

Thuiszorg nabij & beter

Visie op een andere thuiszorg

Visie



Business case



Het gonst de laatste tijd van de nieuwe ideeën over de thuiszorg. Overal in het land ontstaan initiatieven: iedereen is het er over eens dat er iets moet veranderen in de zorg. Financiële verliezen, verschraving en versnippering van de zorg, medewerkers die niet langer de motivatie voor hun werk kunnen opbrengen.... Zo kan het niet langer.

Wij, een groep grote en middelgrote zorgaanbieders in de verpleging, verzorging en thuiszorg, voegen er graag ons initiatief aan toe. Wij denken dat het een aanvulling vormt op andere plannen, omdat de insteek breder is.

Als start hebben wij dit visiedocument opgesteld waarin wij onze uitgangspunten benoemen. Direct daarna is elke organisatie aan de slag gegaan met een voorstel voor een concreet pilotproject. Veel van onze ideeën zijn snel in de praktijk te brengen. Een stelselherziening of andere grote ingrepen zijn daarvoor niet nodig.

Kern van onze visie is dat de thuiszorg weer dichterbij de klant, de wijk en de medewerker moet komen te staan. Dat is niet uniek voor onze visie, maar eerder de rode draad in bijna alle recente initiatieven. Wij denken dat we dit alleen waar kunnen maken, als er om de professionele medewerkers heen een organisatie staat die hen in staat stelt om hun werk te doen zoals het moet. Met de daarbij behorende vrijheid om zorg- en dienstverlening te bieden zonder te worden gehinderd door verschillende financieringsstromen of onnodige regelgeving en zonder prijsconcurrentie op terreinen waar die niets toevoegt.

U leest in dit document eerst over onze visie en daarna over de ingrediënten voor de business case die nodig is om de visie volledig in de praktijk te brengen.

Visie

Wij zijn van nabij & beter

Voor onze visie hebben we de naam 'Thuiszorg nabij & beter' gekozen. Het woord 'thuiszorg' geeft precies aan waar het om gaat: zorg bij mensen thuis. Bovendien kent bijna iedereen het begrip. Het woord 'nabij' geeft de kern aan van wat we willen bereiken: thuiszorg moet zich niet vervreemden van de klanten en van de medewerkers, maar moet juist dichtbij zijn. Het woord 'beter' kan in twee betekenissen worden gelezen. In de eerste plaats betekent het dat thuiszorg eraan moet bijdragen dat mensen zich beter voelen: prettiger, zekerder, gezonder. En in de tweede plaats: het moet beter dan het nu is. Daar richt onze visie zich op.

De visie, die we nu presenteren richt zich weliswaar vooral op de thuiszorg, maar daartoe willen we ons niet beperken. Onze uitgangspunten gelden ook voor cliënten, die in een zorginstelling verblijven. Kern blijft dat de cliënt zich thuis voelt en zich gerespecteerd voelt, ongeacht de plek waar hij woont.

In onze visie herkent u aspecten, die u ook in andere initiatieven tegenkomt. Wij zoeken zoveel mogelijk afstemming met anderen.

Het complementaire van onze visie in vergelijking met een aantal andere (zoals het 'Wenkend Perspectief') zit hem vooral in het feit dat onze visie gaat over het gehele palet van de thuiszorg: van huishoudelijke hulp tot en met complexe verpleging. Niet omdat we denken dat alles tegelijk veranderd kan worden, maar omdat we er behoefte aan hebben om naar de thuiszorg te kijken door de bril van de cliënt die een integrale vraag heeft. Complementair zijn we ook omdat wij in onze visie aandacht besteden aan cliënt en medewerker, aan de organisatie eromheen en aan de regionale en landelijke infrastructuur, de context dus waarin de veranderingen tot stand komen. Complimentariteit zit er ook in de vertaling naar de financieel-economische kant van de zorg (zie pag. 5: een financieel duurzame zorg).

Wij zijn van de klant: binding en waardering

Dat er mensen zijn die huishoudelijke hulp of verzorging/verpleging nodig hebben, is geen punt van discussie. De meerwaarde van thuiszorg zelf hoeven we niet uit te leggen, dáár zit dus geen probleem dat moet worden opgelost. Cliënten hebben grote waardering voor de medewerkers die de directe hulp bieden, en medewerkers voelen zich bij hun cliënten betrokken. Alleen daarom al is het ook niet juist om thuiszorg te associëren met ziekte en verval. Thuiszorg is voor kwetsbare mensen juist een houvast, een lichtpunt.

