaan naar de gemeenten. Eindperspectief daarbij blijft een algemene uitkering uit het Gemeentefonds. Dit spoort met eerdere adviezen van de Rfv en de RVZ.

De compensatieplicht en de tijdelijke specifieke uitkering vallen in de visie van de Raad niet automatisch samen. De tijdelijke specifieke uitkering moet gelden voor alle delen van de AWBZ die overgaan naar de WMO en niet alleen voor die waarvoor de compensatieplicht gaat gelden. Het gaat er immers om alle nieuwe voorzieningen goed te monitoren en te kijken of voldoende middelen beschikbaar zijn gesteld. Een tijdelijke specifieke uitkering biedt daarvoor een goede mogelijkheid zonder dat gemeenten direct grote financiële risico's lopen. Daarnaast is het volgens de Raad niet de bedoeling dat voorzieningen uit het gemeentefonds worden gehaald om er alsnog een specifieke uitkering van te maken, omdat ze onder de compensatieplicht gaan vallen. Het gaat hierbij, naar het zich laat aanzien, vooral om voormalige Wvg-voorzieningen.

De Raad heeft voor dit briefadvies overleg gevoerd met de Raad voor de financiële verhoudingen. Beide raden zijn tot de conclusie gekomen dat het op dit moment nog te vroeg is om verder te adviseren over de financiële verhouding tussen rijk en gemeenten. Tot deze conclusie zijn zij gekomen, omdat op dit moment verdere informatie ontbreekt over onder meer het verdeelmodel en de groeivoet van de uitkering. De raden zijn desgevraagd bereid hierover te adviseren zodra hierover meer bekend is.

2.7 Invoeringsstrategie

De RVZ besteedde in zijn advies Gemeente en zorg veel aandacht aan het invoeringstraject voor de WMO. Hij is dan ook verheugd dat de Staatssecretaris te kennen heeft gegeven de WMO in de vorm van een zorgvuldige proefperiode in te willen voeren. De kabinetsplannen op dit punt laten echter te veel open: de duur, het doel, de agenda, de organisatie.

De Raad voorziet grote problemen met de invoering van de WMO als niet voldaan is aan een aantal voorwaarden. Hij beveelt het volgende aan.

- Het kabinet moet vooraf een helder signaal afgeven over het eindperspectief, namelijk een substantiële WMO die de gemeente een brede en zware taak oplegt, overheveling van flinke onderdelen van de AWBZ en nog in deze kabinetsperiode een uitspraak over de inrichting van de romp-AWBZ. Daarbij kan het RVZ-advies AWBZ-zorg in internationaal perspectief een bijdrage leveren. Doel van het invoeringstraject moet zijn: het door direct betrokkenen in de praktijk laten uitwerken van uitvoeringskwesties die men niet in de wet moet (willen) regelen. Doel moet niet zijn het voorbereiden van een beslissing over de WMO. En doel moet ook niet zijn het overplanten van het AWBZ-regime naar het lokaal bestuur. Het invoeringstraject moet er juist op gericht zijn een nieuw regime tot stand te brengen.
- De agenda van het invoeringstraject zou in ieder geval moeten bestaan uit deze vijf punten (zie bijlage 3 voor toelichting):
 1. Afstemming zorg en ondersteuning (continuïteit).

2. Regionale behoeftebepaling (en planvorming).
 3. Normering van maatschappelijke participatie.
 4. Informatievoorziening, verantwoording en burgerparticipatie.
 5. Regionalisatie van maatschappelijke ondersteuning (o.m. aanbesteding en zorginkoop).
- De sturingsfilosofie voor de WMO (zie eerder in dit advies) zou ook leidend moeten zijn voor het invoeringstraject. Wel pleit de Raad voor een zware projectleider, met vergaande bevoegdheden die zowel liggen op ‘verticaal’ (rijk-gemeente) als ‘horizontaal’ (gemeente-burger) vlak.
 - Budgetteer vooraf de kosten van het invoeringstraject en wel onafhankelijk van de kosten voor zorg en ondersteuning.
 - Geef van meet af aan de burger, met of zonder beperking, een stem in het invoeringstraject.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Algemeen secretaris,

Drs. F.B.M. Sanders

Drs. P. Vos,

Bijlage achtergrondstudie De WMO in internationaal perspectief

Bijlage 1

Adviesaanvraag VWS

De heer drs. F.B.M. Sanders
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Postbus 7100
2701 AC ZOETERMEER

Ons kenmerk Z/VU-2545278	Inlichtingen bij mr.J.M.J.Palmen	Doorkiesnummer 070-3407361	Den Haag
Onderwerp AWBZ-zorg in internationaal perspectief		Bijlage(n)	Uw brief

Geachte heer Sanders,

In december 2003 bracht u aan mij het advies Gemeente en zorg uit. Dit advies bevatte de contouren van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierbij verzoek ik u mij in aanvulling hierop een spoedadvies te geven over de Wmo. De achtergrond van mijn vraag is de volgende.

Na de publicatie van het kabinetsstandpunt Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning in april van dit jaar, is in de zorgsector en in het parlement intensief gediscussieerd over de Wmo. Het Algemeen Overleg op 9 december jl. met de Kamer over deze wet liet zien welke zaken in deze discussie een rol spelen. Deze zaken hebben als gemeenschappelijke noemer: het sturingsprincipe oftewel de verhouding tussen rijk en gemeente inzake de Wmo.

Hierover wordt verschillend gedacht. Er zijn voorstanders van het kabinetsstandpunt dat inhoudt dat gemeenten veel beleidsvrijheid krijgen in de uitvoering van de Wmo. Anderen zijn van mening dat op onderdelen centrale aansturing en regelgeving nodig is. Er zijn voorstanders van een substantiële overheveling van taken naar gemeenten. Er zijn mensen die pleiten voor een voorzichtige en gefaseerde overheveling.

Het debat dat ik in de afgelopen maanden met het parlement voerde, had onder meer betrekking op: minimumkwaliteitsnormen, zorgplicht, toezicht en verantwoording, oormerking van middelen en het invoeringsregime. Bij dit laatste speelt ook de vraag welke instrumenten gemeenten nodig hebben om vanaf 2006 de Wmo uit te voeren. In het Algemeen Overleg van 9 december jl. heb ik de Kamer hierover enkele toezeggingen gedaan.

Ten behoeve van uw advisering over de AWBZ in internationaal perspectief hebt u inmiddels informatie verzameld over de situatie in andere EU-staten. Ik verzoek u om mij, op basis van dat materiaal, op zo kort mogelijke termijn – bij voorkeur nog voor 1 februari 2005 – te adviseren over de vormgeving van de Wmo waar het gaat om de genoemde punten. Het gaat dan om de vraag wat gemeenten nodig hebben om vanaf 2006 de Wmo uit te voeren, de informatievoorziening, kwaliteitsborging, de wijze waarop in andere landen de zorginkoop is ingericht en hoe die landen daarbij eventueel omgaan met aanbestedingsprocedure, de wijze waarop de indica-

tiestelling is ingericht, hoe de financiering is ingericht en hoe de verantwoording verloopt (zowel verticaal naar een hogere bestuurslaag als horizontaal binnen de gemeenten).

Met vriendelijke groet,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg,

drs. M.P. van Gastel

Bijlage 2

Leeswijzer

1. Onderwerpen in advies- aanvraag WMO van VWS	Vindplaats in advies RVZ	
	Hoofdstuk	Bijlage 3
Aanbesteding	2.2, 2.7	2, 7
Financiering	2.6	6
Indicatiestelling	2.1, 2.5	1, 5
Informatievoorziening	2.2, 2.5, 2.7	5, 7
Instrumenten gemeenten	1., 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.7	1, 2, 3, 5, 7
Invoeringsregime	2.7	7
Kwaliteitsborging	2.2	2
Minimum kwaliteitsnormen	2.2	2
Oormerking van middelen	2.6	6
Toezicht en verantwoording	2.2, 2.3	2, 3
Zorginkoop	2.2, 2.3	2, 3
Zorgplicht	2.1	1
2. Door RVZ geselecteerde onderwerpen	Vindplaats in advies RVZ	
	Hoofdstuk	Bijlage 3
Afstemming zorg en onder- steuning	2.5	5
Klachtrecht/Rechtsbescher- ming	2.2, 2.3	2, 3
Mantelzorg	2.4	4
Plan gemeente	2.3	3
Positie WMO-cliënt	2.3	3
WMO-loket	2.5	5
WMO-Welzijnswet	2.1	1

Bijlage 3

Uitwerking van zeven onderdelen van de concept-WMO

1 Zorgplicht

In de oorspronkelijke plannen voor de WMO was niet voorzien in een 'zorgplicht' voor gemeenten; zorgplicht is de expliciete opdracht om voor bepaalde (benoemde) voorzieningen of activiteiten zorg te dragen. Consequentie daarvan zou zijn dat burgers geen individuele aanspraak op, bij of krachtens de WMO bepaalde voorzieningen hebben (geen 'recht op zorg'). De Staatssecretaris was van mening dat het bij een zorgplicht veeleer gaat om het verstrekken van de voorziening zelf en niet zozeer om het bereiken van een bepaald resultaat. Zij ziet in het stellen van wettelijke procesvoorwaarden een meer adequate manier om de rechtszekerheid voor burgers te borgen dan in het opleggen van een inhoudelijk omschreven wettelijke zorgplicht. De plannen bevatten dan ook een verplichting voor gemeenten tot het voeren van een samenhangend beleid op een aantal in de wet omschreven prestatievelden.

Op aandringen van de Tweede Kamer heeft de Staatssecretaris onlangs toegezegd dat gemeenten in de WMO toch een zorgplicht krijgen. Op dit punt culmineert het bestuurlijke dilemma waarvoor VWS zich geplaatst ziet bij de vormgeving van de WMO. Enerzijds is maximale beleidsvrijheid van gemeenten gewenst, omdat datgene wat nodig is om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers te bereiken alleen goed op lokaal niveau is vast te stellen. Dat pleit voor een vergaande mate van decentralisatie. Anderzijds zijn er vormen van ondersteuning die voor mensen van zodanig belang zijn dat de vraag rijst of daarvoor niet wettelijk moet worden vastgelegd dat ze voor iedereen, waar ook woonachtig, in enige vorm en mate beschikbaar moeten zijn. Dat pleit juist voor centrale regelgeving, met geringere beleidsvrijheid op het lokale niveau.

Geconfronteerd met dit bestuurlijke dilemma, is gekozen voor een beperkte zorgplicht. In artikel 4 van het concept-wetsvoorstel is bepaald dat de gemeente in ieder geval de bij Algemene Maatregel van Bestuur (AmvB) aangewezen voorzieningen moet verstrekken aan mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem en/of een psychosociaal probleem, ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer. De gemeente moet hiertoe regels vaststellen bij verordening.

