

FNV-VISIE OP ZORG EN WELZIJN



DEZE PDF IS INTERACTIEF

Door de clickable inhoudsopgaven komt u direct op de pagina van uw keuze.

Via de 'home-button' keert u weer terug naar de inhoudsopgave op pagina 3.

U kunt natuurlijk ook gebruik maken van de standaard interface van uw pdf reader.

INHOUDSOPGAVE

CONCLUSIES	4
Wat is goede zorg?	4
Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn	4
Het zorgstelsel	5
1 FNV IN ZORG EN WELZIJN: INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN	6
Van zorg naar stelsel	6
Uitgangspunten	7
2 WAT IS GOEDE ZORG?	8
Preventie	8
Zorg om de mensen heen	9
Verpleeg- en verzorginghuizen	9
Curatieve Zorg	10
Farmacie	10
Technologische ontwikkelingen	11
3 ARBEIDSMARKT ZORG EN WELZIJN	12
Werkzekerheid	12
Opleiding	13
Echte banen	13
Vakmanschap	13
Werkdruk	14
Wat moet er veranderen?	14
4 HET ZORGSTELSEL	16
Het zorgstelsel langs de meetlat	16
Wat moet er veranderen?	18

CONCLUSIES

Zorg en welzijn veranderen. Voor de FNV gelden hierbij de principes van de menswaardige maatschappij, waarin iedereen recht heeft op een volwaardige positie met economische zelfstandigheid en echte banen. Een menswaardige maatschappij geeft inhoud aan zorg en welzijn vanuit de visie dat de mens centraal staat. Het gaat om de individuele behoefte aan zorg en het bieden van ruimte aan de professional.

De FNV heeft een drietal doelstellingen met zorg en welzijn;

- Iedereen heeft toegang tot goede zorg en goede welzijnsvoorzieningen.
- Werkenden in zorg en welzijn krijgen ruimte voor hun vakmanschap en professionaliteit en kunnen hun werk tegen goede arbeidsvoorwaarden en veilig doen. Permanente ontwikkeling en opleiding zijn vanzelfsprekend.
- Zorguitgaven mogen en hoeven andere collectieve voorzieningen niet wegdrukken of een te groot deel van het besteedbaar inkomen van mensen opeisen.

De doelstellingen zijn in deze visie met de leden en kaderleden van de sectoren uitgewerkt, waarbij we eerst hebben vastgesteld wat voor de FNV “goede (gezondheids)zorg en welzijn” inhoudt. Een zo goed mogelijke gezondheid is een groot goed voor burgers en van groot maatschappelijk belang. Daartoe moet worden gezorgd voor een gezonde leefomgeving (wonen en werken) en moeten mensen ongeacht maatschappelijke status en inkomen toegang krijgen tot preventieve zorg, curatieve zorg en verzorging. Welzijn en zorg dragen zo bij aan kwaliteit van leven en de kwaliteit van de samenleving.

Dit stelt ook eisen aan de arbeidsmarkt. Zorg van goede kwaliteit veronderstelt dat werkenden in de zorg ruimte krijgen voor hun vakmanschap en gerespecteerd worden om hun professionaliteit. Ze moeten hun werk tegen behoorlijke arbeidsvoorwaarden kunnen doen, “echte banen”, met ruimte voor permanente ontwikkeling en opleiding. De relatie tussen zorggebruiker en zorgverlener vormt de kern van de zorgpraktijk. De organisatie daar omheen staat ten dienste van deze kern. Vrije artskeuze is daar een onderdeel van.

Uiteindelijk volgt dan de betaalbaarheid van de zorg. Zorg naar behoefte, bijdragen naar vermogen. De toegankelijkheid van de zorg veronderstelt solidariteit: solidariteit tussen gezond en ziek (risicosolidariteit) en solidariteit tussen hogere en lagere inkomens (inkomenssolidariteit). Toegankelijkheid en betaalbaarheid veronderstellen ook doelmatigheid. Het is een opdracht aan de organisatie(s) die het stelsel uitvoer(en). Voor de FNV is de zorg een sector voor publieke dienstverlening en geen sector waar wordt gestreefd naar maximale productie en winstgevendheid.

WAT IS GOEDE ZORG?

Zorg is en blijft mensenwerk. Mensen wonen langer thuis. Zorg en welzijn worden in de thuisomgeving georganiseerd. Hier komen welzijn en zorg bij elkaar. Goede zorg thuis vraagt om een investering in professionele zorg en ondersteuning in huis, maar ook in faciliteiten in de wijk. Mensen moeten mee kunnen doen in de maatschappij op een waardevolle manier. De FNV wil aanbod op maat thuis of (indien nodig) intramuraal. We willen voldoende ondersteuning thuis en dagbesteding. Daarnaast moet er aandacht zijn voor meer preventie en lokale en regionale samenwerking.

ARBEIDSMARKT ZORG EN WELZIJN

Professionaliteit en vakmanschap staan centraal. Vrijwilligers en mantelzorgers mogen niet ingezet worden om betaald werk te vervangen. Van belang is dat flex wordt teruggedrongen. De werkdruk moet worden verminderd. Er moet ruimte zijn voor vakmanschap in plaats van bureaucratische verantwoording. Werken in de zorg moet aantrekkelijk zijn en we moeten iedere werknemer in de zorg behouden, omdat ze hard nodig zijn. Daarom; Geen collectieve ontslagen in de zorg, bieden van werkzekerheid op alle functieniveaus, goede lonen en goede arbeidsvoorwaarden.

HET ZORGSTELSEL

In het zorgstelsel willen we meer samenwerking en minder marktwerking. Samenwerking leidt tot goede zorg. We willen naar een publiekrechtelijk stelsel. De marktwerking is doorgeslagen. We willen geen concurrentie op arbeidskosten. Zorg moet betaalbaar blijven, geen eigen risico of opeenstapeling van eigen bijdragen en betaalbare medicijnen. Keuzevrijheid bij welzijn en (gezondheids)zorg is essentieel.

1 FNV IN ZORG EN WELZIJN: INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN

Zorg en welzijn veranderen. Voor de FNV gelden hierbij de principes van de menswaardige maatschappij, waarin iedereen recht heeft op een volwaardige positie met economische zelfstandigheid en echte banen. Een menswaardige maatschappij geeft inhoud aan zorg en welzijn vanuit de visie dat de mens centraal staat. Het gaat om de persoonlijke behoefte aan zorg en het bieden van ruimte aan de professional.

De FNV zet de komende jaren overal in op een menswaardig maatschappij, echte banen en een sterkere FNV. Deze speerpunten zijn uitgewerkt in de congresresolutie, waarin de hoofdlijnen van het FNV-beleid voor 2017-2021 staan. Dit betekent dus dat ook binnen zorg en welzijn invulling wordt gegeven aan de hierin geformuleerde doelstellingen.

Het is evident dat goede zorg en welzijnsvoorzieningen van groot belang zijn voor een menswaardige maatschappij. Niet voor niets dat de FNV van oudsher een meer dan gemiddelde belangstelling heeft voor zorg en welzijn. Er bestaat in Nederland geen zorgverzekeraar zonder wortels in een door de vakbeweging opgericht ziekenfonds. Desnoods werden eigen zorginstellingen gesticht.

De FNV heeft een drietal doelstellingen met zorg en welzijn.

- Iedereen heeft toegang tot goede zorg en goede welzijnsvoorzieningen.
- Werkenden in zorg en welzijn krijgen ruimte voor hun vakmanschap en professionaliteit en kunnen hun werk tegen goede arbeidsvoorwaarden en veilig doen. Permanente ontwikkeling en opleiding zijn vanzelfsprekend.
- Zorguitgaven mogen en hoeven andere collectieve voorzieningen niet wegdrukken of een te groot deel van het besteedbaar inkomen van mensen opeisen.