In een van onze bijeenkomsten luisterden we naar Aad van Nes, directeur van het Rotterdamse reinigingsbedrijf Roteb. Hij vertelde dat zijn bedrijf in het begin steevast werd geassocieerd met rommel en viezigheid. Hij heeft dat beeld radicaal veranderd door te benadrukken: 'Wij zijn van de schone stad'.

Naar een dergelijke verandering wil Thuiszorg nabij & beter ook toe. Wij zijn niet van de ziekte en het verval, we zijn nabij in het directe contact met kwetsbare mensen in soms moeilijke omstandigheden. Wij dragen bij aan hun gezondheid. En dat in de brede zin van het woord; we dragen bij aan hun fysieke gezondheid, aan hun mentaal welbevinden en - in het geval van terminale zorg – aan een waardig einde van het leven.

Daarom wil Thuiszorg nabij & beter ruim baan maken voor de mensen waar het echt om gaat: cliënten, mantelzorgers, medewerkers. Onze organisaties zijn er om hen daarin te faciliteren. Dat is ons basale uitgangspunt. Een uitgangspunt dat leidt tot anders kijken, anders denken, anders organiseren. En dat dan vanuit het realisme van de beschikbare collectieve middelen en een financieel duurzame zorg.

Zo'n mentaliteitsomslag hoeft niet te wachten op maatregelen van wie dan ook. We kunnen er vandaag mee beginnen; Elke dag ontmoeten cliënten en medewerkers elkaar in duizenden contacten, op weg om de thuiszorg terug te brengen tot de kern: beter en nabij.

Wij zijn van de wijk: wijkteams als basis voor de organisatie

Thuiszorg werkt per definitie kleinschalig: bij de klant thuis. Maar we willen daarin verder gaan door de thuiszorg ook consequent wijkgericht te organiseren. Met een organisatie die is opgebouwd uit wijkteams die **alle** benodigde thuiszorg kunnen leveren. Wijkteams met medewerkers, die de wijk en de individuele klanten persoonlijk kennen. Alleen op die manier kunnen we inspelen op hun vragen en problemen, die immers vaak wijkspecifiek zijn. De wijkteams werken nauw samen met bijvoorbeeld welzijnsorganisaties en woningcorporaties. Op die manier zijn ze gericht op preventie en alert op signalen en noodsituaties. Wijkteams kunnen efficiënt zorg bieden in de avond en nacht, omdat ze in principe een hele wijk onder hun hoede hebben. Wijkteams weten hoe de mantelzorgers in de wijk het beste ondersteund kunnen worden, en investeren daarin. Wijkteams kunnen inschatten waar de mantelzorg misschien wat meer aangesproken kan worden en waar dat juist wat minder moet. En wijkteams kunnen bepalen of een voorziening buiten de zorg misschien beter bij de vraag aansluit.

Wijkteams krijgen de zelfstandigheid die nodig is om in de wijk de thuiszorg van hun cliënten te regelen. Ze kunnen de zorg coördineren en plannen, of het nu gaat om preventie, huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, verzorging of verpleging. De wijkteams zorgen voor doorverwijzing als dat nodig is. Zelf indiceren zien wij als een logische taak voor de wijkteams. De medewerkers hebben immers veel meer zicht op wat er werkelijk nodig is en kunnen betere afspraken met de mantelzorg maken over bijvoorbeeld achtervang en crisisopvang¹. Wijkteams vormen dus het hart van die organisatie. De organisatie eromheen zorgt vervolgens voor de ondersteuning van de teams. Om misbruik van de indicatievrijheid te voorkomen, zal er een vorm van tegenwicht moeten worden gecreëerd: een onafhankelijke (steekproefsgewijze) toets, of afspraken met de zorgverzekeraar gebaseerd op een goed voorspelmodel.

Is onze visie strijdig met de nieuwste plannen om niet de thuiszorg maar de huisarts tot centrale spil van de eerste lijn te maken? Wij vinden van niet. Huisarts en thuiszorg zijn juist complementair aan elkaar en wij denken dat veel huisartsen blij zullen zijn als ze een deel van de taken juist aan de thuiszorg kunnen overlaten.

Met wijkgericht organiseren kunnen we direct een begin maken, als dat al niet gebeurt! Gemotiveerde medewerkers en organisatietalent brengen ons al een heel eind. Met lokale partners kunnen we afspraken maken over samenwerking op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Met collega zorgaanbieders kunnen we afspraken maken over ketenzorg. Met zorgkantoren en -verzekeraars kunnen we afspraken maken over ruimte voor preventie en coördinatie van de zorg. We kunnen de maximale mandateringsruimte voor indicatiestelling gebruiken. Dat kan allemaal nu al. Maar wel zal, om integrale zorg te kunnen leveren, op een gegeven moment extra regelruimte nodig zijn. Dan moet er voldoende vertrouwen zijn opgebouwd om die ruimte te verkrijgen.