De regering heeft ervoor gekozen om de desbetreffende voorzieningen niet bij de wet zelf te benoemen, maar bij AmvB. Daarmee is een flexibele invulling mogelijk en kunnen bijvoorbeeld aanspraken uit de AWBZ, indien gewenst, soepel worden overgeheveld naar het domein van de WMO. Dat betekent echter geenszins dat er sprake zal zijn van een één-op-één relatie tussen het verdwijnen van verzekerde aanspraken uit de ene wet en het opnemen daarvan in de desbetreffende AmvB. Het is een afwegingsproces; uitgangspunt daarbij zal zijn of voor de individuele voorziening een gemeentelijk substituuat voorhanden kan zijn.

De vraag is thans of hiermee op een adequate wijze vorm en inhoud is gegeven aan het recht op zorg voor burgers die voor hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zijn aangewezen op bepaalde voorzieningen.

De zorgplicht is in het ontwerp-wetsvoorstel en memorie van toelichting beperkt van omvang:

- In de eerste plaats kan het uitsluitend voorzieningen betreffen voor mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem, ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer. Voor alle andere onderdelen

van het wetsvoorstel blijft het uitgangspunt van lokale besluitvorming derhalve onverminderd van kracht.

- En in de tweede plaats zal ook binnen de genoemde categorie de zorgplicht slechts voor een beperkt aantal voorzieningen gelden. In de desbetreffende AMvB zullen uitsluitend die individuele voorzieningen worden opgenomen waarvoor in het gemeentelijk domein geen substituuat voorhanden is. Als voorbeeld worden in de Mvt rolstoelen genoemd: wie door ziekte of gebrek niet kan lopen heeft een rolstoel nodig om zich in en om de woning te verplaatsen. Iets anders om de belemmeringen te verminderen is er niet. Het geldt, aldus de Mvt, bijvoorbeeld niet voor woonvoorzieningen: wie fysieke problemen heeft met het bewonen van de eigen woning kan deze laten aanpassen, maar hij kan ook verhuizen naar een wel geschikte woning. De gemeente kan ervoor zorgen dat zulke woningen in voldoende mate beschikbaar zijn. Voor een aanpassing van de keuken is bijvoorbeeld maaltijdverzorging of huishoudelijke verzorging een alternatief.

De eerstgenoemde factor beperkt de kring van aanspraakgerechtigden tot burgers die als gevolg van een fysieke, psychische en/of psychosociale beperking in een achterstandspositie verkeren. Het is een logisch uitvloeisel van de keuze om, naast de Wvg en bepaalde delen van de AWBZ, de gehele Welzijnswet over te hevelen naar de WMO. Die keuze brengt met zich mee dat er in de WMO niet alleen individuele voorzieningen worden ondergebracht, maar ook collectieve (zoals buurthuizen, activiteiten om de leefbaarheid van wijk of buurt te verhogen etc.). Deze collectieve voorzieningen zijn algemeen van aard; bedoeld dus voor iedere ingezetene van de gemeente, ongeacht eventuele bijzondere (persoons)kenmerken.

Gegeven is echter dat er in elke gemeente burgers zijn die (moeten) leven met een fysieke, psychologische en/of psychosociale beperking. Door die beperking verkeren zij in een achterstandspositie ten opzichte van de 'doorsnee burger'. Individuele voorzieningen zijn er juist op gericht compensatie te bieden voor die beperking. Zij creëren voor deze burgers eenzelfde uitgangspositie als voor burgers zonder beperking. Het is om die reden dan ook nodig om burgers die als gevolg van een beperking voor hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie afhankelijk zijn van bepaalde voorzieningen een wettelijk recht op zodanige voorziening(en) te geven.

Aan de tweede beperkende factor kleeft echter een aantal bezwaren. Hoewel de wettekst ruimte laat om in beginsel alle individuele voorzieningen op te nemen in de genoemde AMvB, is het blijkens de Mvt uitdrukkelijk de bedoeling uitsluitend die voorzieningen aan te wijzen waarvoor op het lokale niveau geen substituuat voorhanden is. De uitkomst van deze afweging is ongewis, omdat niet nader is uitgewerkt op grond van welke criteria een oordeel over de substitueerbaarheid van voorzieningen wordt geveld. Het in de Mvt genoemde voorbeeld van de keukenaanpassing kan dit verduidelijken: maaltijdservice kan een volwaardig substituuat voor een keukenaanpassing zijn, maar of dit het geval is hangt vooral af van aard en ernst van de beperking. Voor een burger die bijvoorbeeld niet in staat is zelf maaltijden te bereiden, omdat hij rolstoelafhankelijk is en de hoogte en inrichting van de keuken daarop niet berekend zijn, kan de gemeente staande houden dat maaltijdservice een substituuat is. Dat is tot op zekere hoogte juist, maar het is evident dat de zelfredzaamheid van de desbetreffende burger beduidend beter is gediend met aanpassing van de keuken dan met maaltijdservice. Dit laatste verhoogt relatief zijn afhankelijkheid van derden.

Een fundamentele bezwaar van het substitutie criterium als (enige) aangrijpingspunt voor de zorgplicht is dat als er (in beginsel) meerdere wijzen zijn om een beperking te compenseren of te verminderen, de burger in kwestie geen enkele afdwingbare aanspraak heeft. In het gegeven voorbeeld noch op de aangevraagde voorziening (keukenaanpassing), noch op het substituuat (maaltijdservice).

Weliswaar laat dit de mogelijkheid open dat gemeenten een ruimhartiger beleid voeren en zichzelf een fermere zorgplicht opleggen, maar dat is sterk afhankelijk van de werking van de lokale democratie. Daarmee zijn vooral burgers met beperkingen kwetsbaar. Zij behoren doorgaans tot een minderheidsgroep en zijn electoraal gezien minder interessant. Bovendien is de countervailing power van lokale representatieve organisaties matig. Zij krijgen ‘slechts’ een niet-bindend adviesrecht ten aanzien van het op te stellen beleidsplan. De gemeente kan dit naast zich neerleggen.

Met de voorgestelde vormgeving van de zorgplicht is de rechtszekerheid voor burgers die voor hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie afhankelijk zijn van bepaalde voorzieningen onvoldoende geborgd.

De RVZ heeft in zijn advies Gemeente en zorg reeds geadviseerd om gemeenten onder de WMO zoveel mogelijk beleidsvrijheid te geven. Tegelijkertijd heeft de Raad de noodzaak om het recht op ondersteuning voor burgers met beperkingen wettelijk te borgen onderschreven. Een zorgplicht in de klassieke zin – d.w.z. een wettelijke verplichting om bepaalde met name genoemde voorzieningen te verstrekken – past evenwel niet in de sturingsfilosofie, zoals de Raad die voor ogen heeft. Niet alleen omdat deze de beleidsvrijheid van gemeenten te zeer inperkt, maar bovenal omdat een ‘klassieke’ zorgplicht inputgericht is. Ze houdt in dat burgers die in (ogenschijnlijk) dezelfde omstandigheden verkeren, dezelfde voorzieningen krijgen toegewezen (uiteraard mits aan alle wettelijke voorwaarden voor verstrekking is voldaan), in beginsel ongeacht het resultaat dat daarmee kan worden bereikt. Een dergelijke zorgplicht bewerkstelligt met andere woorden wel formele, maar geen materiële rechtsgelijkheid.

Het verdient daarom aanbeveling om de wettelijke aanspraak op maatschappelijke ondersteuning te relateren aan de aard en ernst van de beperking(en) van burgers, door gemeenten te verplichten zorg te dragen voor compensatie van de desbetreffende beperking(en). En wel zodanig dat de burger met een beperking in een gelijkwaardige uitgangspositie wordt gebracht ten opzichte van de burger zonder beperking(en). De gemeente heeft hierin een resultaatsverplichting, hetgeen impliceert dat zij zelf mag bepalen welke voorzieningen ze aanbiedt om het wettelijk vastgestelde doel/resultaat te bereiken.

Teneinde tevens recht te doen aan het uitgangspunt dat daar waar mogelijk beroep gedaan wordt op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, moet het mogelijk zijn om aan de aanspraak op ondersteuning een inkomenstoets te koppelen. Daartoe dienen op centraal niveau regels gesteld te worden. Overigens voorziet het wetsvoorstel reeds in de bevoegdheid hiertoe (zie artikel 6 eerste lid). Nadere normstelling omtrent de hoogte ontbreekt echter.

Door de aanspraak op ondersteuning niet te verankeren in een verplichting om bepaalde met name te noemen voorzieningen te verstrekken (zorgplicht), maar te omschrijven in termen van het te bereiken resultaat (compensatieplicht), kan onzekerheid ontstaan over wat nu precies als recht geldt. Om die reden is het noodzakelijk om in de wet zelf vast te leggen wanneer sprake is van een gelijkwaardige uitgangspositie van burgers. Dat is immers het resultaat waarop de gemeente kan worden aangesproken. Dit betekent dat geoperationaliseerd moet worden wat begrepen moet worden onder de termen ‘zelfredzaamheid’ en ‘maatschappelijke participatie’: welke activiteiten moet iemand daarvoor tenminste kunnen uitvoeren? Door het te bereiken resultaat (de compensatie) als aangrijpingspunt te nemen, is het niet noodzakelijk in de wet zelf criteria op te nemen voor de indicatiestelling.

De discussie over de zorgplicht heeft betrekking op de WMO zoals de Staatssecretaris die voor ogen heeft. Probleem hiervan is dat de zorgplicht in de WMO is geconstrueerd als een uitzondering op het algemene bestuurlijke regime. Die uitzondering brengt de noodzaak tot nadere regels met zich mee. In feite betekent dit

dat er dan twee sterk uiteenlopende regimes in één wettelijke regeling verenigd moeten worden. Het alternatief is alleen individuele voorzieningen over te hevelen naar de WMO. De WMO krijgt dan een eenduidig karakter. Naast de WMO blijft in dat geval een Welzijnswet bestaan, waarin collectieve voorzieningen zijn ondergebracht. Omdat de gemeente ook belast is met uitvoering van de Welzijnswet, is de afstemming tussen individuele en collectieve voorzieningen geborgd. De RVZ kiest voor dit alternatief. Hij heeft daarbij het niveau van de aanspraak op het oog. Op het niveau van de uitvoering/verstrekking kan een gemeente gebruik maken van een collectieve voorziening, zoals het openbaar vervoer.

2 Kwaliteit

Het concept-wetsvoorstel kent geen specifieke kwaliteitseisen en –toezicht. Dat past in het dominante sturingsconcept van de wet, waarbij gemeenten maximale beleidsvrijheid hebben. Dit uitgangspunt dient volgens de Mvt ook te gelden ten aanzien van de wijze waarop de kwaliteit wordt geborgd. Het is aan de gemeenten zelf om te bepalen of zij kwaliteitseisen wil hanteren en of zij toezicht op de naleving daarvan wil instellen. Daarom is in artikel 3, vierde lid onder d slechts de procedurele eis gesteld dat de gemeente in het plan moet aangeven welke maatregelen de gemeenteraad en het college van B&W nemen om de kwaliteit te borgen van de wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd.