De leden van FNV hebben allen hun belangen bij deze doelstellingen, als verzekerden, als werkenden in zorg en welzijn en als patiënten/cliënten. De belangen lopen vaak parallel, maar soms ook niet. De uitdaging waar de FNV voor staat is om in de visie op zorg en welzijn die belangen voldoende recht te doen. Daarin onderscheidt de FNV zich van de patiëntenorganisaties en de zuivere beroepsverenigingen. Het is onze kracht.

VAN ZORG NAAR STELSEL

Het zorgstelsel is een weg ingeslagen die veel FNV-leden niet waarderen. Of ze nu in zorg en welzijn werken of als gebruiker kennis maken met zorg en welzijn. Ook de FNV is in beweging. De FNV ontwikkelt zich na de fusie tot een organisatie waarin sectoren, bestuur, afdelingen en het ledenparlement vanzelfsprekender samenwerken. Het werd daarom tijd de visie van de FNV op zorg en welzijn te actualiseren.

We wilden wel een paar dingen anders doen. Voorheen schoot de FNV in de regel snel door naar het zorgstelsel en liever nog naar het verzekeringsstelsel: wie betaalt wat en wat zit er in het pakket? Dat is belangrijk, maar de inhoud schoot er vaak bij in. Onze leden vinden de inhoud belangrijk en na alle veranderingen van de laatste jaren zijn ze de inhoud ook steeds belangrijker gaan vinden. Hoe kan ik mijn beroep goed uitoefenen? Waar krijg ik de zorg die ik nodig heb? Wat is goede zorg eigenlijk? Pas nadat deze onderwerpen waren besproken, zijn we doorgeslagen naar het zorgstelsel dat het mogelijk maakt die goede zorg te verlenen.

Er is vastgesteld waar onze kennis te kort schoot. Er is een expertbijeenkomst georganiseerd over het onderwerp preventie en een bijeenkomst over de toekomst van de arbeidsmarkt in de zorg. We hebben twee onderzoeken laten uitvoeren. Een onderzoek gaat over goede voorbeelden in de langdurige zorg. Er is terecht veel aandacht voor problemen in de thuiszorg en de verpleeghuizen. Maar waar doen ze het wel goed en wat kunnen we daarvan leren? Het tweede onderzoek ging over de toekomst van de ziekenhuiszorg. Aan de hand van de rol van de technologie en de

kwaliteit van het personeelsbeleid in de ziekenhuizen werden scenario's geschetst. Afhankelijk van de snelheid van technologische ontwikkelingen en mate van ontwikkeling van een strategisch personeelsplan tonen deze scenario's grote of iets minder grote gevolgen in de verhouding tussen inzet van technologie en menskracht.

In het voorjaar van 2016 zijn we de leden gaan raadplegen via internet en op bijeenkomsten. Werkenden in de zorg en zorggebruikers vertelden hoe ze de veranderingen hebben ervaren. Willen mensen bij ziekte zo lang mogelijk thuis wonen en wat is er dan nodig? Hoe hebben ze te maken met marktwerking en bezuinigingen? Is het allemaal nog te betalen? Het is één ding om achter de tekentafel te bedenken dat huisartsen zorg moeten overnemen van ziekenhuizen. Het is wat anders om daarover te praten met patiënten, met mensen die in de huisartsenpraktijken werken en met mensen die dat proces namens zorgverzekeraars begeleiden.

UITGANGSPUNTEN

- De FNV is van mening dat een zo goed mogelijke gezondheid een groot goed is voor burgers en van groot maatschappelijk belang is. Een goede inrichting van zorg en welzijn draagt in belangrijke mate bij aan een menswaardige maatschappij. Daartoe moet worden gezorgd voor een gezonde leefomgeving (wonen en werken) en moeten mensen ongeacht maatschappelijke status en inkomen toegang krijgen tot: preventieve zorg (vaccinaties, bevolkingsonderzoek), curatieve zorg (medische behandeling) en verzorging. Welzijn en zorg dragen zo bij aan kwaliteit van leven en de kwaliteit van de samenleving.
- Zorg is mensenwerk. Zorg van goede kwaliteit veronderstelt dat werkenden in de zorg ruimte krijgen voor hun vakmanschap en gerespecteerd worden om hun professionaliteit. Ze moeten hun werk tegen behoorlijke arbeidsvoorwaarden kunnen doen, "echte banen", met ruimte voor permanente ontwikkeling en opleiding. De relatie tussen zorggebruiker en zorgverlener vormt de kern van de zorgpraktijk. De organisatie daar omheen staat ten dienste van deze kern.
- Zorg naar behoefte, bijdragen naar vermogen. De toegankelijkheid van de zorg veronderstelt solidariteit: solidariteit tussen gezond en ziek (risicosolidariteit) en solidariteit tussen hogere en lagere inkomens (inkomenssolidariteit). Voor de FNV is solidariteit niet alleen een technisch begrip – de feitelijke inkomensoverdrachten – maar ook een maatschappelijke opdracht. Bij betaalbaarheid denkt de FNV niet alleen aan collectieve betaalbaarheid, maar primair aan de betaalbaarheid voor de individuele burger.
- Toegankelijkheid en betaalbaarheid veronderstellen doelmatigheid. Het ideaal is een zorgstelsel dat zo is ingericht dat het tegen aanvaardbare kosten precies de zorg levert die mensen nodig hebben. Daaruit volgen twee deeldoelstellingen.
 - a. Het is een opdracht aan de organisatie(s) die het stelsel uitvoer(en). Voor de FNV is de zorg een sector voor publieke dienstverlening en geen sector waar wordt gestreefd naar maximale productie en winstgevendheid.
 - b. Ook de verzekeren en medewerkers hebben daarin een verantwoordelijkheid. Van hen wordt verantwoord gebruik verwacht.

2 WAT IS GOEDE ZORG?

Goede zorg draait om mensen en is mensenwerk. Een menswaardige maatschappij geeft inhoud aan zorg en welzijn vanuit de visie dat de mens centraal staat. Het gaat om de persoonlijke behoefte aan zorg en het bieden van ruimte aan de professional. Dan kunnen zorg en welzijn optimaal bijdragen aan de kwaliteit van leven.

Zorg en welzijn is een grote en diverse sector: van ouderenzorg tot peuterspeelzalen, van universiteitsziekenhuizen tot buurthuizen en samenwerkende hulporganisaties. Het uitgangspunt is echter altijd hetzelfde: de mens staat centraal. Bij het leveren van goede kwaliteit van zorg en welzijn is de positie van de zorgverlener die het dichtst bij de zorggebruiker staat van cruciaal belang. De omgeving moet dienend zijn aan die relatie. In de omgeving vinden de nodige veranderingen plaats. We hebben onze leden gevraagd welke veranderingen ze van belang vinden en wat dat betekent voor de zorg die ze krijgen of kunnen verlenen. Welke onderwerpen brachten ze het meest in verband met goede zorg?

PREVENTIE

Preventie krijgt in Nederland niet de prioriteit die het verdient. Preventie van gezondheidsklachten vergt een integrale aanpak op verschillende beleidsterreinen. Preventie is misschien nog wel het meest gediend met minder sociaaleconomische ongelijkheid. Preventie veronderstelt aandacht voor een gezonde leef- en werkomgeving. Daarna volgt het beleid om ongezonde leefgewoonten tegen te gaan en komen de vaccinatie- en screeningsprogramma's in beeld. De zuigelingenverzorging, de schoolarts, het welzijnswerk en de jeugdzorg voorkomen veel gezondheidsproblemen. Maar preventie moet ook gekoppeld zijn aan de curatieve zorg en de langdurige zorg. Er gebeurt veel, en vaak met succes, door een scala aan organisaties en hulpverleners. Van een brede preventieve overtuiging en een integrale aanpak is te weinig sprake. Dit is een hiaat in de huidige gezondheidszorg. Preventie kan meer bijdragen aan de kwaliteit van leven en de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen aanpakken. Preventie is ook belangrijk om zwaardere en duurdere zorg in de toekomst te voorkomen of uit te stellen.

