

Herinrichting van het zorglandschap van de langdurige zorg

Het beleid

Twee nieuwe en twee gewijzigde wetten, die per 1 januari 2015 van kracht worden, zullen leiden tot grote veranderingen in het zorglandschap van de langdurige zorg.



Feitenblad

Zorgmonitor
Groningen

'Meer met minder'

Het Kabinet wil met de hervorming van de langdurige zorg:



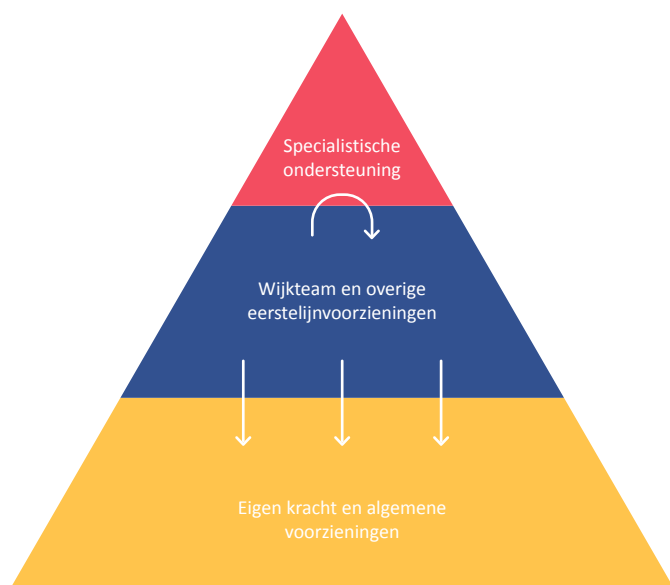
de kwaliteit van de langdurige zorg en ondersteuning vergroten



de zelf- en samenredzaamheid versterken



de financiële houdbaarheid van het stelsel veilig stellen



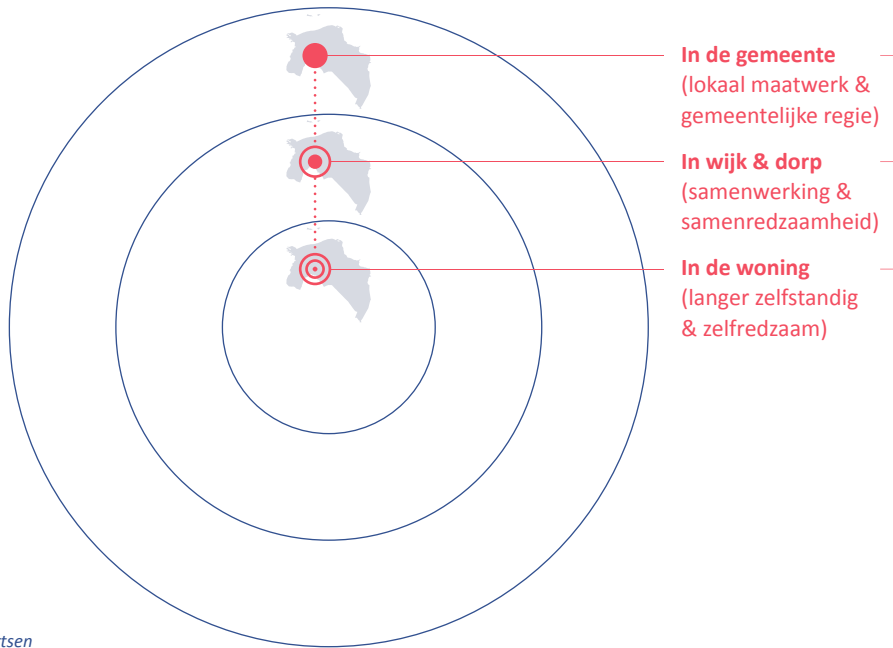
De piramide van het sociaal domein

De genoemde doelen kunnen gelijktijdig worden gediend als duurdere vormen van zorg worden vervangen door vormen die minder beslag leggen op collectieve middelen. **De pijlen in de piramide geven de beweging weer die wordt beoogd.** (Hoe lager in de piramide, hoe 'gewoner' en goedkoper de voorziening). Op dit moment wordt ongeveer de helft van het totale budget in het sociale domein besteed aan specialistische ondersteuning.