Het gaat hierbij volgens de Mvt om de kwaliteit van de voorziening in engere zin dat wil zeggen om de deugdelijkheid en veiligheid van de voorzieningen. Daarnaast is er nog de kwaliteit in bredere zin, die vooral van belang is voor de vraag welke concrete voorzieningen de gemeente in welke gevallen zal verlenen. Zie het begrip verantwoorde voorziening in de Wvg, dat nader is omschreven als ‘doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht’. Volgens de Mvt is door het wettelijk vastgestelde proces om tot het opstellen van het plan te komen voldoende gegarandeerd dat allen die het bijzonder aangaat daarin een inbreng kunnen hebben. Zo kan op het lokale niveau worden vastgesteld wat aldaar als doeltreffende voorzieningen moet worden beschouwd.

Op aandringen van de Tweede Kamer heeft de Staatssecretaris toegezegd dat voor de WMO-voorzieningen (voorlopig) dezelfde kwaliteitseisen zullen gelden als voor de AWBZ. Daartoe is het volgens haar niet noodzakelijk specifieke regels op te nemen. De KZI is, naar haar mening, van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet en de AWBZ (artikel 1, eerste lid, onder a van de KZI). Wanneer bepaalde aanspraken van het Besluit Zorgaanspraken (BZA) gefaseerd overgaan naar de WMO of wanneer aanspraken gesplitst worden en een deel permanent onder de AWBZ blijft vallen, zal de KZI derhalve van toepassing blijven, lezen wij in de Mvt op het ontwerp-wetsvoorstel. In een later stadium kan de gemeente ook de verantwoordelijkheid krijgen voor vormen van ondersteuning waarop de bepalingen van de Wet BIG van toepassing zijn. Bij deze wet is het van geen belang in welk organisatorisch verband het beroep wordt uitgeoefend. De Wet BIG zal ook in die situaties onverminderd van toepassing zijn. Zo kan de gemeente ervaring opdoen met de kwaliteitsaspecten van de ‘nieuwe’ voorzieningen waarvoor zij verantwoordelijk wordt. Afhankelijk van de aldus opgedane ervaringen, zal in een later stadium bezien moeten worden of nadere regelgeving dan nog noodzakelijk is.

Is de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning met het onderhavige wetsvoorstel adequaat geborgd? We beperken ons tot de kwaliteit van de geleverde/te leveren voorzieningen uit hoofde van de WMO.

Allereerst een opmerking over de redenering in het ontwerp-wetsvoorstel dat de KZI ‘automatisch’ van toepassing zal zijn op de voorzieningen die naar de WMO worden overgeheveld. Deze redenering is aanvechtbaar. Het kan niet de bedoeling zijn een ‘zorgvorm’ in twee verschillende wettelijke regelingen (AWBZ en WMO) onder te brengen. Het ligt in voorkomende gevallen meer voor de hand dat van

meet af aan de zorgvorm in kwestie gesplitst wordt in een AWBZ- en een WMO-deel. De KZI is dan van toepassing op het AWBZ-deel, maar niet op het WMO-deel. Indien men het toch gewenst acht de KZI toe te passen op aanbieders van WMO-voorzieningen, dan zal men aan het Uitvoeringsbesluit artikel 1, tweede lid KZI een bepaling d moeten toevoegen.

Ten principale bepleit de Raad echter om de KZI niet op de WMO toe te passen. Een één-op-één overheveling van AWBZ-zorg naar de WMO past niet in de sturingsfilosofie van de WMO. Suggesties in die richting zouden systematisch vermeden moeten worden. Dat zou slechts tot begripsinflatie leiden; 'zorg' behoort onder de AWBZ te vallen, 'ondersteuning' onder de WMO.

Daarnaast vindt dit pleidooi steun in de overweging dat er adequate mechanismen voorhanden zijn om de kwaliteit van de te leveren of geleverde WMO-voorzieningen te borgen, namelijk:

- De voorgestelde compensatieplicht: in de wettelijke aanspraak op compensatie voor beperkingen ligt impliciet besloten dat de gemeente heeft in te staan voor de kwaliteit van de in dat kader te verstrekken voorzieningen. Daarin is een belangrijke prikkel gelegen voor gemeenten om zorgvuldig in te kopen.
- Inkoop door gemeente: de gemeente kan – zoals hij dat doet op het gebied van welzijn (volgens de zogenoemde WILL-contracten) – prestatie-eisen opnemen in de overeenkomst met aanbieders van WMO-voorzieningen. Indien met de te gunnen opdracht het drempelbedrag van de Europese aanbestedingsrichtlijnen wordt overschreden, is hij daartoe zelfs verplicht. Het verdient aanbeveling om WMO-gebruikers een rol te geven bij de zorginkoop. Dit hoeft echter niet wettelijk geregeld te worden. Minstens zo effectief is het om informatie over het zorginkoopgedrag van gemeenten onderdeel te laten zijn van de benchmark van gemeenten.
- Klachtenregeling: op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is de gemeente gehouden een adequate klachtenregeling op te zetten en te hanteren. Deze verplichting houdt in dat de gemeente duidelijk moet maken dat ingezetenen een klacht kunnen indienen over (onder andere de kwaliteit van) geleverde voorzieningen en dat zij gehouden is de klacht in ontvangst te nemen en adequaat af te handelen. Informatie over de klachtenbehandeling door de gemeente is bovendien openbaar. Overwogen kan worden om WMO-gebruikers hierin een rol te geven, à la de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Klachten zouden door de gemeente naar de beoogde lokale toetsingscommissie moeten worden gestuurd, die deze informatie weer kan benutten bij haar rol in de zorginkoop en bij de evaluatie van het gemeentelijk beleid. Ook hiervoor geldt dat een wettelijke regeling niet noodzakelijk is, omdat opname in de benchmark minstens zo effectief zal zijn.
- Administratieve rechtsbescherming: in de bezwaar- en beroepsregeling ex Awb is een belangrijke stimulans gelegen voor de gemeente om zorgvuldig in te kopen.

3 Positie burger/cliënt

Belangrijke doelstelling van de WMO is de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers te bevorderen. Dat is primair een aangelegenheid van burgers zelf; het lokale bestuur ondersteunt hen daarin. Dit betekent dat een groot beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Het gaat er om dat mensen voldoende toegerust zijn om de inrichting van hun leven zelf ter hand te nemen. Dat betekent dat zij ook invloed moeten kunnen uitoefenen op de wijze waarop de gemeente invulling geeft aan de WMO. Met andere woorden: zij moeten voldoende countervailing power hebben ten opzichte van de gemeente.

Men kan zich op het standpunt stellen dat de invloed van burgers op de invulling van de WMO op zichzelf voldoende gewaarborgd is door de werking van de lokale democratie. Via gemeenteraadsverkiezingen kunnen burgers bepalen welke mede-

burgers hun belangen het beste kunnen vertegenwoordigen in het lokale bestuur. Dit standpunt schiet om twee redenen te kort.

- bij gemeenteraadsverkiezingen spelen vele andere overwegingen een rol;
- de WMO is vooral bedoeld voor mensen met beperkingen, mensen die afhankelijk zijn van WMO-voorzieningen en die bovendien veelal tot een minderheidsgroep behoren; hun stem is niet automatisch vertegenwoordigd in het lokale bestuur.

Dit is voor de RVZ aanleiding om na te gaan welke mogelijkheden het ontwerp-wetsvoorstel biedt voor countervailing power van burgers/cliënten en te beoordelen of deze voldoende zijn dan wel versterking behoeven.

Beleidsvorming: tot stand komen gemeentelijk plan

De gemeente moet een plan opstellen waarin zij invulling geeft aan de in de wet genoemde prestatievelden. In het concept-wetsvoorstel zijn twee bepalingen opgenomen die invloed van ingezetenen op de totstandkoming van het plan regelen:

- Op grond van artikel 11 moet het college van B&W de ingezetenen van de gemeente en belanghebbende (rechts)personen bij de voorbereiding van het beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning betrekken, op de wijze zoals voorzien in artikel 150 Gemeentewet. Dit betekent dat de gemeenteraad hiertoe een verordening vaststelt, waarin tenminste geregeld is:
 1. de wijze waarop van de beleidsvoornemens waarop inspraak zal worden verleend, openbaar wordt kennisgegeven;
 2. de wijze waarop ingezetenen en belanghebbende (rechts)personen in staat worden gesteld hun mening omtrent de onder a. bedoelde beleidsvoornemens kenbaar te maken;
 3. de rapportering over de onder b. bedoelde inspraak en over de uitkomsten daarvan;
 4. de wijze waarop ingezetenen en belanghebbende (rechts)personen in de gelegenheid worden gesteld hun beklag te doen over de uitvoering van de verordening.
- Op grond van artikel 12 moet het college van B&W over het ontwerpplan advies vragen aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve organisaties van vragers op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, alvorens een voordracht tot vaststelling door de gemeenteraad te doen.

Het eerste artikel geeft het recht op inspraak weer dat gebruikelijk is bij alle gemeentelijke planvorming; een vereiste dat reeds voortvloeit uit de Awb. Overigens is de gemeente geheel vrij om met de uitkomsten van de inspraakronden al of niet iets te doen. Wel moet zij de uitkomsten openbaar maken en aangeven wat zij daarmee doet (hetgeen een motiveringsplicht impliceert).

In wezen geldt hetzelfde voor de verplichte adviesvraag in artikel 12. Het staat de gemeente vrij een gegeven advies naast zich neer te leggen, zij het dat de gemeente dit moet motiveren. Artikel 12 is een uitwerking van de Awb, waarin is bepaald dat een bestuursorgaan bij het opstellen van een plan een adviseur kan inschakelen. Dat is in de WMO dus verplicht. Niet nader geregeld is echter wie als zodanig aangemerkt (kunnen) worden. Uit de Mvt moet worden afgeleid dat het de gemeente tot op zekere hoogte vrijstaat zelf uit te maken wanneer zij een organisatie als representatief beschouwt. Het verdient aanbeveling, de gemeente te verplichten criteria hiervoor vast te leggen in de verordening die zij uit hoofde van artikel 150 Gemeentewet moet opstellen.

Overwogen kan worden het adviesrecht te versterken. Zo zou, naar analogie van de Wet op de ondernemingsraden, op onderdelen een bindend adviesrecht toegekend kunnen worden aan representatieve organisaties van vragers. De vraag is echter of een dergelijke versterking van de countervailing power wel gewenst is. Een fundamenteel bezwaar hiertegen is namelijk dat het de lokale democratie kan uithollen. De gemeenteraad is een democratisch gekozen orgaan dat – daar waar zaken ter

regeling aan de gemeente zijn overgelaten – in vrijheid de keuzes moet kunnen maken die hij wil maken. Een bindend adviesrecht voor een (op voorhand onbekend) aantal representatieve organisaties zou (behalve dat het niet werkbaar is wegens het ontbreken van garanties voor unanimiteit) betekenen dat andere, niet democratisch gekozen, entiteiten de plaats van de gemeenteraad innemen.