Preventie is in hoge mate gediend met een integrale aanpak op regionaal niveau. Op regionaal niveau kan de gezondheidsdienst de gegevens verzamelen die nodig zijn om een integraal preventiebeleid te voeren. Gemeenten dragen nu verantwoordelijkheid voor een scala aan beleidsterreinen die relevant zijn: armoedebestrijding, huisvesting, onderwijs, thuisondersteuning, (jeugd)zorg en welzijn. Op regionaal niveau moet het mogelijk zijn om beter met de curatieve sector samen te werken. De huidige eerste en anderhalve lijn voorzieningen kunnen worden uitgebreid en vergroot met preventie- en voorlichtingsactiviteiten. Als dergelijke voorzieningen ook nog eens worden uitgebreid met dagbesteding en welzijnswerk is er sprake van een laagdrempelig gecombineerd zorg- en welzijnswerk met korte lijnen naar elkaar. Ook wijkteams, teams van generalistisch opererende professionals die in de wijken dichtbij en samen met burgers hun werk doen, zouden vanuit deze basis kunnen opereren. Gebleken is immers dat in wijken waar op meerdere thema's tegelijk interventies plaatsvonden, een positief effect op de gezondheid waarneembaar is. Ook in wijken waarin expliciet aandacht was voor gezondheid verbeterde de gezondheid van bewoners in relatief korte tijd. De mogelijkheden zijn er dus. De overtuiging ontbreekt nog.

Naast preventie van uitval is een versterkte inzet op duurzame inzetbaarheid nodig. Immers de levensverwachting stijgt de komende jaren verder en er zullen meer mensen met een chronische ziekte zijn zoals vastgesteld in SER-advies over chronisch zieke werkenden. Ook door de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd, waarbij rekening moet worden gehouden met verschillen in belastbaarheid tussen beroepen, neemt de noodzaak dat werknemers het fysieke en mentale vermogen hebben om actief te kunnen blijven alleen maar toe. Bovendien zorgen technologische ontwikkelingen er onder andere voor dat kennis steeds sneller veroudert. Het aantal afspraken in cao's over duurzame inzetbaarheid stijgt dan ook. Zo zijn er in de meeste cao's binnen zorg en welzijn kaders gesteld voor een zgn. generatiepact waarbij de oudere werknemer korter gaat werken. Daardoor kan hij beter herstellen van de inspanning en is het werk minder zwaar. En als meerdere ouderen dit doen, komt er een vaste plek vrij voor een jongere werknemer. Hierdoor kunnen oudere werknemers langer gezond en prettig kunnen doorwerken en meer jongeren een vaste baan krijgen.

ZORG OM DE MENSEN HEEN

Misschien wel het belangrijkste onderwerp dat met de leden werd besproken is hoe ze de decentralisatie nu hadden ervaren. Het valt dan op dat het kernidee, 'zorg om de mensen heen organiseren', meestal wel wordt gesteund. Gemeenten hebben daarin een rol te spelen. Men ziet het in de praktijk voorlopig alleen te weinig gebeuren. Op lokaal niveau worden veel ambities neergelegd in de wijk. Preventie, voorkomen van schulden, hulp aan vluchtelingen. Het wijkteam is een containerbegrip. De bedoeling is integraal en multidisciplinair samenwerken, waarbij het welzijnswerk moet zijn afgestemd met het zorgwerk. Goede netwerkverbanden vragen om goede organisatorische randvoorwaarden.

- De wijkteams moeten voldoende ruimte hebben voor maatwerk, met budget.
- Belangrijk is de laagdrempeligheid.
- De werknemers werken generalistisch, maar alle specialisten zitten in het team. Werknemers in de wijkteams moeten zich kunnen richten op hun werk en niet in de belangenstrijd komen tussen hun team, gemeente, zorgverzekeraar of zorgaanbieder waar ze bij komen.

De zorg voor de jeugd is een goed voorbeeld van een taak die in beginsel lokaal of regionaal moet worden georganiseerd en waarbij een integrale aanpak met onderwijs, kinderopvang, welzijnswerk, zorg, politie een grote meerwaarde heeft. Het is dus niet raar dat gemeenten daarin een belangrijke rol vervullen. De jeugdzorg heeft echter grote last van ondeskundigheid bij gemeenten en van de gevolgen van de aanbestedingen en de bezuinigingen. Organisaties voor jeugdzorg hebben te maken met een onvoorstelbare bureaucratie door aanbestedingen en door gemeenten die allemaal een eigen administratief systeem willen optuigen. De aanbestedingen zorgen voor onrust en gebrek aan continuïteit. Er wordt vooral op prijs geconcentreerd, waardoor de kwaliteit onder druk staat. Medewerkers zijn hun baan niet zeker en hebben een torenhoge werkdruk. De jeugdzorg dreigt te imploderen. Organisaties moeten een faire prijs en meerjarige zekerheid krijgen. Alleen dan kunnen de taken naar behoren worden uitgevoerd, kan worden geïnnoveerd, blijft de kwaliteit overeind en zijn de organisaties in staat de medewerkers voldoende zekerheid te bieden.

Ouderen blijven langer thuis wonen. Dat sluit aan bij de wens van mensen. Maar thuis blijven wonen, wordt nu te veel als een verplichting ervaren, zelfs als het niet langer mogelijk of wenselijk is om thuis te blijven wonen. Verzorgingshuizen verdwijnen en de bejaardenzorg die voorheen in het verzorgingshuis te vinden was, is niet een-op-een vervangen door zorg thuis. Als ouderen zo lang mogelijk in de eigen omgeving blijven wonen, moet worden geïnvesteerd in zorg en welzijnsfaciliteiten rond ouderen in de wijk. Zinnige activiteiten en participatie in de samenleving moeten ook op gevorderde leeftijd mogelijk zijn en worden gestimuleerd. Zoals iemand het verwoordde: "het moet elke dag de moeite waard zijn om op te staan". Langer thuis wonen veronderstelt ook dat de woningvoorraad meer geschikt wordt gemaakt voor mensen met een hulpvraag. Goede zorg thuis vraagt om een investering in professionele zorg en ondersteuning in huis, maar ook in faciliteiten in de wijk. Mensen moeten mee kunnen doen in de maatschappij op een waardevolle manier.

Sinds de invoering van de Wmo 2015 indiceren gemeenten een deel van de zorgvraag van inwoners. De invoering van de Wmo ging gepaard met een grote bezuiniging. Mensen krijgen niet de zorg waar ze behoefte aan hebben. Teveel wordt afgewenteld op mantelzorgers en vrijwilligers, terwijl er behoefte is aan professionele ondersteuning. De eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp wordt als extra belastend ervaren.

- Thuiszorg moet weer volgens landelijk eenduidige regels worden uitgevoerd op basis van kwaliteit.
- Er is behoefte aan vaste gezichten, continuïteit en stabiliteit. Aanbestedingen, concurrentie tussen zorgaanbieders en de willekeur van het gemeentelijk beleid werken in de praktijk niet en zorgen voor negatieve effecten.

VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

Ook als mensen langer thuis blijven wonen, kan het moment komen dat het echt niet meer gaat en verhuizing naar een verpleeghuis nodig is. De tendens tot langer thuis wonen is niet van vandaag of gisteren. Volgens het CBS waren er halverwege de jaren tachtig ruim 200.000 plaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen. Nu zijn dat er nog krap 150.000. Bij een vergrijzende en groeiende bevolking is het aantal mensen dat in een zorginstelling verblijft de afgelopen decennia dus afgenomen. Het gevolg is dat de mensen die nog wel in verpleeg- en verzorgingshuizen wonen, veel meer zorg nodig hebben dan dertig jaar geleden. Soortgelijke ontwikkeling hebben zich voorgedaan in

de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ. Het budget per bewoner is sinds de jaren tachtig telkens een beetje achtergebleven bij de stijgende zorgwaarde. Na dertig jaar is het resultaat de verschraving van de zorg, die nu wordt ervaren. Het opleidingsniveau van het personeel is geleidelijk gedaald, met name verpleegkundigen zijn moeilijk meer te interesseren in het werken in verpleeg- en verzorgingshuizen, handen aan het bed zijn verdwenen, dagbestedingsactiviteiten zijn beperkt en afdelingen zijn onderbezet, zeker 's nachts. Werknemers rapporteren een steeds hogere werkdruk, te weinig tijd voor cliënten en meer regeldruk en bureaucratie. Vrijwilligers en mantelzorgers worden soms verplicht om taken in de verzorging over te nemen. Er gebeurt echter ook veel goeds dat minder voor het voetlicht komt, maar dat wel door mensen wordt verteld. Verzorgenden en verpleegkundigen proberen het leven voor iedere bewoner zo goed mogelijk te maken.