- ▲ tweedelijnsvoorzieningen
- ▲ (kortdurende) ondersteuning
- ▲ reguliere leven

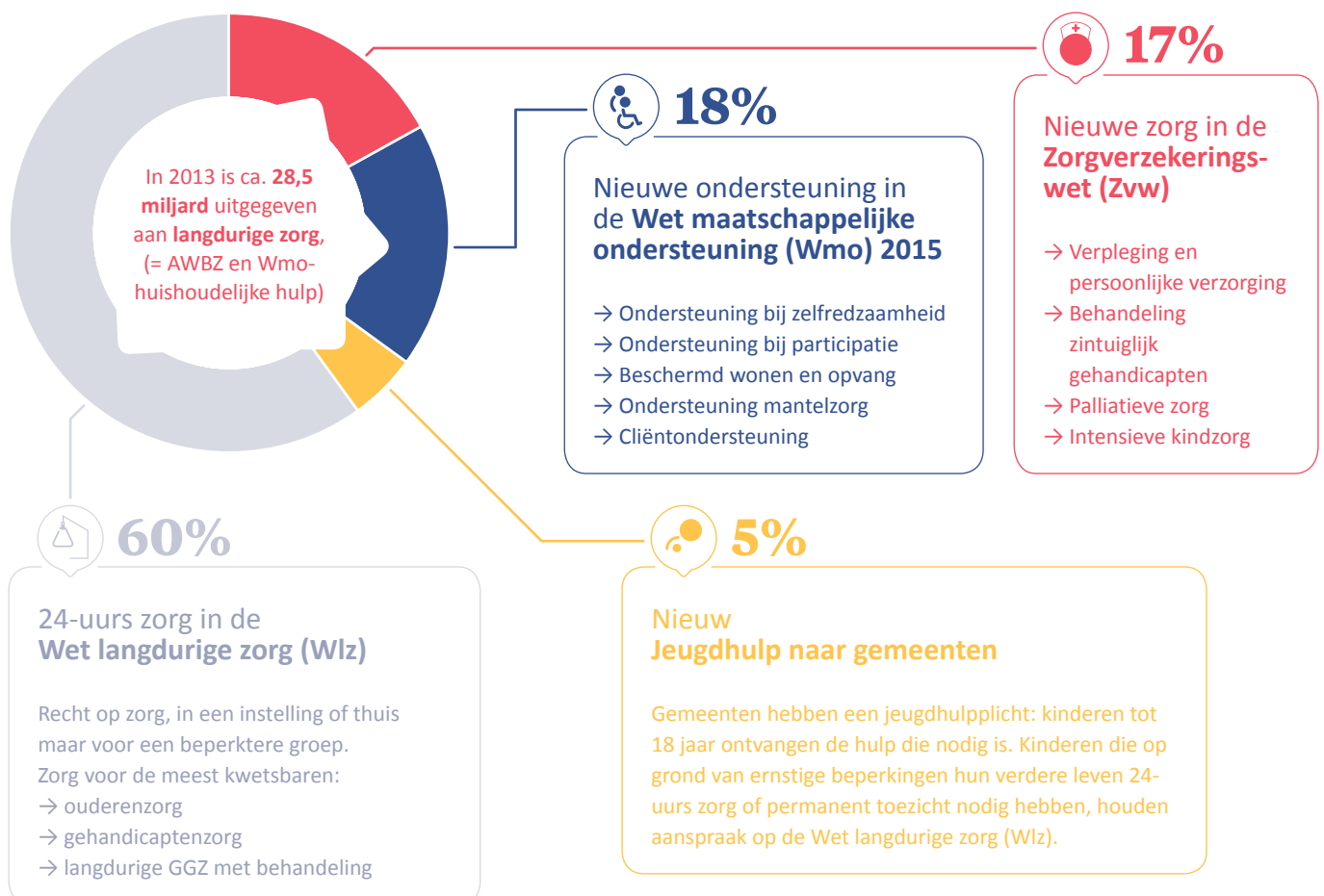
Consequenties voor het zorglandschap

Een consequentie van de hervorming van de langdurige zorg is dat mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben deze vaker thuis zullen ontvangen en vaker van niet-beroepsmatige zorgverleners. Idealiter kan daarbij een beroep worden gedaan op voorzieningen 'dichtbij', in de wijk. Maar de ontwikkeling van dergelijke voorzieningen staat nog in de kinderschoenen. Sommigen¹ vrezen dat de mantelzorg vaker overbelast zal raken en dat mensen zonder netwerk in de knel komen. Onzeker is welke rol de huidige (grote) zorgaanbieders van intramurale zorg gaan spelen. Gemeenten vervullen bij dit alles een sleutelpositie, zij hebben de regie te voeren.



¹ Bijvoorbeeld huisartsen, in een peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Huisartsen verwachten ook dat het beroep op de huisartsenzorg zal toenemen door het langer zelfstandig wonen.

Het wettelijk kader voor de langdurige zorg, op hoofdlijnen



Consequenties voor het zorglandschap



fysiek



in actoren



in geld

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | gemeenten: meer regionaal samenwerken | | verschuiving van budget naar 'lager in de piramide' | |
| leegstand, ander gebruik en evt. sluiting van woonzorg- locaties en dag- bestedings- locaties | | burgers: minder mensen aan het werk in de zorg | | | |
| nieuwe woon- vormen (geclusterd, mantelzorg- woningen, meer-generatie- woningen, etc) | | sociale teams: integraal (samen) werken, dichtbij de burger | wijkverpleeg- kundigen: verbinden medisch & sociaal domein | krappere budgetten, m.n. in duurder vormen van zorg | |
| meer 'algemene' voorzieningen en services (voor eten, wassen, strijken, dag- besteding, etc) | | burgers: meer initiatief en (vrijwillige) inzet voor mede- burgers | zorginstellingen: gemiddeld zwaardere zorg leveren | | |
| meer woning- aanpassingen | | burgers/zorg- vragers: meer eigen regie en verantwoordelijk- heid | | meer zelf betalen (eigen bijdragen, premies, etc) | |
| gebruik (i-)technologie | | familie, vrienden, buren: meer informele zorg | | | |