Hoewel niet op voorhand zeker is dat in het lokale bestuur de belangen van minderheidsgroepen (burgers met beperkingen) voldoende vertegenwoordigd zijn en het daarom wenselijk is hen een nadrukkelijker stem te geven in de gemeentelijke planvorming, is met de motiveringsplicht voor gemeenten bij afwijken van gegeven adviezen, de countervailing power van burgers in het algemeen en minderheidsgroepen in het bijzonder voldoende gewaarborgd. Deze verplichting brengt immers met zich mee dat de gemeente adviezen serieus moet overwegen en niet lichtvaardig van de hand kan wijzen. De Raad is dus geen voorstander van een bindend adviesrecht.

Beleidsuitvoering

Vertrekpunt voor de redenering in dit advies is dat de WMO een compensatieplicht kent en dat collectieve, gemeenschapsgerichte voorzieningen niet onder de WMO vallen. Welke aangrijpingspunten heeft de burger om de wijze waarop de gemeente de WMO uitvoert te beïnvloeden? Wij volgen hiertoe de verschillende deelprocessen waaruit een ondersteuningsproces is opgebouwd.

4. Beoordeling aanvraag

De gemeente is krachtens de Awb, verplicht om binnen een redelijke termijn na ontvangst van een aanvraag voor een individuele WMO-voorziening daarop een beslissing te nemen. Als de aanvrager het niet eens is met deze beslissing kan hij daartegen administratief bezwaar en (eventueel) beroep instellen. Het bezwaar c.q. beroep kan zowel gericht zijn tegen het besluit omtrent de honorering van de aanvraag als tegen de indicatiestelling, die immers ten grondslag ligt aan dit besluit.

Vanuit een oogpunt van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van de burger is het van groot belang dat een duidelijk kader bestaat waaraan het besluit van de gemeente getoetst kan worden. Dat onderstreept het belang van een helder omschreven resultaatsverplichting van de gemeente. Ervaringen met de WVG hebben geleerd dat het ontbreken van een welomschreven wettelijk toetsingskader er de facto toe leidt dat het uiteindelijk de administratieve rechter is die nader invulling geeft aan de globale wettelijke norm. Dit is een onwenselijke ontwikkeling omdat het toetsingskader aldus via een niet-democratisch gelegitimeerde weg tot stand komt en omdat de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid daarmee langdurig ongewis blijft (de rechter toetst achteraf en per concreet voorliggend geval). Deze overwegingen wegen zwaarder dan het mogelijke bezwaar dat met het op centraal niveau vastleggen van een robuust toetsingskader de gemeenten aan beleidsvrijheid moeten inboeten.

Mocht het kabinet hier desondanks niet voor voelen, maar ook niet willen belanden in eenzelfde situatie als met de WVG gebeurd is (dat wil zeggen langdurige rechtsonzekerheid, resulterend in een door de kamer afgedwongen wetsvoorstel om het WVG-protocol wettelijk te verankeren), dan is een tussenweg het invoeren van een verplichte adviesprocedure in de bezwaarfase (op grond van artikel 7.13 Awb), zoals die ook geldt in de ziektekostenverzekeringswetten. Dat zou erop neerkomen dat als een gemeente voornemens is een bezwaarschrift ongegrond te verklaren, zij verplicht is een nader aan te wijzen college om advies te vragen. Dat advies kan weliswaar niet bindend zijn, maar dwingt de gemeente wel haar besluit grondig te motiveren en het heeft een landelijk uniformerende werking. Het aan te wijzen college zou multidisciplinair kunnen worden samengesteld, uit tenminste ook 'gebruikers'.

5. Zorginkoop

Indien een aanvraag voor een WMO-voorziening is toegewezen, volgt de fase van de zorginkoop. De positie van de cliënt is hier het sterkst wanneer hij zelf de benodigde ondersteuning kan inkopen. Het concept-wetsvoorstel bepaalt in artikel 5 dat het college van B&W bevoegd is te bepalen of aan personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze wordt gegeven tussen het ontvangen van die voorziening in natura of het ontvangen van een financiële tegemoetkoming of een PGB (artikel 5). Om de positie van de cliënt te versterken, kan overwogen worden dit artikel te wijzigen met de volgende strekking: uitgangspunt van de regeling zou moeten zijn dat het de cliënt is die bepaalt of hij de voorziening in natura dan wel een financiële tegemoetkoming of PGB, tenzij er klemmende redenen zijn om de keuze voor te behouden aan de gemeente. Daarmee wordt het primaat van de keuze tussen natura en PGB gelegd bij de burger, maar heeft de gemeente toch een mogelijkheid om daarvan af te wijken, zij het onder de voorwaarde dat ze aannemelijk kan maken waarom dat noodzakelijk is ('algemeen belang' e.d.). Het verdient aanbeveling aan cliëntenorganisaties te vragen wat anders onder 'klemmende redenen' moet worden verstaan.

Wanneer de burger de voorziening in natura ontvangt, is de gemeente inkoper. De positie van de cliënt kan in dat geval versterkt worden door een rol toe te kennen aan cliëntenorganisaties bij de inkoop. De gemeente zal namelijk prestatie-eisen moeten opnemen in de contracten met aanbieders en kan daartoe gebruik maken van de kennis en ervaringen van 'gebruikers'. Het lijkt niet noodzakelijk om hiertoe bij wet regels te stellen: in plaats daarvan kan het al dan niet betrekken van cliëntenorganisaties bij de zorginkoop een onderwerp zijn dat in de benchmark wordt meegenomen (zie ook onder Evaluatie en bijstelling beleid).

Zorgverlening

Nadat zorg is ingekocht (door de cliënt of door de gemeente), volgt de daadwerkelijke levering door de aanbieder. Ook hier maakt het voor de positie van de cliënt verschil of hij zelf inkoper is dan wel of de gemeente voor hem inkoop. In het eerste geval heeft de cliënt ten opzichte van de aanbieder een sterke positie, aangezien hij de aanbieder zelf betaalt voor geleverde diensten. Zijn deze gebrekkig dan kan hij betaling weigeren en/of overstappen naar een andere aanbieder. (Wanneer de voorziening bestaat uit 'goederen' – bijvoorbeeld hulpmiddelen – geniet de afnemer/cliënt bovendien de bescherming van de productaansprakelijkheidsregeling in het BW). Als de gemeente inkoop, is er weliswaar geen rechtstreekse relatie tussen cliënt en aanbieder, maar kan hij bij gebrekkige levering toch de nodige actie ondernemen. Hij kan daarop de gemeente aanspreken door een klacht in te dienen. De gemeente is uit hoofde van de Awb gehouden zorg te dragen voor een adequate klachtenregeling en –afhandeling.

Overwogen kan worden cliëntenorganisaties ook hierin een rol te geven door hen in kennis te stellen van ingediende klachten en de wijze waarop de klacht is afgehandeld (naar analogie van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen). Die informatie kunnen cliëntenorganisaties vervolgens weer aanwenden bij de zorginkoop. Ook hiervoor geldt dat het niet noodzakelijk is dit wettelijk te regelen, maar het mee te nemen in de benchmark (in het invoeringstraject te ontwikkelen).

Evaluatie en bijstelling beleid

De mogelijkheid voor burgers/cliënten om invloed te hebben op de evaluatie en bijstelling van het gemeentelijke beleid inzake de WMO is vooral afhankelijk van de informatie die zij kunnen verkrijgen over de resultaten die de gemeente op het gebied van maatschappelijke ondersteuning heeft behaald, afgezet tegen de doelstellingen. Het wetsvoorstel voorziet in de verplichting deze informatie te verstrekken, zowel aan een door de Minister aan te wijzen instelling (artikel 9), als aan ingezetenen van gemeenten (artikel 13). De gegevens die ingevolge artikel 9 (op een door de Minister vast te stellen format) geleverd moeten worden kunnen worden

gebruikt voor een benchmark. De countervailing power van zowel de burger als de cliënt is daarmee adequaat geregeld.

Het bovenstaande kan als volgt schematisch worden samengevat.

Tabel 3.1 Mechanismen voor countervailing power

		Wetsvoorstel	Adequaat of versterking?
Beleidsvorming	Gemeentelijk plan	Inspraak burgers	Adequaat
Beleidsuitvoering	Beoordeling aanvraag	Advies representatieve organisaties	Aanwijzen representatieve organisaties dan wel criteria daarvoor in verordening ex 150 Gem.wet
		Administratief bezwaar en beroep	Robuust toetsingskader (zorgplicht als resultaatverplichting; minimumnormen voor maatschappelijke participatie) Eventueel: invoeren verplichte adviesprocedure ex art. 7;13 Awb
	Inkoop	PGB	Primaat keuze PGB/natura bij burger leggen
		Natura: klachtenregeling	Rol cliëntenorganisaties bij opstellen prestatie-eisen/ niet wettelijk regelen; wel indicator benchmark
Zorgverlening	PGB	Adequaat	
	Natura: klachtenregeling	Rol cliëntenorganisaties (doorsluizen klachten/afhandeling klachten) niet wettelijk regelen; wel indicator benchmark	
Beleidsevaluatie	Verantwoordingsplicht	Verplicht verstrekken benchmarkgegevens	Adequaat
		Burgerverslag ex art. 170 Gem.wet	Adequaat

4 Mantelzorg

De vraag is of met de kabinetsplannen met de WMO voldoende mogelijkheden voor mantelzorg worden geboden. Hierover het volgende.

In de meeste OECD-landen wordt een groot deel van de langdurige zorg verleend door informele zorgverleners: mantelzorgers en vrijwilligers. De ouderenzorg bestaat zelfs voor tweederde tot viervijfde uit informele zorg. Nederland telt zo'n 3,7 miljoen mantelzorgers, vooral vrouwen. Ongeveer 750.000 van hen verlenen langer dan drie maanden meer dan acht uur per week hulp. Deze hulp bestaat vooral uit huishoudelijke hulp (75%) en psychosociale begeleiding (81%) en in mindere mate ook uit persoonlijke verzorging (34%). Verder komt de afstemming van wonen, welzijn en dagbesteding vaak op mantelzorgers neer. Vanwege de beschikbaarheid

van informele zorg kan het formele zorgaanbod van onder andere de thuiszorg beperkt blijven.