Om de instellingen toekomstbestendig te maken, moet ingezet worden op;

- Norm voor personele bezetting
- De zorgwaarde-indicatie moet tijdig worden aangepast en de achterstand daarin moet worden ingelopen.
- Een goede functiemix met zorghulpverleners, verzorgenden en verpleegkundigen en welzijnsmedewerkers/ activiteitenbegeleiders
- Vertrouwen in en ruimte voor de professional
- Terugdringen van de bureaucratie
- Kleinschalig werken (ook in een grootschalige organisatie)
- Maatgericht werken
- Lage overhead
- Bouwen en verbouwen

En ja, er is ook meer geld nodig. De FNV denkt dat op den duur 2 miljard structureel nodig zal zijn om de negatieve spiraal om te buigen. We weten wel dat geld niet alles oplost, maar voldoende middelen is wel een noodzakelijke voorwaarde voor verbetering. Er is tijd nodig om voldoende personeel op te leiden en de zorg meer toekomstbestendig te maken. De extra middelen kunnen in jaarlijkse tranches aan het budget wordt toegevoegd. Een betrouwbare overheid is daarbij van het grootste belang voor zowel werkgevers, werknemers als bewoners.

CURATIEVE ZORG

De zorggebruikers onder onze leden willen bij voorkeur ook ziekenhuiszorg en intramurale GGZ dichtbij. Voor de beste specialistische zorg willen ze best afstanden overbruggen, maar dan moet de behandeling daar zo kort mogelijk duren en dan zo snel mogelijk terug naar een voorziening in de buurt om te herstellen. In de GGZ maakt e-health veel mogelijk. Ziekenhuismedewerkers wisten te vertellen dat de technologie het steeds meer mogelijk zal maken dat mensen eerder naar huis kunnen. Helaas geldt ook hier dat het voorlopig niet gebeurt. De mogelijkheden tot tijdelijke opname in lokale herstellingsoorden worden alleen maar minder. De thuiszorg kan de vraag niet aan. Huisartsenpraktijken dreigen overbelast te raken. Patiënten blijven noodgedwongen in het ziekenhuis, omdat er geen alternatief is. Er moet worden geïnvesteerd. Ketensamenwerking moet de regel worden en geen toeval.

FARMACIE

De kosten van geneesmiddelen vormen een belangrijk deel van het zorgbudget, ongeveer € 5 miljard. Nieuwe medicijnen zijn een van de belangrijke oorzaken van stijging van de zorgkosten. Door de macht van de farmaceutische industrie zijn de kosten lastig te beïnvloeden. Prijzen van reeds lang op de markt zijnde medicamenten blijven hoog doordat patenten worden verlengd middels "evergreening", iets in de samenstelling veranderen waardoor het patent kan worden vernieuwd.

Door de farmaceutische industrie wordt vaak gewezen op hoge ontwikkelkosten van nieuwe medicijnen. Opvallend

1 De integratie van technologie en diensten ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven.

2 Toekomst van ziekenhuiszorg, onderzoek FNV, juni 2016

daarbij is echter dat de kosten die worden gemaakt voor marketing hoger zijn dan die voor onderzoek en ontwikkeling. Daarnaast worden onderzoeken naar nieuwe medicamenten vaak via publiek gefinancierde universiteiten in gang gezet, maar vervolgens door de industrie op de markt gezet. Die industrie profiteert dan van de winsten. Een ander probleem is dat het financieel onaantrekkelijk is voor farmaceuten om geneesmiddelen voor zeer kleine doelgroepen patiënten te ontwikkelen. Mondiaal opererende farmaceuten zijn ten opzichte van een Nederlandse zorgverzekeraar en zeker ten opzichte van een voorschrijvende arts onvergelijkbaar van grootte en macht. Toch zijn er om die kosten te beheersen al een aantal stappen gezet. Zo zijn een aantal geneesmiddelen in Nederland inmiddels goedkoper dan bijvoorbeeld buurland België. Er kan echter nog meer worden bespaard op de prijs van medicijnen door gezamenlijke onderhandeling en -inkoop van ziekenhuizen op nationaal of zelfs Europees niveau. Nieuw-Zeeland kent bijvoorbeeld het "Kiwimodel" voor terugbetaling van geneesmiddelen waarbij de overheid openbare aanbestedingen uitschrijft. Slechts de prijs van het goedkoopste geneesmiddel dat alle nodige werkzame bestanddelen bevat in een vergelijking tussen alle merkartikelen en dat redelijkerwijs het beoogde resultaat zal geven, wordt vergoed. In Nieuw-Zeeland is een overheidsinstantie, PHARMAC verantwoordelijk voor de uitvoering. Nog een stap verder gaat het idee om op Europees niveau ontwikkelen van nieuwe medicijnen of goede alternatieven voor bestaande medicijnen door aan de overheid gelieerde instituten.

TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN

De komende jaren zal de zorg niet alleen in de ziekenhuizen belangrijke technologische ontwikkelingen meemaken. Digitalisering, domotica¹, robots, apps om waarden te bepalen en gezondheid te monitoren. Het tempo waarin dat gaat gebeuren valt lastig te voorspellen². Het valt op dat onze leden weliswaar onzeker, maar ook niet erg negatief over de technologie zijn. Het kan de zorg verbeteren en minder belastend maken bij onderzoek en behandeling van patiënten. Leden in de zorg hopen vooral dat het werk minder zwaar wordt. Dit kan een gunstig effect hebben op het ziekteverzuim en vervolgens ook op de personele bezetting. Maar algemeen was de overtuiging dat zorg mensenwerk is en blijft. Aandacht en betrokkenheid kunnen hooguit mondjesmaat door technologie worden geleverd. Misschien komt er wel meer ruimte voor. Een en ander vraagt om strategisch personeelsplanning en investeren in opleidingen om iedereen in zorg en welzijn op de toekomst voor te bereiden.

3 ARBEIDSMARKT ZORG EN WELZIJN

In zorg en welzijn werken momenteel ruwweg 1,2 miljoen mensen, verdeeld over 13 branches vallend onder 13 grotere cao's. In de verplegende en verzorgende beroepen betreft het 80 procent vrouwen. Die mensen zijn bepalend voor de kwaliteit van zorg. Het is nodig dat er genoeg mensen voor zorg en welzijn kiezen en die mensen moeten op de juiste manier worden opgeleid. Er is vermoedelijk geen sector waarbij de arbeidsmarktontwikkelingen zo nauwgezet worden gemonitord als zorg en welzijn, bijvoorbeeld door AZW (www.publicatiesarbeidsmarkt-zorgenwelzijn.nl). Dat is nodig omdat de sector voortdurend te maken heeft met structurele veranderingen en met politieke ingrepen.

De arbeidsmarkt in zorg en welzijn wordt van oudsher gekenmerkt door een cyclus waarbij tekorten worden afgewisseld met overschotten. De zorg was jarenlang een banenmotor. In de zorg was je bijna zeker van werk. Door de ingrepen van het kabinet Rutte 2 is de laatste jaren sprake geweest van een ongekende krimp van de werkgelegenheid in zorg en welzijn. Ruim 75.000 werknemers in zorg en welzijn verloren hun baan. De nadruk lag bij de thuiszorg, maar ook in ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, jeugdzorg, apotheken en instellingen voor gehandicapten-zorg waren mensen hun baan niet zeker. Tegelijk wist iedereen dat structurele ontwikkelingen als de vergrijzing en uitbreiding van behandelmogelijkheden in de toekomst tot meer zorgpersoneel zouden nopen. Iedereen weet dat veel mensen in zorg en welzijn binnen afzienbare tijd met pensioen zullen gaan.