Hoe moeten we de wijkgerichte organisatie zien in het licht van de marktwerking? Op dit moment is het geen uitzondering als er in één wijk tien of meer organisaties thuiszorg leveren. Gaan die allemaal een wijkgerichte organisatie opzetten, die samenwerkt met welzijn en woningcorporaties? Dat gaat niet werken en als het al wel werkt, dan veel te langzaam en vanuit maatschappelijk oogpunt veel te inefficiënt en duur.. We weten dat het ministerie plannen heeft om de eerstelijns verpleging te vrijwaren van dit soort marktwerking. Verpleging wordt dan een basisfunctie die beschikbaar is op dezelfde manier als huisartsenzorg. Om toch een prikkel tot optimaal presteren

¹ Met borging van de kwaliteit van de indicatie via steekproefsgewijze controle door een onafhankelijk orgaan.

in te bouwen, kan worden gedacht aan een soort licentiestelsel. De organisatie met de beste aanbieding krijgt dan het recht om de eerstelijns verpleging aan te bieden (of onderdelen daarvan zoals nachtzorg)². Twee of drie per wijk is ook een optie. Dan houdt de cliënt keuzevrijheid.

Gaat het op dit moment vooral om wijkgerichte beschikbaarheid van verpleging, diezelfde beschikbaarheid is nodig voor verzorging en huishoudelijke hulp. Cliënten die alleen huishoudelijke hulp of verzorging vragen, hebben evengoed behoefte aan zaken als coördinatie, en goede afspraken met de mantelzorg en welzijnsactiviteiten. En bovendien: veel cliënten hebben op termijn behoefte aan verpleging. Introductie van weer een andere organisatie leidt tot versnippering en fragmentatie. Dat is niet in belang van kwetsbare mensen en chronisch zieken.

Kortom, als het gaat om werkelijk geïntegreerde thuiszorg, zal er nog heel wat uitgezocht moeten worden. Hoe verloopt de bekostiging, wat zijn de kostprijzen, hoe gaan we om met de huidige aanbestedingen in AWBZ en Wmo? Maar een eerste begin.... dat kunnen we nu al maken.

En hoe zit het met de beschikbare collectieve middelen? Wordt de zorg niet juist veel duurder met een dergelijk systeem? Volgens ons juist niet. Werkelijk geïntegreerde thuiszorg is meer dan efficiënte planning van bezoekenroutes of zo goedkoop mogelijk personeel. Dan gaat het om de winst door preventie, winst door optimale inzet van mantelzorg of om naadloze afstemming in de keten. Een uitgewerkte businesscase is er nog niet. Daar werken we aan in de overtuiging dat we meer mensen kunnen helpen met hetzelfde geld. We baseren ons op de principes van het social return on investment (maar dan wel uitgedrukt in euro's), en we letten niet alleen op het rendement op korte termijn maar vooral ook op het rendement op langere termijn.

Wij zijn van de medewerker: integrale zorg

Om efficiënt te kunnen werken, is de zorg de afgelopen jaren steeds meer opgeknipt. U leest dat regelmatig in de kranten: de ene hulpverlener komt langs voor de prik, de ander voor de steunkousen en coördineren doet helemaal niemand meer. Wijkverpleegkundigen die zorg tot en met complexe verpleging kunnen leveren en die ook de planning en coördinatie op zich kunnen nemen, zijn onder druk van kostenbeheersing wegbezuinigd. Ze hebben plaatsgemaakt voor lager opgeleid en dus goedkoper personeel.

Wij willen terug naar werkelijk geïntegreerde en complete zorg: een vaste contactpersoon voor elke klant, die zelf alle zorg verleent of in overleg met de klant regelt wie voor welke zorg wordt ingezet. Zorg regelen en coördineren kunnen de medewerkers zelf. Zij worden weer de vertrouwenspersoon van de klant en zijn naasten. Daarvoor zijn meer medewerkers met een hoger deskundigheidsniveau nodig. Dat leidt tot verschuiving in de personele mix en tot gerichte bijscholing.

Er zijn al voorbeelden van zorgkantoren die dergelijke initiatieven ondersteunen en stimuleren. Zorgkantoren, die erin geloven dat integrale zorg goed is voor de cliënt, voor de medewerker en uiteindelijk ook voor de beheersing van kosten.

Hoe meer de coördinatie, planning en verantwoording wordt neergelegd bij de medewerker, hoe minder staffuncties en andere overhead er nodig is in de organisatie. Overigens is ondersteuning door geavanceerde ICT ook een must. Praktijkvoorbeelden op dat punt zijn er al.