Mantelzorgers handelen uit verantwoordelijkheidsgevoel en genegenheid, maar komen zelf nog al eens in de knel door hun hulpvaardigheid. Veel mantelzorgers worden vroeg of laat ziek of belanden in de WAO (zie SCP). Van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar derft 17% inkomen, doordat zij minder zijn gaan werken, tijdelijk zijn gestopt of geen werk konden gaan zoeken. Tweederde van de mantelzorgers heeft extra uitgaven als gevolg van de zorg die zij verlenen: reiskosten, telefoon, vervoer en extra kosten van levensonderhoud. Zeven procent van de mantelzorgers komt erdoor in de financiële problemen.

In het kader van de WMO doet het kabinet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Dit kan er toe leiden dat mantelzorgers nog zwaarder zullen worden belast. Het beroep dat op mantelzorg kan worden gedaan is echter niet onuitputtelijk. Dat komt vooral door de nog steeds toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen. Op dit moment kennen alleen vrouwen boven de vijftig jaar nog een lage arbeidsparticipatie. Dat is juist de leeftijd waarop de zorgbehoefte van ouders vaak intensiever wordt. De komende tien tot vijftien jaar zullen meer vrouwen van deze leeftijd een baan hebben. Dit maakt het voor hen moeilijker daarnaast mantelzorg te verlenen.

In veel landen zien we de omvang van formele zorgverlening toenemen naarmate vrouwen meer aan het arbeidsproces gaan deelnemen. Met andere woorden: de thuiszorg neemt taken over van vrouwen die geen mantelzorg meer kunnen verlenen omdat ze (moeten) werken. Het Nederlandse beleid is anders. De rijksoverheid stimuleert dat vrouwen gaan werken, maar verwacht van hen tevens dat ze mantelzorg verlenen. Thuiszorg wordt als een aanvulling op mantelzorg gezien en niet andersom. Het is een combinatie die een zware last op de schouders van vrouwen legt en niet door iedereen gedragen kan worden. Daar komt bij dat Nederland mantelzorgers maar mondjesmaat ondersteuning biedt. Voor een fiscale aftrek van buitengewone lasten komen maar weinig mantelzorgers in aanmerking en de aanwezige steunpunten voor mantelzorg zijn onderbemand en niet goed over het land gespreid.

Hoe gaan andere landen hiermee om? Wij hebben hiervoor met name naar Duitsland, Oostenrijk, het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Zweden, Denemarken en Finland gekeken (zie onder meer Ecorys, 2004 en NIZW, 2004). In bijna alle landen, Denemarken uitgezonderd, verwacht men dat partners, ouders en kinderen mantelzorger worden. Ondersteuning door familie wordt echter niet als vervanging van door de overheid geleverde hulp gezien, maar als aanvulling daarop. Dat blijkt bij de indicatiestelling. Een cliënt wordt niet voor minder uren geïndiceerd, maar deze uren worden niet alle met professionele zorg belegd.

De taakverdeling tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners wordt verschillend geregeld. De Scandinavische landen willen voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken en maken met hen formele afspraken, bijvoorbeeld in het kader van een zorgplan. In Duitsland gebeurt dat juist niet om de cliënt maximale keuzevrijheid en flexibiliteit te bieden. Veel landen bieden de cliënt een keuzemogelijkheid wie de zorg gaat leveren.

Veel landen bieden mantelzorgers ondersteuning aan. In Finland wordt ook de ondersteuning die een mantelzorger nodig heeft opgenomen in het individuele zorgplan. In het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen hebben mantelzorgers recht op een eigen indicatiestelling voor ondersteuning in hun zorgtaken. Deze ondersteuning kan verschillende vormen aannemen: financiële compensatie, mogelijkheden om langdurige zorg te combineren met flexibele vormen van participatie op de arbeidsmarkt en het bieden van respijtzorg, informatie en training. Een paar voorbeelden: Australië kent een zorgloon voor fulltime mantelzorgers,

mantelzorgers krijgen in Finland pensioenrechten, Zweden kent gemeentelijke mantelzorgconsulenten, Japan ontlast mantelzorgers door maximaal een week per maand vervangende verblijfszorg aan te bieden.

De landen die we hebben laten onderzoeken, laten geen eenduidig beeld zien. Er is wel een aantal gemeenschappelijke trends te onderscheiden: drie zaken moeten worden geregeld.

- Samenwerking (en geen substitutie!) tussen mantelzorg en professionele zorg. Consequentie: een zorgvuldige indicatiestelling.
- Keuzemogelijkheden voor de cliënt. Consequentie: de cliënt moet ook kunnen kiezen voor mantelzorg. Met een PGB, ook in de WMO, is dit afdoende geregeld.
- Faciliteren van mantelzorg en ondersteunen van mantelzorgers. Consequentie: dit moet wettelijk worden geregeld.

Om terug te komen op de WMO: het is van belang dat gemeenten hun taak op het terrein van de huishoudelijke hulp in overeenstemming met de hiervoor genoemde drie punten kunnen invullen. Daarvoor is het nodig dat afstemming tussen professionele zorg en mantelzorg en daadwerkelijke ondersteuning van de mantelzorg wettelijke taken van de gemeente worden en dat de hiervoor beschikbare rijksmiddelen aan de gemeenten beschikbaar worden gesteld. Dit is in een van de prestatievelden van de WMO vastgelegd. Dat wil overigens niet zeggen dat ondersteuning van mantelzorgers uitsluitend een taak van de gemeente is, omdat de bevoegdheden van de gemeente zich niet uitstrekken tot zaken als bijvoorbeeld het inkomens- en arbeidsmarktbeleid. Het is overigens onvermijdelijk dat hierin verandering komt ten behoeve van de houdbaarheid van de WMO (en de AWBZ voor de wat kortere termijn).

De staatssecretaris van VWS heeft aan de kamer een visienota over mantelzorg toegezegd. In zijn advies De AWBZ in internationaal perspectief zal de RVZ dieper ingaan op mantelzorg. De Raad adviseert de Staatssecretaris haar visie mede op het AWBZ-advies te baseren. Dit advies verschijnt medio 2005.

5 Afstemming 'zorg'-'ondersteuning'

Met de overheveling van een deel van de huidige AWBZ naar de WMO, waarvan de gemeente uitvoerder wordt, zal het mogelijk worden een meer samenhangend ondersteuningsbeleid te voeren voor mensen met een beperking. De gemeente heeft immers taken op het gebied van wonen, welzijn, arbeid en onderwijs en kan op deze domeinen dus bij uitstek een coördinerende rol vervullen.

Tegelijkertijd verschuift met deze overhevelingsoperatie de afbakening van de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar en van de gemeente, ofwel tussen zorg en ondersteuning. Nu al zijn er afstemmingsproblemen voor mensen met een meervoudige hulpvraag op het raakvlak van zorg en ondersteuning. Het is aanmerkelijk dat een nieuwe afbakening nieuwe afstemmingsproblemen met zich meebrengt. Het is dus van belang deze in kaart te brengen en na te gaan welke oplossingen mogelijk zijn. Hier ligt waarschijnlijk het grootste potentiële probleem van de WMO-operatie. In zijn advies Gemeente en zorg besteedde de Raad aan dit onderwerp veel aandacht.

De verantwoordelijkheid voor de 'afstemming'

Juist op dit vlak kan de al bestaande onduidelijkheid toenemen. De taakverdeling tussen zorgverzekering en gemeente moet, voorzover mogelijk, eenduidig zijn geregeld.

De RVZ ziet twee oplossingen (in combinatie).

- De WMO moet een continuïteitsverplichting voor de gemeente bevatten ten aanzien van vragen en behoeften op het snijvlak van verzekering (ZVW en AWBZ) en gemeente (WMO).
- In zijn plan moet de gemeente aangeven hoe zij deze verplichting zal uitvoeren, waarbij regionale samenwerking een belangrijke voorwaarde is. De Mvt moet een opmerking hierover bevatten.

De adressering van de zorg/ondersteuningsbehoefte

Het is voor burgers soms moeilijk te overzien tot wie zij hun hulpvraag moeten richten. Het zorgkantoor beslist immers over toewijzing van AWBZ-zorg, de gemeente over WVG-voorzieningen. De overheveling van AWBZ-verstrekingen naar de WMO kan dit probleem verergeren, zeker wanneer de overheveling gefaseerd plaatsvindt.

De Raad ziet drie oplossingen (in combinatie):

- Een gemeentelijk loket voor alle wensen, informatieverzoeken en aanvragen op het terrein van de WMO én op het terrein van de extramurale AWBZ. Oprichting c.q. instandhouding van dit loket moet wettelijk verplicht zijn (via Mvt).
- Een verplichting voor gemeenten om AWBZ-aanvragen door te sturen naar het zorgkantoor onder gelijktijdige kennisgeving aan de aanvrager (omgekeerd moet dezelfde verplichting gelden voor het zorgkantoor).
- Het invoeringstraject kort en overzichtelijk houden en bovenstaande oplossingen daarin regelen (op geleide van een beschrijving van deze aanpak in de Mvt).

De indicatiestelling

De gemeente moet zelf kunnen beslissen aan wie zij de indicatiestelling voor WMO-voorzieningen opdraagt. Er kan een nieuw probleem ontstaan, indien eenvoudige hulp is aangewezen (dat wil zeggen zowel voorzieningen uit de WMO als functies die (voorlopig) in de AWBZ blijven). Het gemeentelijk zorgloket zal dan de indicatiestelling voor WMO-voorzieningen verzorgen. De zorgvrager heeft dan te maken met twee indicatiebeoordelende instanties. Dit probleem kan in ernst toenemen, wanneer de 'knip' in de AWBZ wordt gelegd tussen functies die dicht tegen elkaar aanliggen, zoals huishoudelijke en persoonlijke verzorging.

De Raad ziet voor dit probleem de volgende oplossingen.

- In deze situaties dragen (bij voorkeur samenwerkende) gemeenten de regionale MEE-organisatie (Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking) op een integraal indicatieadvies af te geven. Deze opdracht moet in overeenstemming worden gebracht met de MEE-taak cliënt-ondersteuning. De bestaande MEE-organisaties zouden deze taak voor de duur van het invoeringstraject opgelegd moeten krijgen. Op termijn kan de taak open worden aanbesteed. De Raad realiseert zich dat de MEE-organisaties pas in 2008 definitief naar de WMO worden overgeheveld. Hij geeft in overweging dit te versnellen.
- Wanneer aan de zorg- en/of ondersteuningsaanvraag een ziekenhuisopname vooraf gaat, is een andere aanpak aangewezen. De RVZ vindt dat dan het door de ziekenhuisbehandelaar opgestelde behandelplan het indicatieadvies voor WMO en AWBZ moet zijn. Dit maakt overigens ook aanpassing van de AWBZ nodig. De RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) dient geen rol te spelen in dit zorgproces. Die is er wel voor het ziekenhuis maatschappelijk werk (in samenwerking met het AMW (Algemeen maatschappelijk werk) en MEE) en in toenemende mate voor de liaison- of transferverpleegkundige. Zie verder hieronder.
- Ook hier geldt, dat het invoeringstraject, althans het onderdeel overheveling AWBZ-zorg, zo kort en zo overzichtelijk mogelijk moet worden gehouden.