Het omslagpunt is bereikt. Het UWV meldt in haar meest recente factsheet (maart 2017) personeelstekorten in de ziekenhuizen en de ouderenzorg. Het gaat niet alleen om een tekort van personeel met hogere opleidingen, maar op alle niveaus. Het beroep op een hoger opleidingsniveau door zorgaanbieders en ministerie en de landelijke bezuinigingen hebben geresulteerd tot het massaal ontslaan van zorghulpverleners en helpenden. Deze mensen stroomden veelal de sector uit. Mbo-opleidingen werden stopgezet of ondergebracht in een algemene opleiding. Het aantal aanmeldingen voor de opleidingen voor, basis-, regie- of ziekenhuis-verpleegkundigen blijft ver achter bij de vraag. Berekeningen van het CPB (Notitie 16 februari 2017. Bezettingsnorm voor de verpleeghuiszorg)³ geven aan dat er 70.000 extra medewerkers in de zorg nodig zijn. Tot en met 2022 is de prognose dat er 200.000 werknemers (vervanging en extra) in de zorg nodig zijn.

Er is te weinig gedaan om mensen op alle functieniveaus voor de zorg te behouden en om voldoende mensen op te leiden. Er is te weinig gedaan om werken in de zorg aantrekkelijk te houden. Mensen in de zorg ervaren een hoge werkdruk, te veel bureaucratie en hebben te weinig tijd om de zorg te verlenen die ze nodig vinden. Werkzekerheid en arbeidsvoorwaarden zijn aangetast. Werk en privé raken steeds meer uit balans en het personeelsbeleid biedt onvoldoende mogelijkheden om te werken aan duurzame inzetbaarheid. Er moet een omslag komen.

In juli 2017 heeft de FNV de arbeidsmarktagenda "aan het werk voor ouderen" 2023 ondertekend. Het doel van de arbeidsmarktagenda is het personeelstekort tot 2023 aan te pakken. Dit is volgens de FNV niet alleen een zaak van het opleiden van nieuwe werknemers in de zorg. De mensen die in de voorgaande jaren ontslagen zijn, moeten de kans krijgen terug te keren in de zorg. De zorg voor ouderen verandert, maar om hier een goed antwoord op te geven zal er voldoende personeel moeten zijn. De FNV zet in de arbeidsmarktagenda in op vaste banen, goede arbeidsvoorwaarden en een passend loon, de echte banen agenda. Dit voor alle functieniveaus in de zorg.

WERKZEKERHEID

We willen dat werknemers in de zorg een echte baan krijgen. We willen dat werknemers die vanwege bezuinigingen zijn ontslagen, weer de kans krijgen om terug te keren in de zorg in een echte baan. Ook is het tijd voor een betere beloning. De komende jaren zal de arbeidsmarkt krappere worden. De salarissen van zorgmedewerkers moeten ten minste concurreren met die in andere branches. Het CPB en de politieke partijen rekenden in aanloop naar de verkiezingen van 2017 nog met een loonontwikkeling van 1 procent per jaar voor de komende kabinetsperiode. Alleen al de inflatie zal naar verwachting het dubbele bedragen. De politiek moet rekening houden met een forse financiële

injectie om de arbeidsvoorwaarden in de zorg, in een krapper wordende arbeidsmarkt, concurrerend te houden en zo voldoende personeel te behouden en naar de zorg te trekken.

Met de Jeugdwet, de Participatiewet en de verdere overgang van zorg uit de AWBZ naar de WLZ, Zorgverzekeringswet en WMO is een grote transitie en transformatie ingezet van de organisatie van zorg en welzijn in Nederland. Op zich wordt de transitie naar zorg om de mensen heen breed gedeeld, maar de manier waarop maatregelen zijn doorgevoerd verdient geen schoonheidsprijs. Door de bezuinigingen en doordat werk steeds vaker wordt aanbesteed zijn zorgorganisaties in de knel gekomen. Dat gaat ten koste van de kwaliteit van de zorg en van het personeel. De FNV wil dat er wordt geïnvesteerd in de zorg om mensen. Dat wordt nagedacht over de manier waarop deze zorg wordt georganiseerd en wat dat betekent voor het arbeidsmarktbeleid. Als de ziekenhuizen capaciteit gaan afstoten en zich steeds meer beperken tot hoogtechnologische zorg, dan heeft dat gevolgen voor het personeelsbeleid. Misschien wel de belangrijkste conclusie uit het onderzoek naar de toekomst van de ziekenhuissector is dat ziekenhuizen zelden of nooit een strategisch personeelsbeleid hebben ontwikkeld. Ze kijken zelden verder vooruit dan enkele jaren. Wat geldt voor de ziekenhuizen, geldt voor de meeste zorginstellingen. Misschien niet vreemd als gemeenten en zorgverzekeraars niet verder kijken dan het contract voor volgend jaar. Dat moet anders.

OPLEIDING

Vaak wordt de nadruk gelegd op de behoefte aan steeds hoger opgeleid personeel. Steeds meer ouderen en chronisch zieken maken de zorgvraag complexer. De technologie verwacht meer vooropleiding. Waar nodig moet er meer personeel op niveau 5 en 6 komen. Maar het moet niet worden overdreven. Basiszorg blijft nodig ongeacht zorgzwaarte, ook in het ziekenhuis. Het werk voor zorghulp en helpenden blijft bestaan. Het is ook niet reëel om te verwachten dat het grootste deel van de verzorgenden en de verpleegkundigen hoogopgeleid zal zijn. De verpleegkundige niveau 4 blijft de ruggengraat van de verpleging. De FNV vindt dat iedereen die werkt in de zorg ook in de toekomst moet kunnen blijven werken in de zorg.

ECHE BANEN

De bezuinigingen en aanbestedingen hebben ontwikkelingen in gang gezet die op andere delen van de arbeidsmarkt al eerder zichtbaar waren. Arbeid moest zo goedkoop en zo flexibel mogelijk worden. Zorginstellingen hebben mensen ontslagen, mensen overgezet naar flexcontracten en mensen de keuze gegeven: verder als zelfstandige of ontslag. Nieuwe vacatures worden vervuld door mensen met tijdelijke en/of kleine dienstverbanden, waar je niet van kunt leven. Dat gaat niet alleen ten koste van inkomen en zekerheid voor het zorgpersoneel. Het is zo ook moeilijk om de kwaliteit te handhaven en tot een samenhangend zorgaanbod te komen.

Eén belangrijke stap in het stoppen van de race-naar-beneden is gezet. Per juni 2017 is een AMvB inwerking getreden, die aanvullend op de Wmo, de gemeenten verplicht om bij aanbestedingen een reële prijs af te spreken.

Vervolgens hebben sociale partners en VWS afspraken gemaakt over de invoering van een nieuwe loonschaal voor thuiszorgers, een verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Deze stap is niet voldoende om te komen tot "echte banen". Ook flex en onzekere banen moeten worden teruggedrongen. Flex en zelfstandige arbeid hebben zeker een plaats in de zorgsector. Ook in de zorg moeten ziek en piek worden opgevangen. Er zijn altijd al zelfstandig verpleegkundigen en therapeuten geweest die hun diensten op een particuliere markt aanboden. Zelfstandigen moeten een leefbaar tarief kunnen afspreken, ze hebben behoefte aan voldoende onderwijs en ontwikkeling, aan zekerheid bij ziekte en de opbouw van een pensioen. Maar het vaste arbeidscontract, "een echte baan", moet regel zijn. Dat is goed voor de mensen en het is goed voor de zorg. De FNV wil daarover afspraken maken met werkgevers. Maar aan de basis ligt natuurlijk de noodzaak tot investeren in zorg.