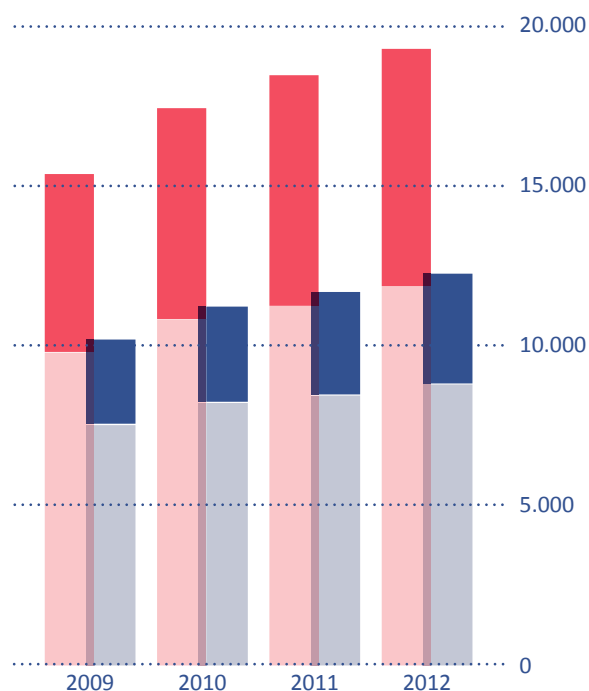
Via de Zorgmonitor Groningen wordt gevolgd in hoeverre de genoemde consequenties gemarkeerd met een  zich daadwerkelijk gaan voordoen. De inzet is om de ontwikkelingen in het zorglandschap te laten zien, op basis van een beperkt aantal indicatoren.

Ontwikkelingen in het gebruik van AWBZ-zorg

De hervorming van de langdurige zorg betekent een trendbreuk: de gebruikers van AWBZ-zorg zonder verblijf (extramuraal) zijn vanaf 2015 aangewezen op de Wmo of de zorgverzekering. De zorg met verblijf (intramuraal) verliest het beschermd wonen (voor mensen met psychiatrische beperkingen) en krijgt te maken met verminderde nieuwe instroom van mensen met een relatief lichte zorgvraag. De 'plaatjes' van het zorggebruik zullen er dus heel anders uit komen te zien.



Aantal geldige AWBZ-indicaties in de provincie Groningen op 1 januari van vermelde jaren voor zorg zonder en met verblijf



Tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2012 is het aantal mensen dat in de provincie Groningen AWBZ-zorg krijgt jaarlijks toegenomen. In de zorg zonder verblijf deed zich een sterkere groei voor dan in de zorg met verblijf. Onder de gebruikers van AWBZ-zorg zijn mensen met een laag inkomen oververtegenwoordigd. Dit geldt het sterkst voor de zorg met verblijf. Op 1 januari 2012 ging 71% van deze zorg naar de 30% laagste inkomens. Bij zorg zonder verblijf was dat 61%. Wel zien we dat het aantal indicaties voor zonder verblijf in de periode 2009 tot 2012 sterker is gegroeid bij de hoogste dan bij de laagste inkomens.

Bron: Monitor Langdurige Zorg CBS, bewerking Sociaal Planbureau Groningen

Samenvattend:

Het (rijks)beleid voor de hervorming van de langdurige zorg beoogt kostenbesparing en kwaliteitsverbetering. De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteitsverbetering is in handen gelegd van gemeenten en – in mindere mate – zorgverzekeraars. Maar de gewone burger moet ook aan de bak. Het zorglandschap zal komende jaren zeker veranderen – hoe snel en effectief dat gebeurt is nog onzeker. Mensen met een relatief laag inkomen zijn bij de hervorming het meest kwetsbaar. Zij zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van AWBZ-zorg en zullen vaak niet in staat zijn knelpunten op te lossen met eigen geld.

Bronnen:

Hervorming langdurige zorg, infographic, Ministerie van VWS, juli 2014

Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, Kamerbrief, vergaderjaar 2012-2013, 30597, nr 296, met bijlage, 25 april 2013

Ouderenzorg, Ledenpeiling Landelijke Huisartsen Vereniging, 22 maart 2014

Putters, Kim, Rijk geschakeerd, op weg naar de participatiesamenleving, Sociaal en Cultureel Planbureau, juni 2014

Samenhang in zorg en ondersteuning, Kamerbrief, vergaderjaar 2013-2014, 29538, nr 152, 4 maart 2014