Gefaseerde overheveling genereert problemen met de continuïteit van zorg en noopt tot eindeloze reparatieregelgeving.

De zorgtoewijzing en -inkoop

Ook al komt indicatiestelling in één hand te liggen bij meervoudige hulpvragen, dan nog zijn er twee verschillende organen belast met de zorgtoewijzing en zorginkoop (resp. gemeente en zorgkantoor). Dat kan tot verschillende problemen leiden (afhankelijk van waar de knip gelegd wordt). De problemen liggen op het vlak van de afstemming tussen verschillende vormen van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging (WMO) en persoonlijke verzorging (AWBZ). Denkbaar is dat de gemeente voor huishoudelijke verzorging een schoonmaakbedrijf heeft gecontracteerd en het zorgkantoor/zorgverzekeraar de thuiszorg voor persoonlijke verzorging. Deze vormen van zorg en ondersteuning zijn echter functioneel nauw verwant aan elkaar.

- De oplossing ligt ook hier overigens ten principale in het overgangstraject. Dat moet, zoals gezegd, kort en overzichtelijk zijn en vooral: plaatsvinden in een glashelder perspectief (te weten substantiële overheveling van AWBZ-zorg naar de WMO als einddoel). De Mvt moet hierover een niet mis te verstaan signaal aan gemeenten en verzekeraars afgeven. Zie verder het RVZ-advies Gemeente en zorg, hoofdstuk 8 dat gewijd is aan de koppeling van ZVW en WMO.
- Voor de transfer ziekenhuis-thuissituatie is de volgende oplossing denkbaar (zie ook bij indicatiestelling). De regel moet zijn: ontslag is pas mogelijk, indien er een behandel-nazorgplan is en indien de eventuele thuiszorg en/of ondersteuning daadwerkelijk is geborgd. De verantwoordelijkheid (aanspreekbaarheid) van het ziekenhuis kan zich niet uitstrekken tot het borgen van de eventuele thuiszorg en/of ondersteuning. Daarover heeft het geen beslissingsmacht; die ligt bij de gemeente. De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis is een behandel-nazorgplan op te stellen (dat als indicatieadvies kan gelden) en de aanvraag voor ondersteuning (namens cliënt) in te dienen bij het gemeentelijk zorgloket. Dat moet de professionele standaard voor ziekenhuiszorg zijn. Daarop is die zorg dus aanspreekbaar voor patiënt en gemeente als belanghebbenden. Ziekenhuis en zorgverzekeraar hebben er belang bij de transfer zo snel mogelijk na uitbehandeling te realiseren; er is dus geen reden om in dit verband ziekenhuis en/of zorgverzekeraar een extra verplichting op te leggen. De gemeente daarentegen, heeft bij een snelle transfer geen belang. Daar ligt eerder een incentive om ontslag zo lang mogelijk tegen te houden. De gemeente kan dat doen door de beslissing op de aanvraag en de realisatie van de ondersteuning zo lang mogelijk uit te stellen. Om dergelijk afwentelingsgedrag te voorkomen, acht de Raad het noodzakelijk in de WMO een continuïteitsverplichting voor gemeenten op te nemen, gekoppeld aan een maximale leveringstermijn met boetebeding. De gemeente moet binnen een bepaald aantal dagen de ondersteuning geregeld hebben op straffe van een dwangsom per dag (ter hoogte van de kosten van de verlengde - en medisch gezien overbodige - ziekenhuisopname). Overwogen kan worden de regionale MEE-organisatie een formele transferrol te geven. De WMO c.q. de Mvt c.q. een Ambv (Algemene maatregel van bestuur) zal de basis voor het bovenstaande moeten leggen. Verder zal de gemeente in haar plan de beleidsgrondslag moeten leggen. De RVZ beveelt aan het continuïteitsprobleem op regionale basis aan te pakken en in het invoeringstraject verder uit te werken (zie 7).

De zorgverlening

De Raad verwijst hiervoor naar de paragraaf over de mantelzorg (2.4)

6 Financiële verhouding rijk-gemeente

Naast de in het briefadvies reeds gemaakte opmerkingen, wil de Raad er in verband met de invoeringsstrategie op wijzen dat in het ontwerpvoorstel staat dat de Minister tot vier jaren na de inwerkingtreding van de WMO een specifieke uitkering kan verstrekken. Dit kan op gespannen voet gaan staan met de beoogde gefaseerde invoering van de WMO. Het betekent immers dat voorzieningen die bijvoorbeeld

op 1 januari 2008 overgaan nog maar twee jaar via een specifieke uitkering kunnen worden gefinancierd. De vraag is of dit op dat moment een wenselijke termijn is. De Raad adviseert daarom de duur van de tijdelijke specifieke uitkering te koppelen aan de overgangsdatum van de voorzieningen naar de WMO en niet aan de datum van inwerkingtreding van de WMO.

De Raad adviseert de Staatssecretaris ook snel duidelijkheid te geven over de verdere fasering van de overheveling van voorzieningen zodat, op het punt van tijdelijke specifieke uitkering en haar looptijd, ook meer duidelijkheid ontstaat.

7 Invoeringsstrategie

In zijn advies Gemeente en zorg pleitte de RVZ voor een invoeringstraject van vijf jaar (zie hoofdstuk 11 Implementatie). Hij is dan ook verheugd met de plannen van de Staatssecretaris op dit vlak. Maar minstens zo belangrijk is het signaal dat het kabinet nu, bij de presentatie van de WMO, zou moeten afgeven. Dat signaal moet glashelder zijn. Er komt een WMO; een substantieel deel van de AWBZ gaat daarin op; dit zal met voortvarendheid worden aangepakt; over de 'romp-AWBZ' zal nog in deze kabinetsperiode een standpunt verschijnen. Zie verder in dit advies de sturingsfilosofie.

Het kabinet moet in dit verband geen misverstanden wekken in de zorgsector en bij gemeenten over het doel van het invoeringstraject. Doel moet zijn: het door de direct betrokkenen laten uitwerken van een aantal uitvoeringskwesaties die niet bij wet kunnen en moeten worden geregeld. Een zo complexe en ingrijpende verandering vereist dat ook. En bovendien: de wet moet niet worden belast met uitvoeringskwesaties. Die kunnen in convenanten van de direct betrokkenen worden vastgelegd. Hou de wet zo beperkt mogelijk. Doel van de invoering moet dus niet zijn: een go/no go-beslissing voorbereiden.

De nu volgende kwesaties zullen in ieder geval in het invoeringstraject moeten worden aangepakt.

1. Afstemming zorg en ondersteuning

Zie paragraaf 2.5. In regionaal verband zullen betrokkenen afspraken moeten maken over de continuïteit van zorg en wel bij voorkeur ziekte- of probleemgericht. Het gaat dan om indicatieplannen, opname- en ontslagbeleid en om zorgplannen. Betrokkenen zijn: de curatieve zorg, de AWBZ-zorg, gemeenten en verzekeraars. Zie verder het RVZ-advies Gemeente en zorg, hoofdstuk 8 over koppeling- en sturingsmechanismen tussen WMO en Wet zorgverzekering. Koppeling aan de resultaatsverplichting van de gemeente is noodzakelijk.

2. Een regionale behoeftebepaling

De GGD zou, in overleg met het RIVM en het SCP, een model moeten ontwikkelen voor een regionale behoeftebepaling. Dit zou de vorm kunnen aannemen van een regionaal Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) voor long term care en voor maatschappelijke participatie (WMO en AWBZ). Dit als een standaardonderdeel van de planvorming ex WMO. Belangrijk element: de communicatie met de burger en diens betrokkenheid. Koppeling aan de resultaatsverplichting van de gemeente is ook hier noodzakelijk, alsmede de samenhang met het vorige punt.

3. De normering van de maatschappelijke participatie

Er zullen minimumnormen voor maatschappelijke participatie moeten komen in verband met de resultaatsverplichting van de gemeente. De normen moeten een breed draagvlak hebben in de samenleving. Zij moeten bovendien passen in de internationale standaard op dit vlak Intensive Care Facility (ICF). Gemeenten moeten de gelegenheid krijgen de standaard aan te vullen met lokaal beleid. De Wet gelijke behandeling vormt hier het juridisch-emancipatoir kader. In aanvulling op hetgeen de wet hierover bevat, zouden betrokkenen in het invoeringstraject dit verder moeten uitwerken.

4. Informatievoorziening, verantwoording en burgerparticipatie

Bij de punten 1, 2 en 3 zullen de gemeenten verantwoording moeten afleggen over hun WMO-prestaties. Zij doen dat actief en in het openbaar, primair aan hun burgers. Gemeenten zullen hiervoor werkwijzen moeten ontwikkelen. Zij zouden die moeten koppelen aan creatieve en effectieve vormen van burgerparticipatie en aan nieuwe media. De gesprekspartners zijn ‘de burgerij’ en specifieke, soms kleine, groepen daarbinnen. Zie ook het Rob-advies Burgers betrokken, betrokken burgers.

5. Aanbesteding en zorginkoop

De Raad adviseert in regionaal verband (samenwerkende gemeenten) protocollen te ontwikkelen voor aanbesteding en inkoop van WMO-voorzieningen. In het algemeen geldt dat de WMO geen bijzondere bepalingen op dit vlak behoeft te bevatten. De bestaande regelgeving volstaat c.q. biedt een helder kader. Deze dient, inclusief de eisen met betrekking tot openbaarheid en ten aanzien van Europees aanbesteden onverkort in de WMO te worden toegepast. Wellicht kan in een overgangperiode een uitzondering hierop worden gemaakt ten behoeve van de continuïteit van de bedrijfsvoering in zorginstellingen. Hetzelfde geldt voor cruciale coördinerende functies als die welke door MEE worden vervuld. Maar nu al zou vast moeten staan dat na enkele jaren het reguliere kader van kracht wordt.

Het invoeringstraject dient ook twee meer operationele doelen. In de eerste plaats fungeert hij als beleidsmatig kader voor de beoogde verdere overheveling van AWBZ-aanspraken en –middelen naar de Specifieke Uitkering en voor de inbedding van de AWBZ-zorg in de lokale samenleving. De grote opdracht hier is: AWBZ-zorg transformeren in ondersteuning van participatie, een ware metamorfose. In de tweede plaats zou het invoeringstraject gebruikt moeten worden om de, volgens de Raad op onderdelen noodzakelijke, intergemeentelijke samenwerking tot stand te brengen.

Over de aanpak van het invoeringstraject tenslotte nog enkele praktische suggesties.