VAKMANSCHAP

Zorgverleners worden al jaren geconfronteerd met een nog steeds groeiend aantal regels, protocollen en verantwoordingssystemen. Enerzijds worden die veroorzaakt door de vraag van onder meer zorgverzekeraars en inspectie naar transparantie en meetbaarheid. Anderzijds is er een sterke financiële sturing en is er een verantwoordings- en indekultuur ontstaan.

1 Leon van der Elsen, Goed voorbeeld doet goed zorgen, maart 2017, in opdracht van FNV Zorg & Welzijn

Dit alles maakt de zorgverlener vooral volger van protocollen die zo'n 40% van zijn werktijd bezig is met administratie en daardoor steeds minder tijd heeft voor datgene waarvoor hij of zij is opgeleid: behandelen of verplegen van patiënten. In een onderzoek van Leon van der Elsen (Goed voorbeeld doet goed zorgen, maart 2017) in opdracht van FNV Zorg & Welzijn⁴ wordt geconcludeerd dat mensen die motivatie hebben voor de publieke zaak meer betrokken zijn en daarin hun professionaliteit moeten kunnen leggen. "Een belangrijke conclusie voor de vakbeweging uit dit onderzoek: begeleid werknemers in zelfredzaamheid.

FNV Zorg en Welzijn wil het vakmanschap en professionaliteit weer centraal stellen. De verantwoordingsdrang en regeldruk terugdringen. Meer zeggenschap over het eigen werk. Verantwoordelijkheid in plaats van verantwoording.

WERKDRUK

Werkdruk is een thema dat helaas onlosmakelijk bij Zorg & Welzijn lijkt te horen. De laatste jaren nemen de klachten over steeds hoger wordende werkdruk weer fors toe. Zo gaven 89% van de verpleegkundigen in een enquête van de vakbond (2014) aan, de werkdruk te hoog te vinden. De zorgzwaarte neemt toe, de regeldruk neemt toe maar dit is niet terug te vinden in verruiming van de personeelsformatie. Tijd voor de patiënt, tijd voor scholing, tijd om even bij te komen: het schiet er allemaal bij in. De hoeveelheid werk en het tekort aan tijd leidt tot stress en verzuim. Bovendien zorgt de krappe personeelsformatie tot onveilige situaties.

Uit enquêtes van FNV Zorg en welzijn (2014, 2016) blijkt dat een steeds grotere groep zorgverleners, in 2016 wel 47%, een baan buiten de zorg overweegt, juist vanwege die werkdruk. Als veel zorgverleners de sector verlaten stijgt de werkdruk voor de achterblijvers nog meer waardoor er een spiraal ontstaat. Ook van der Elsen concludeert in zijn rapport "Goed voorbeeld doet goed zorgen, maart 2017": Ook is een goed evenwicht nodig tussen de werklust van een team en de personele bezetting" en legt een verband tussen werkdruk en de (on)mogelijkheden tot vakmanschap.

Naast goede arbeidsvoorwaarden moeten goede arbeidsomstandigheden, met name de werkdruk hoog op de vakbondsagenda blijven te staan.

WAT MOET ER VERANDEREN?

Werken in de zorg wordt aantrekkelijker door een goed salaris, verlaging werkdruk, vermindering bureaucratie en waardering van vakmanschap. Het personeel moet de gelegenheid krijgen de patiënt daadwerkelijk centraal te stellen. Vakmanschap moet worden ondersteund door mogelijkheden tot permanente ontwikkeling en opleiding. Dat houdt in;

- Fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden die ten minste gelijke tred houden met de algemene loonontwikkeling.
- Het vaste contract is regel.
- Robuuste arbeidsovereenkomsten.
- Verder terugdringen van flexibele banen en vervangen door interne flex met vaste banen.
- Zelfstandige arbeid waar dat toegevoegde waarde heeft en niet omdat het zo goedkoop is.
- Om beter op de ontwikkelingen in te kunnen spelen is strategisch personeelsbeleid en strategische personeelsplanning ook voor de lange termijn noodzakelijk.
- Om aan de (toekomstige) vraag te kunnen voldoen is het van belang om steeds voldoende personeel op te leiden en stagemogelijkheden te bieden. Er zijn veel meer stageplaatsen nodig.
- Het "generatiepact" inzetten om nieuwe banen voor jongeren mogelijk te maken en duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers te verbeteren.
- De steeds veranderende eisen aan vakmanschap veronderstellen structurele mogelijkheden tot permanente ontwikkeling en opleiding.
- Opscholing van zittend personeel waar dat mogelijk is.
- Functiedifferentiatie met bijbehorende opleidingen. De juiste persoon met de juiste competenties op de juiste plaats en tijd. Verhogen van niveau van opleiding is niet altijd het antwoord op veranderingen. Neem iedereen mee naar de toekomstige zorg.
- Handhaven van verpleegkundige niveau 4 zolang niet is aangetoond dat verplegen is voorbehouden aan

niveau 5 of 6.

- Inspelen op trends als eigen regie, kleinschaligheid en zorg op wijkniveau.
- Goede arbeidsvoorwaarden voor alle werknemers, dus ook de werknemers die werken in wijkteams/netwerken en daarbij wegnemen van tegenstrijdige belangen vanuit gemeenten, eigen organisatie en team/netwerk.
- Mantelzorgers en vrijwilligers zijn aanvullend op professionals, en mag niet leiden tot werkverdringing.

4 HET ZORGSTELSEL

Het Nederlandse zorgstelsel is in een bijna permanente staat van verandering. De laatste twintig jaar is in die veranderingen een aantal constanten te vinden: liberalisering, marktwerking, overdracht van verantwoordelijkheden naar lagere overheden en private partijen, herverdeling van lasten. In dit hoofdstuk wordt besproken hoe de FNV-leden de verandering hebben ervaren. Het stelsel wordt langs de meetlat gelegd van de doelstellingen die de FNV met zorg en welzijn heeft. En er wordt vastgesteld wat nodig is om verbeteringen vast te houden en de verslechteringen om te buigen. Voor een stelsel dat geacht wordt zekerheid te bieden, hebben de veranderingen opvallend veel onzekerheid gebracht.

HET ZORGSTELSEL LANGS DE MEETLAT

Al ruim twintig jaar geleden werd een begin gemaakt met liberalisering en marktwerking in de zorg. Liberalisering maakte het mogelijk dat gemakkelijker nieuwe zorgaanbieders werden toegelaten. Dat leverde de nodige cowboybedrijven op, maar ook instellingen als de Thomashuizen, Buurtzorg en kleinschaliger verpleeghuizen danken het bestaan aan die ontwikkeling. Kleine private klinieken zijn een bescheiden deel geworden van het Nederlandse ziekenhuislandschap. Soms leveren ze louter cosmetische zorg, vaker specialiseren ze zich in routine-ingrepen. Sinds het begin van deze eeuw is de marktwerking verscherpt. De marktwerking is wat de FNV betreft doorgeslagen. Concurrenieren is alleen goed op kwaliteit. Concurrenieren op prijs leidt tot uitholling van arbeidsvoorwaarden, de race naar beneden. Marktwerking heeft ertoe geleid dat instellingen en professionals eindeloos door gemeenten en zorgverzekeraars tegen elkaar worden uitgespeeld. Daarbij is geld leidend en veel minder de kwaliteit van de zorg. Ook heeft het vaak betekend dat de werkgelegenheid en de arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel onder druk kwamen. Mensen verliezen inkomen, werk en professionele vrijheid.

Mensen die in de zorg werken zijn betrokken en willen worden aangesproken en gewaardeerd op hun vakmanschap en professionaliteit. Dat geldt voor huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden, fysiotherapeuten en al die andere professionals in zorg en welzijn. Daarnaast houden zorgmedewerkers, net als de rest van de mensheid, een gezond oog op de materiële kant van hun werk. Daar is niets mis mee. Nu kan een zorgstelsel zo worden ingericht dat mensen ruimte krijgen voor hun vakmanschap en organisaties vooral op goede zorg worden aangesproken. We hebben het zorgstelsel echter zo ingericht dat gemeenten, verzekeraars, instellingen en soms ook professionals te veel op hun financiële belangen worden aangesproken. Het gevolg is dat gemeenten en zorgverzekeraars vooral financiële doelstellingen willen halen en weinig inhoudelijke visie hebben. Vervolgens sturen zorginstellingen op zorg die financieel het meest interessant is en kijken ze vaak ook niet verder vooruit dan het volgende administratieve jaar. Het resultaat kan zijn dat de professional zich gedwongen voelt te kiezen voor een code of zelfs een formele diagnose die het meeste geld en niet de beste zorg oplevert.

In één adem met marktwerking worden vaak bureaucratie en de bemoeienis van zorgverzekeraars en gemeenten met zorginhoudelijke onderwerpen genoemd. Een doorsnee zorgmedewerker is al gauw een kwart of meer van de tijd aan bureaucratie kwijt. Het is het gevolg van de stapeling van eisen die worden gesteld door de afdeling, de instelling, de beroepsvereniging, de zorgverzekeraar, de gemeente, de inspectie, enz. Voor een deel betreft het informatie die echt wel moet worden verzameld. Een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier is cruciaal. De burger heeft recht om te weten waar het geld naartoe gaat. Maar voor een belangrijk deel betreft het bureaucratische informatie die niets bijdraagt aan de kwaliteit of de doelmatigheid. Kwaliteit en doelmatigheid worden gemeten met afvinklijstjes die bitter weinig zeggen over de zorgpraktijk. Het is tijd voor een omkering van verantwoordelijkheden. De zorgprofessional en de patiënt/cliënt hebben kijk op het probleem dat moet worden opgelost en wat daarvoor nodig is. Deze informatie moet de basis zijn voor de zorg die wordt verleend. Regelmakers vanuit Den Haag, zorgkantoren en bestuurskamers van zorginstelling zitten te ver op afstand en zijn daar niet toe in staat.

Tien jaar geleden werden de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekeringen samengevoegd in de Zorgverzekeringswet. Het is een hybride constructie. Aan de ene kant is het een privaatrechtelijke regeling. Mensen zijn niet van rechtswege verzekerd, omdat ze in Nederland wonen, zoals in een publiekrechtelijk systeem. Dat was de situatie in de Ziekenfondswet en zo is het in de landen om ons heen nog steeds geregeld. In plaats daarvan

hebben mensen in Nederland nu de plicht een zorgverzekering af te sluiten bij één van de private, concurrerende verzekeraars. Aan de andere kant kent de Zorgverzekeringswet regelgeving die regelrecht uit de Ziekenfondswet kwam: acceptatieplicht door verzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie, een opgelegd basispakket, enz. enz. De bedoeling was dat concurrentie zou zorgen voor kostenbeheersing en kwaliteit. De regelgeving zou solidariteit en daarmee betaalbaarheid (voor de burger) en toegankelijkheid garanderen. Het is niet meegevallen.

Aan de positieve kant staat dat de Zorgverzekeringswet een herverdeling van lasten teweegbracht. De leeftijdsafhankelijke premies van de particuliere verzekeringen verdwenen. Door de introductie van een inkomensafhankelijke heffing voor iedereen gingen de voormalig particulier verzekerden meer bijdragen aan de zorgkosten voor mensen met een lager of middeninkomen. De premies voor de ziekenfondsverzekerden werden hoger maar dat werd gecorrigeerd door de zorgtoeslag. Helaas zijn die verbeteringen sindsdien door allerlei maatregelen weer aangetast. Er is zwaar bezuinigd op de zorgtoeslag, vooral ten koste van de middeninkomens. Pakkettingrepen en het hoge eigen risico hebben de solidariteit tussen ziek en gezond weer verminderd en de lasten verhoogd.

De zorgkosten zijn meer dan noodzakelijk blijven stijgen ten laste van iedereen. De concurrentie tussen verzekeraars betekende vooral hoge kosten voor reclamespotjes en ondoorgrondelijke polissen. Door het privaatrechtelijke karakter moesten de zorgverzekeraars 10 miljard aan reserves opbouwen, terwijl ze naar eigen zeggen maar zeer beperkte risico's lopen. Het stelsel heeft niet bijgedragen aan het verminderen van nodeloze kostenstijgingen. De kostenstijging kwam pas onder controle toen de minister enkele jaren geleden teruggreep naar het aloude instrument van centrale afspraken over de zorguitgaven.

De afgelopen jaren werd de ontwikkeling naar zorg om de mens heen in gang gezet. De richting wordt breed gedeeld, ook door de leden van de FNV. Maar door de haastige uitvoering, forse bezuinigingen en de maximale gemeentelijke beleidsvrijheid is voorlopig vooral onzekerheid gecreëerd. Veel mensen zijn hun zorg kwijt. Ruim 75.000 zorgmedewerkers zijn ontslagen en vele anderen hebben arbeidsvoorwaarden ingeleverd. Verschillen die te maken hebben met lokale politieke verhoudingen of lokale financiële mogelijkheden zijn niet uit te leggen en ongewenst. Mensen willen ook niet dat het een verplichting is om thuis te blijven wonen als het niet meer gaat. De toegang en de kwaliteit van het verpleeghuis zijn een grote zorg. Voor een deel zijn dat overgangsproblemen. Voor een deel zijn het problemen die inherent zijn aan het gekozen stelsel.

Alle stelselwijzigingen hebben de zorg voor de burger alleen maar onoverzichtelijker gemaakt. In plaats van minder, zijn er meer instanties en scheidslijnen gekomen. Zodra de zorgbehoefte wat groter wordt, weten mensen vaak niet waar aan te kloppen. Wie langer thuis blijft wonen krijgt te maken met medewerkers van de gemeente, het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, het CAK en de zorgverleners die ze contracteren. Een paar aanbestedingsrondes verder, kan dat trouwens weer om heel andere zorgverleners gaan. Dat kan eenvoudiger.

Bij internationale vergelijkingen staat het Nederlandse zorgstelsel soms bovenaan lijstjes van zorgsystemen, soms juist niet, afhankelijk van welke criteria worden gebruikt. Nederland scoorde goed als het gaat om het criterium 'toegankelijkheid van de zorg'. Geld of afstand hebben weinig invloed op het zorggebruik. Of moeten we zeggen 'hadden' weinig invloed. Uit de gesprekken met onze leden blijkt dat die zich met reden zorgen maken over de betaalbaarheid van hun zorg. Dan bedoelen ze of ze het zelf nog kunnen opbrengen. De politiek is te veel gefixeerd op de betaalbaarheid van de zorg voor de overheid en heeft te weinig oog gehad voor de lasten van individuele burgers. Door allerlei maatregelen van de laatste jaren kunnen de zorgkosten voor mensen, die buiten hun schuld, te maken hebben met een grote zorgvraag, behoorlijk oplopen en ondraaglijk worden, zoals bijvoorbeeld voor chronisch zieken. Er is fors bezuinigd op de zorgtoeslag. Door pakketverkleiningen moeten mensen allerlei zorg, van fysiotherapie voor chronisch zieken tot thuiszorg, zelf betalen of zich zien bij te verzekeren. De eigen betalingen zijn fors verhoogd met het eigen risico in de Zorgverzekeringswet als meest beruchte voorbeeld. Maar mensen vertellen ook dat je pas bij de apotheek weet of een geneesmiddel helemaal wordt vergoed. Tegelijk zijn compensatieregelingen voor mensen die hoge zorgkosten maken, afgebouwd. Onze leden lepelden probleemloos lijstjes op van kosten die flink optellen en die we nooit terugvinden in de Haagse koopkrachtplaatjes. Mensen bouwen problematische schulden op. Het beeld wordt ondersteund door onderzoek van het Nibud. En ook de medewerkers van zorginstellingen en zorgverzekeraars constateren dat mensen soms afzien van noodzakelijke zorg. Geld is tegenwoordig wel van invloed op de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg. Dat kan de bedoeling niet zijn.

WAT MOET ER VERANDEREN?