- Leidend principe moet zijn het lokale, niet het landelijke. Pas dus op voor landelijke protocollen en overeenkomsten. Ent de AWBZ-systematiek niet op het lokaal bestuur.
- Combineer de door de Staatssecretaris beoogde ‘proeftuinen’ met een meer landelijke invoering van de WMO. Gebruik best practices. Organiseer spiegelbijeenkomsten en digitale ondersteuning en informatie-uitwisseling.
- Benoem een zware onafhankelijke projectleider met vergaande bevoegdheden. Deze pakt de klassieke verticale verbindingen (rijk-gemeente) aan in samenhang met de horizontale op het uitvoeringsvlak.
- Stel vooraf de kosten van het invoeringstraject vast en bereik hierover overeenstemming met de gemeenten. Breng deze kosten niet in mindering op de over te hevelen AWBZ-middelen.
- Geef van meet af aan de burger, met of zonder beperking, een invloedrijke stem.

Bijlage 4

Buitenlandse voorbeelden

WMO-situaties in de praktijk van Zweden, Verenigd Koninkrijk, Ierland, Finland, Duitsland en Denemarken. Verzameld door het NIZW International Centre in opdracht van de RVZ ten behoeve van diens advies over de WMO.

Zweden

Bestuurlijke vormgeving

Het Zweedse systeem kent drie bestuurlijke lagen. Nationaal worden doelen bepaald en wordt aan het beleid richtinggegeven door wetgeving en economische ontwikkelingen.

Op het regioniveau (21 regio's) ligt de verantwoordelijkheid voor het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen en medische dienstverlening. Het gemeentelijk niveau (290 gemeenten) is bij wet verplicht te voorzien in voldoende sociale en medische dienstverlening, alsook woonvoorzieningen voor ouderen en invaliden. Voor wat betreft de doelgroep ouderen wordt door een welzijnsraad gelet op het type woonvoorzieningen, afstanden tot het dorp, openbaar vervoersmogelijkheden, leeftijdsverdeling, werkgelegenheid. Gemeenten beheren ook Home help services; dit is een verzamelterm voor vele activiteiten ten behoeve van ouderen: hulp bij schoonmaak, was, koken, persoonlijke verzorging, en tot op zekere hoogte zorg (bijvoorbeeld injecties). De meeste Zweedse gemeenten kennen ook nachtteams (verpleging en verzorging 's nachts).

Instrumentering

De allocatieformule die de rijkssubsidie aan het regiobestuur voor de levering van gezondheidszorg bepaalt, is gebaseerd op een gewogen hoofdelijke omslag, met inachtneming van geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, beroep, inkomen, verblijf, en andere indicatoren voor zorgbehoeften. Door de regiobesturen wordt weer een gedeelte hiervan doorgesluisd naar de gemeenten.

Een gemeente brengt doorgaans haar diensten in rekening, terwijl deze gedeeltelijk worden gesubsidieerd. De tarieven zijn inkomensafhankelijk en mogen de werkelijk gemaakte kosten niet overstijgen.

Verantwoording, toezicht

Er bestaan geen nationale standaarden voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De rechten van patiënten zijn wel in de wet vastgelegd. Lokale overheden verstrekken licenties aan private partijen.

Financiële verhouding

De lokale overheid draagt financiële en eindverantwoordelijkheid voor de zorg en levert ook het merendeel van het aanbod.

Zorgplicht

Gemeenten zijn (financieel) verantwoordelijk voor sociale welzijnsdiensten, die ook jeugdzorg, schoolgezondheidsdiensten, ouderenzorg en gehandicaptenzorg omvatten, alsook de zorg voor chronische psychiatrische patiënten. Voor de medische zorg ligt de verantwoordelijkheid een niveau hoger: de regio's. De verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorg ligt voor circa de helft bij de gemeenten.

Maatschappelijke ondersteuning

De ondersteuning van mantelzorgers heeft in 2001 een stevige impuls gekregen door een nationaal actieplan. De overheid subsidieert de gemeenten jaarlijks voor het organiseren van mantelzorgondersteuning.

Autonomie

Op enkele nationale beleidsontwikkelingen, de wetgeving en het toezicht, na is de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg gedecentraliseerd naar lokale overheden. De regiobesturen zijn verantwoordelijk voor de financiering en levering van gezondheidszorg, terwijl de gemeenten belast zijn met het verstrekken en financieren van de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en psychiatrische zorg.

De gemeenten zijn niet ondergeschikt aan de regiobesturen en geven daaraan geen rekenschap af. De gemeenten kunnen hun eigen belastingen heffen.

Verenigd Koninkrijk

Bestuurlijke vormgeving

De verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg is gedecentraliseerd naar de landen van het Verenigd Koninkrijk: Engeland, Wales, Schotland en Noord Ierland. In alle landen wordt de gezondheidszorg hoofdzakelijk gefinancierd uit belastinggelden. Binnen elk land wordt de verantwoordelijkheid voor het inkopen van gezondheidszorgdiensten gedecentraliseerd naar lokale organisaties (Primary Care Trusts (PCT) in Engeland, Health Boards in Schotland, Local health groups in Wales en Primary Care Partnerships in Noord Ierland).

Eerstelijns gezondheidszorg wordt voornamelijk geleverd door huisartsen en multidisciplinaire teams in gezondheidscentra. De meeste ziekenhuizen zijn van de overheid met de status van een onafhankelijke stichting. Privé-klinieken leveren diensten aan particulier verzekerden of personen die zelf de kosten willen dragen. Social care in het Verenigd Koninkrijk wordt meestal omschreven als langdurige zorg thuis of in een instelling voor ouderen, mensen met een geestelijke of verstandelijke beperking. De verantwoordelijkheid om ervoor zorg te dragen dat deze zorg- en dienstverlening wordt geleverd, wordt gedeeld tussen de afdelingen social services van de lokale overheden en de NHS (National Health Service).

Instrumentering

Sinds 1970 wordt vanuit de centrale overheid geld toegekend aan de health authorities in Engeland en Wales, en de health boards in Schotland. Deze op hun beurt verdelen het budget onder de lokale overheden. Toekenning van de gelden zal in de naaste toekomst direct naar de lokale overheden gaan.

Verantwoording, toezicht

Social services maken deel uit van de diensten van de lokale overheid. Hierover moet rekenschap gegeven worden aan plaatselijk gekozen counselors, alsook aan de staatssecretaris van Gezondheidszorg.

Rechten van patiënten en verantwoordelijkheden worden in Your Guide to the NHS vermeld. Alle NHS-stichtingen, zorginstanties, huisartsen, tandartsen, oogartsen en apothekers kennen een klachtenprocedure. Als patiënten niet tevreden zijn over de plaatselijke oplossing, kunnen zij een onafhankelijke beoordeling vragen of een ombudsman inschakelen.

Financiële verbouwing/ autonomie

De lokale overheid heeft de meeste verantwoordelijkheid voor social care. De financiering van deze zorg komt voornamelijk van de lokale overheid en eigen bijdragen van cliënten, terwijl diensten (services) voornamelijk worden verleend door de particuliere en vrijwillige sector. Zorg wordt ingekocht door lokale PCT's: groepen van zorg- en dienstverleners, met de verantwoordelijkheid om de zorgbehoefte van een gegeven bevolking in te schatten. Het zijn onafhankelijke organisaties, verantwoordelijk voor de inkoop en levering van zorg aan de plaatselijke bevolking.

Er is sprake van verschillende organisaties en rollen: die van de NHS en van de social services.

Maatschappelijke ondersteuning

Voorbeeld:

Thuiszorg valt nu onder de afdelingen social services van de lokale overheden. Als een cliënt persoonlijke verzorging nodig heeft, zoals wassen en aankleden, of hulp bij boodschappen doen of schoonmaak, wordt die zorg voornamelijk door particuliere bureaus geleverd. De cliënt betaalt een eigen bijdrage die kan oplopen tot een volledige vergoeding, al naar gelang de financiële draagkracht. De gemiddelde prijs is 10 pond per uur, en zo'n zorgpakket kan variëren van 4 tot 14 uur per week, afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënt en de beschikbaarheid van mantelzorg.

Ierland

Bestuurlijke vormgeving

Er zijn 29 gemeenteraden (county councils) in Ierland met in totaal 753 leden. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het verstrekken van een uitgebreid aantal voorzieningen. Het betreft de volgende categorieën: wonen, bestemmingsplannen, wegen, watervoorziening, riolering, ontwikkelingsinitiatieven, controles, milieu, recreatie, leefbaarheid, landbouw, onderwijs, gezondheidszorg en welzijn.

Instrumentering

Lokale overheden spelen een belangrijke rol voor wat betreft gezondheidszorgvoorzieningen. Openbare gezondheidszorg wordt op lokaal niveau door een gezondheidsbestuur geleverd. Deze besturen (health boards) voorzien in en beheren ziekenhuizen, sanatoria, tehuisen, laboratoria, klinieken en gezondheidscentra. Sommige leden van de besturen worden benoemd door de minister van Gezondheid en Jeugd, sommigen worden gekozen door de medische beroepsgroep, en weer anderen worden benoemd door de lokale overheden.

Ieder jaar worden vanuit gemeenten *councillors* gekozen om ook zitting te nemen in de gezondheidsbesturen. Er zijn tien gezondheidsbesturen in Ierland.

Verantwoording, toezicht

De voornaamste taak van een gezondheidsbestuur is te voorzien in en het regelen van gezondheidszorg, community care en maatschappelijke diensten voor de bevolking van het betreffende gebied. Gezondheidszorg wordt breed gedefinieerd als die diensten die betrekking hebben op:

- gezondheidsbevordering;
 - ziektepreventie (bijvoorbeeld: vaccinatie, screening, jeugdzorg);
 - diagnose en behandeling van ziekte (bijv. huisartsenzorg, ziekenhuiszorg).
- Community care en (persoonlijke) maatschappelijke diensten zijn die diensten die worden geleverd om mensen in staat te stellen in hun omgeving te blijven wonen, in geval zij moeite hebben zo voort te bestaan door ziekte, handicap of leeftijd. Voorbeelden zijn thuisverpleging, thuisverzorging, activiteitenbegeleiding en maatschappelijk werk. Alle gezondheidsbesturen moeten plannen leveren waarin de uitgaven van het voorgaande jaar staan vermeld, en een gedetailleerde uiteenzetting van de wijze waarop het door de overheid toegekende budget zal worden besteed in het komend jaar.

Financiële verbouwing

Aan ieder gezondheidsbestuur wordt jaarlijks een budget toegekend door het departement van Gezondheid en Jeugd. Dit departement geeft jaarlijks een verklaring af waarin de nationale prioriteiten voor gezondheidszorg staan vermeld. De gezondheidsbesturen houden hier rekening mee bij de voorbereiding van hun jaarplannen. De nieuwe Health Strategy probeert dit proces te versterken door meer rekenschap te vragen en nauwgezetere bewaking te bewerkstelligen van de prestaties gebaseerd op de te leveren diensten (specifiek gestelde doelen) zoals vermeld in de jaarplannen.

Zorgplicht

De besturen zijn verplicht bepaalde diensten te leveren, bijvoorbeeld huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Er zijn andere diensten die ze mogen leveren, zoals thuiszorg en andere community care diensten. Een belangrijk deel van het door het departement toegekende budget wordt besteed aan die diensten die het bestuur verplicht moet leveren.

Maatschappelijke ondersteuning

Voorbeeld:

Go for Life is een nationaal programma voor sport en lichamelijke activiteit voor ouderen. Het doel is meer ouderen te betrekken bij alle aspecten van sport en meer lichamelijke beweging. Go for Life wordt gesponsord door de Irish Sports Council. Het programma wordt beheerd door Age & Opportunity in samenwerking met de gezondheidsbesturen en Local Sports partnerships. Ongeveer 600 groepen over het land maken gebruik van het fonds (€ 300.000). Het is nu de vierde keer dat zo'n fonds wordt verstrekt.

Finland

Bestuurlijke vormgeving

Op nationaal niveau vindt door het Ministerie van Sociale zaken en Gezondheidszorg wetgeving plaats op het gebied van zorg en welzijn. Het ministerie ziet toe op implementatie ervan. Verbonden aan het ministerie is de Basic security council die garant staat voor de kwaliteit en rechtvaardige verdeling van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

Instrumentering

In Finland is de gemeente verantwoordelijk voor zowel de gezondheidszorg als de langdurige zorg. Een gemeentelijke gezondheidscommissie (soms in samenwerking met een commissie voor sociale voorzieningen) besluit over de planning en organisatie van gezondheidszorg. Deze besluitvorming vindt plaats met het gemeentebestuur en de gemeenteraad.

Autonomie

De gemeente verleent meestal de zorg en diensten zelf. Soms koopt de gemeente zorg in bij particuliere instellingen. De sociale voorzieningen die de gemeente levert zijn: kinderopvang, jeugdzorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en verslavingszorg.

In Finland bestaat er een behoorlijk progressieve wetgeving met betrekking tot gehandicapten. Het beleid dat daaruit voortvloeit is echter erg trendmatig, met als gevolg dat slechts voor speciale groepen gehandicapten voorzieningen mogelijk zijn. Het gemeentelijk beleid is per plaats soms verschillend en dit leidt tot grote verschillen in voorzieningen en uitkeringen. Door de sterke decentralisatie naar gemeenten kunnen er ook behoorlijke variaties in de kosten per cliënt en de levering van diensten optreden.

Verantwoording, toezicht

Van de besluiten over de planning en organisatie moet de gemeente rekenschap geven aan de inwoners van de gemeente. Er is een Wet sociale zorg, waarmee onder meer de ondersteuning van cliënten geregeld wordt. De gemeente behoort jaarlijks contact op te nemen met de cliënt om te bekijken hoe de situatie is. Als een cliënt niet tevreden is over bepaalde diensten kan deze de leiding van de gemeentelijke dienst bellen. Iedere gemeente heeft een klachtenfunctionaris in dienst. Er zijn onder meer nationale richtlijnen voor de kwaliteit van ouderenzorg uitgevaardigd.

Financiële verhouding

Het Finse zorgsysteem is hoofdzakelijk gefinancierd door belastinginkomsten. Zowel de staat als de gemeenten hebben het recht om belastingen te heffen. De

gemeenten besteden circa 25% aan gezondheidszorg. Het toekennen van overheidssubsidies aan de gemeenten is gebaseerd op het aantal inwoners, leeftijdsopbouw en morbiditeit, met een gewogen hoofdelijk omslagsysteem.

Maatschappelijke ondersteuning

Voorbeeld:

De gemeente laat door een maatschappelijk werker, eventueel in samenwerking met een fysiotherapeut vaststellen hoe de woning voor een gehandicapte aangepast moet worden. De gemeente schakelt een bedrijf in dat het werk uitvoert op kosten van de gemeente. Als de gehandicapte aanvullende aanpassingen wil, dan moet hij dat zelf bekostigen. Het verkrijgen van werk loopt via het gemeentelijk arbeidsbureau. Voor mensen met een verstandelijke handicap bestaan werkplaatsen die betaald worden door de gemeente. Door gehandicapten kan tweemaal per week gebruik gemaakt worden van vervoer met aangepaste busjes.

Duitsland

Bestuurlijke vormgeving

In Duitsland worden de verantwoordelijkheden gedeeld tussen de federale staat, de Länder en koepelorganisaties van professionals, aanbieders en verzekeraars. De gezondheidszorg wordt voornamelijk gefinancierd door een volksverzekering en de langdurige zorg door de Pflegeversicherung.

Instrumentering

De deelstaten moeten zorgen dat er een productieve, economische en adequate infrastructuur voor zorg is. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de investeringen in zorg.

Autonomie

De verschillen in zorg en dienstverlening tussen regio's in Duitsland kunnen groot zijn. Vooral tussen die op het platteland en stedelijke gebieden. Een verklaring hiervoor is dat al van oudsher de verantwoordelijkheid voor deze diensten bij de lokale of regionale overheid ligt. Ook kunnen in sommige regio's bepaalde charitatieve instellingen de overhand hebben, terwijl in andere regio's meer commercieel opgezette instellingen opereren.

Verantwoording, toezicht

Nationale standaarden voor zorg zijn vastgelegd in de wet. De overheid geeft licenties uit, voert kwaliteitscontroles uit en treedt op als onderhandelingspartner als het gaat om de vaststelling van tarieven. De rechten van de patiënt zijn wettelijk vastgelegd.

Financiële verbouwing

De financiering en organisatie van sociale voorzieningen vallen hoofdzakelijk onder de lokale overheden; soms participeert een deelstaat daar ook in. Het betreft het gebied van welzijn en zorg, de Sozialhilfe. Het betreft onder meer maaltijdvoorzieningen, huishoudelijke hulp en sociale en culturele activiteiten voor ouderen. Ze worden vooral door charitatieve organisaties geleverd. In veel regio's is hier flink op bezuinigd, met als gevolg dat cliënten de meeste sociale diensten voor eigen rekening nemen.

Door de lokale overheid werden jarenlang charitatieve en door vrijwilligers gerunde non-profit instellingen financieel ondersteund totdat met de komst van de Pflegeversicherung dit traditionele systeem omsloeg naar een lokale keuze in veel commerciële en particuliere instellingen. Met als gevolg nu een zeer sterke daling van onder andere plaatselijke zorg en diensten voor nog zelfstandig wonende ouderen.

Maatschappelijke ondersteuning

Langdurige zorg wordt in Duitsland in de eerste plaats gezien als verantwoordelijkheid van de familie en vrienden. Er wordt geld verstrekt om mantelzorg (onder-

steuning) te organiseren. Er zijn voordelen voor diegene die informele zorg leveren: gunstige voortzetting van het pensioen en ongevalverzekering. Daarnaast worden cursussen en seminars voor de mantelzorgers georganiseerd.

Denemarken

Bestuurlijke vormgeving

Het Deense systeem kent drie bestuurlijke lagen.

- Door de overheid (twee relevante ministeries) vindt toezicht plaats, wordt wetgeving ontwikkeld en worden financiële kaders gesteld voor gezondheidszorg en sociale dienstverlening.
- Op het regioniveau (16 regio's) ligt de verantwoordelijkheid voor het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen en medische dienstverlening.
- Op gemeentelijk niveau (275 gemeenten) wordt erop toegezien dat er voldoende sociale en zorgdiensten aanwezig zijn.

Een belangrijk kenmerk van de Deense wetgeving voor zorg en welzijn is dat deze slechts een algemeen kader aangeeft.

Instrumentering

De ontwikkeling van geïntegreerde zorg in Denemarken is gekoppeld aan het verdwijnen van de traditionele verpleeghuizen. Het resultaat van dit proces van extramuralisering is dat zorg en diensten die eerder alleen aan verpleeghuisbewoners werden verleend, nu aan alle ouderen geleverd worden, ongeacht hun huisvesting.

Autonomie

De lokale overheden bepalen de feitelijke inhoud en organisatie van de zorg en welzijnsdiensten. Een gevolg van deze decentralisatie van verantwoordelijkheden naar regio's en gemeenten is dat er een variatie is van diensten, afhankelijk van waar men woont. In werkelijkheid is er een verschil van dienstverlening tussen gemeenten, omdat iedere gemeente bevoegd is om de diensten te organiseren al naar gelang de behoefte van de eigen bevolking.

Zorgplicht

De gemeenten hebben de wettelijke plicht om zorg te dragen voor thuiszorg op praktisch en persoonlijk vlak, en om te voorzien in de woonbehoefte van mensen met beperkingen, inclusief woningaanpassing, verpleeghuiszorg en daaraan verbonden dagverzorging. De zorgverlening wordt niet in rekening gebracht bij de cliënt, ongeacht zijn type huisvesting. Andere diensten waarin wordt voorzien zijn: vervoer voor personen die een behandeling nodig hebben, dagcentra die zowel recreatieve activiteiten bieden als ook revalidatie, uitleen van hulpmiddelen en tenslotte maaltijdverstrekking (deze echter tegen betaling). De gemeenten leveren weliswaar over het algemeen de voornoemde diensten, echter in sommige gevallen worden verpleeghuizen en daaraan verbonden dagverzorging door vrijwillige organisaties gerund. De gemeenten blijven ook hier verantwoordelijk voor de kwaliteitsstandaarden, toelatingscriteria en het vaststellen van de huurprijzen en de kosten voor diensten.

Verantwoording, toezicht

Kenmerkend voor de gezondheidszorg, zorg en welzijn in Denemarken is een sterke delegatie van verantwoordelijkheden hiervoor naar politiek gekozen regionale en gemeentelijke overheden.

Financiële verhouding

Grofweg kan men stellen dat de regio's financieel verantwoordelijk zijn voor het gezondheidszorgsysteem, de gemeenten zijn dat voor het sociale zorgsysteem.

Maatschappelijke ondersteuning

De 16 regio's beheren ziekenhuizen, inclusief geriatrische revalidatiecentra, eerste lijns voorzieningen (behalve thuiszorg) en Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO's). Ziekenhuizen en huisartsenzorg worden gefinancierd uit algemene belas-

tinggelden. De 275 gemeenten beheren pensions, verpleeghuizen en aangepaste woonvoorzieningen voor ouderen, thuiszorg, fysiotherapie, activiteitenbegeleiding. Doorverwijzingen van ouderen die niet in een ziekenhuis verblijven, worden gecoördineerd in de gemeente door een health visitor die tevens case manager is. Andere diensten (voor ouderen) vanuit de gemeente zijn: dienstencentra (sociale activering), maintenance training (meer bewegen voor ouderen), tafeltje dekje, klusdienst, alarmering, woningaanpassing en kortdurend verblijf of nachtopname in een verpleeghuis.