In vergelijking met de huidige situatie is er in het stelsel vooral behoefte aan minder marktwerking en meer samenwerking. We hebben gezien dat er veel mogelijkheden zijn om de zorg te verbeteren door samenwerking op regionaal niveau maar dat mensen het niet zien gebeuren. De politiek heeft een systeem gecreëerd dat vol zit met tegenstrijdigheden. De Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door landelijk werkende zorgverzekeraars die geacht worden ieder voor zich in de regio afspraken te maken met zorgverleners, desnoods dwars door samenwerkingsverbanden heen. Met de veranderingen in de langdurige zorg hebben gemeenten, zorgorganisaties en ja, ook de verzekeraars, juist de opdracht gekregen een regionaal zorgstelsel op te zetten. Die opdracht wordt gebruikt om eigen beleid op gezondheidszorg te bepalen. Die dubbele besturingslogica moet eruit, beleidsbepaling en uitvoering moet gescheiden worden.

Het stelsel tendeert ook al die kant op. Ziekenhuizen hebben vaak een regionale monopoliepositie of werken intensief samen. Huisartsen mogen alweer collectief onderhandelen van de mededingingsautoriteit. De zwakkere partijen in bijvoorbeeld de thuiszorg en de GGZ worden in aanbestedingen door gemeenten en zorgverzekeraars nog wel hardhandig tegen elkaar uitgespeeld. Daar moeten we dan ook maar een einde aan maken. Waar nog wordt aanbesteed, worden effectieve voorwaarden gesteld aan de kwaliteit van zorg en welzijn en aan de zekerheid voor het personeel.

Voor de FNV moet het zorgstelsel beantwoorden aan de volgende eisen;

1. Zorg organiseert zich primair op regionaal niveau, maar gespecialiseerde zorg heeft een veel groter bereik: landelijk wat landelijk moet. Sommige zaken gaan zelfs het landelijk niveau te boven. Onderhandelingen met de multinationals van de farmaceutische industrie of de fabrikanten van medische apparatuur moeten landelijk of zelfs internationaal worden gevoerd. De overheid kan druk op de industrie zetten door zelf geneesmiddelen te ontwikkelen en beschikbaar te stellen tegen aanvaardbare prijzen. Ook daarbij is internationale samenwerking gewenst, maar dat hoeft niet te worden afgewacht. De overheid stelt al budgetten beschikbaar voor medisch onderzoek. Die middelen kunnen gericht worden ingezet en er kunnen eisen worden gesteld aan de uitbating van op die wijze ontwikkelde therapieën. Het stelsel moet dienend zijn aan goede zorg en goed werk in de zorg. De FNV wil daartoe het volgende in het stelsel veranderen. We willen naar een publiekrechtelijk stelsel. De kern van een publiekrechtelijk stelsel is dat mensen van rechtswege zijn verzekerd en niet pas nadat ze zich op eigen initiatief bij een privaatrechtelijke zorgverzekeraar hebben aangemeld. Samenwerken is vanzelfsprekend. Uiteindelijk staat de overheid garant voor het systeem, waardoor hoge reserves overbodig zijn. Dat betekent niet dat de uitvoering per se door de overheid moet gebeuren. De overheid bepaalt het beleid en de zorgverzekeraars voeren het beleid uit, zij bepalen het beleid niet. De FNV hecht aan de nodige afstand tussen de landelijke overheid als stelselverantwoordelijke en de verantwoordelijkheden van de uitvoerders. Waar die verantwoordelijkheden in één hand zijn, is de kans op problemen groot, zo leert de ervaring. Daarom vinden we het noodzakelijk dat er transparantie komt in afspraken tussen overheid en zorgverzekeraars én verzekeraars onderling.
Voor de invulling van een publiekrechtelijk stelsel staan verschillende modaliteiten open. De uitvoering kan worden opgedragen aan een nieuw regionaal bestuursorgaan met een eigen budgetverantwoordelijkheid. We kunnen ook de huidige privaatrechtelijke zorgverzekeraars omvormen tot publiekrechtelijke verzekeraars. Zo was dat geregeld in de Ziekenfondswet en zo is het nog steeds geregeld in de landen om ons heen. Een stelselaanpassing is één ding. De kern is misschien wel een verandering in denken. Dat kost tijd. De medewerkers van de huidige zorgverzekeraars worden meegenomen in die veranderingen.
2. Overeenkomsten met zorgverleners en zorginstellingen over budget, volume en prijzen worden voor een langere termijn afgesloten. Dat geeft alle partijen de noodzakelijke rust en stabiliteit voor de uitvoering van de zorg. Zorginstellingen leggen verantwoording af over de kwaliteit van zorg, het volume en de kosten die ze maken. Dat gebeurt op basis van vertrouwen vooraf, lage bevoorschotting en boetebedingen horen hier niet bij. Binnen zorginstellingen zorgt vertrouwen in medewerkers voor betere zorg en minder kosten.
3. Echte banen voor zorgmedewerkers. Het vaste arbeidscontract is regel. Flexwerk en zelfstandige arbeid hebben een zinnige functie in de zorg en worden niet misbruikt om mensen zo goedkoop mogelijk te laten werken. Alle werkenden worden in staat gesteld hun kennis bij te houden, zo nodig om te scholen en hun werk veilig te doen. Fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden die ten minste gelijke tred houden met de algemene loonontwikkeling.

4. Betalen naar draagkracht via belastingen en inkomensafhankelijke premies. Een nominale premie kan een plek hebben als financieel ventiel, zodat de uitvoerders niet volledig afhankelijk zijn van een door hogerhand vastgesteld budget. Als de nominale premie alleen dat doel moet dienen, kan de premie worden gemaximeerd op een niveau dat de zorgtoeslag overbodig maakt. De invulling kan zonder onbehoorlijke inkomenseffecten gebeuren. Daarvoor bestaan verschillende wegen. De premie en de zorgtoeslag kunnen één op één worden omgezet in een inkomensafhankelijke bijdrage. Het is ook mogelijk de rijksbijdrage aan het systeem te verhogen en zo de vaste premies te verlagen of zelfs af te schaffen. De werkgeversbijdrage wordt niet hoger of lager.
5. Integraal stelsel van eigen betalingen getoetst op draagkracht en toegankelijkheid. De inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor langdurige zorg deugen, maar zijn nu soms aan de hoge kant. Het oerwoud aan eigen bijdragen uit de Zorgverzekeringswet schept onzekerheid en moet worden uitgedund. Het eigen risico gaat ten koste van de toegankelijkheid en jaagt chronisch zieken op kosten. Het eigen risico wordt daarom afgeschaft.
6. Reële kostenramingen collectieve zorguitgaven. Daarnaast is de komende jaren een extra investering nodig in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg. Als mensen langer thuis blijven wonen, dan moet dat ook mogelijk worden gemaakt door te investeren in de thuiszorg. De beschikbare middelen voor de verpleeghuiszorg lopen structureel achter bij de stijgende zorgvraag van de bewoners. Daar moet een inhaalslag worden gemaakt. In thuiszorg en verpleeghuiszorg gaat het zowel om de capaciteit als de kwaliteit van de zorg.
7. Noodzakelijke zorg hoort in een duidelijk omschreven basispakket, er kan geen sprake meer zijn aan een onoverzichtelijk woud aan polissen. Het pakket wordt uitgebreid met een zinnige regeling fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen. Momenteel is de GGZ onderdeel van het pakket met uitzondering van de jeugdpsychiatrie. De jeugdpsychiatrie hoort een verzekerd recht te zijn en hoort dus in het basispakket. Het pakket wordt duidelijk omschreven.
8. Welzijn, begeleiding, huishoudelijke zorg en jeugdzorg horen in het lokale domein. Maar cliënten en medewerkers krijgen meer zekerheid door herstel van de compensatieplicht voor gemeenten en het oormerken van zorggeld. Marktwerving wordt teruggedrongen ten gunste van samenwerking. Waar nog sprake is van selectiecriteria, moeten effectieve voorwaarden worden gesteld aan de kwaliteit van zorg en welzijn en de zekerheid voor het personeel.