En tot slot, niet te vergeten: door de medewerkers in de gelegenheid te stellen om integrale zorg te verlenen, wordt werken in de zorg weer aantrekkelijk. Er zullen minder medewerkers de zorgsector

² Maar dan een systeem waarin de licentiehouders zich verantwoordelijk voelt voor alle zorg, dus niet alleen de financieel aantrekkelijke producten.

willen verlaten en er zullen meer mensen voor een baan in de zorg kiezen. Daarmee wordt een niet te onderschatten bijdrage geleverd aan de verwachte arbeidsmarktproblematiek.

De weg naar integrale zorg kunnen we nu al inslaan. Onze medewerkers kunnen ons helpen, want zij willen niets liever. Zij kunnen aangeven wat zij daarvoor nodig hebben. En ze kunnen onze pleitbezorgers zijn bij gemeenten, zorgkantoren - als aanpassing van regelgeving nodig zou zijn - bij de landelijke overheid als het gaat om de beschikbaarheids functie en de ruimte om te kunnen coördineren.

Wij zijn van de maatschappij: meer invloed van cliënten en samenwerkingspartners

Bij een visie die de nadruk legt op nabijheid en samenwerking, past een organisatievorm (van de thuiszorgaanbieder) waarin die visie zichtbaar is. Het ligt dan voor de hand om cliënten en samenwerkingspartners meer bij de organisatie te betrekken. Dat kan op meerdere manieren.

Binnen de groep Thuiszorg nabij & beter wordt er bijvoorbeeld gedacht aan een constructie waarin klanten lid kunnen worden van de organisatie. Net zoals de vroegere kruiswerkorganisaties dus, maar dan wel in een modern jasje. Bijvoorbeeld met klanten als (maatschappelijke) aandeelhouders die direct invloed hebben op het beleid. Klanten zijn dan overigens niet alleen de mensen die zorg krijgen, maar in principe álle burgers die dat willen. Anderen in de groep denken aan de maatschappelijke dienstenorganisatie. Dat is een organisatie die (mede) wordt bestuurd door de stakeholders in de regio, bijvoorbeeld een zorgverzekeraar en een aantal gemeenten of welzijnsorganisaties. De maatschappelijke dienstenorganisatie voelt zich verantwoordelijk voor het integrale welzijn van de burger en biedt een samenhangend aanbod van bijvoorbeeld wonen, zorg, welzijn en werk.

Weer anderen denken meer aan een constructie met sterke adviesraden of systematische consultatierondes.

Kortom, er zijn meerdere variaties en elke organisatie zal zijn eigen keuze moeten maken. De varianten zijn niet altijd van vandaag op morgen te realiseren, maar het is wel belangrijk om er snel mee te beginnen. Dan voorkomen we dat veranderingen die van onderop (in de relatie cliënt en medewerker) beginnen, stranden op een organisatievorm die daar niet meer bij past.

Als landelijke pendant van lokale invloed van klanten kiezen wij voor het oprichten van de Zorgbond. Wie lid is van een thuiszorgorganisatie wordt automatisch lid van de Zorgbond, net zoals het lidmaatschap van een voetbalvereniging automatisch het lidmaatschap van de KNVB inhoudt. De Zorgbond biedt leden informatie, servicevoordelen, discussieplatforms en lotgenotencontact. En als leden dat willen, ook belangenbehartiging. Op die manier kan een machtige klantenbeweging ontstaan die ons op de vingers tikt als wij niet volgens onze eigen visie werken en die ons helpt als er belangen bepleit moeten worden op landelijk niveau.

Business case

Een financieel duurzame zorg: meer doen met hetzelfde geld

Wij zijn ervan overtuigd dat thuiszorg die nabij & beter is, ook leidt tot een financieel duurzame zorg. Meer doen met hetzelfde geld dus. Of als je het uitdrukt in kosten per cliënt: een besparing vergeleken met het huidige kostenniveau. Die besparing kan oplopen tot zeker 10% (!) van de huidige kosten. Maar dat lukt alleen als kostenbesparingen hand in hand gaan met investeringen in mantelzorgers en personeel én als er vrijheid is om te substitueren tussen geldstromen en tussen diensten. Inboeken van bezuinigingen alleen brengt ons niet verder. Regelvermogen wel.

Als hulpmiddel bij het vertalen van onze visie naar financieel duurzame zorg hebben wij een model voor een business case opgesteld.

Elementen business case



Dit model hebben we vastgelegd in een business case waarin we alle kosten en baten in verschillende varianten op een rij kunnen zetten. De business case bevat een aantal 'regelknoppen', dat wil zeggen knoppen waaraan gedraaid kan worden om de kosten en kwaliteit te beïnvloeden. Of het wenselijk is om aan deze knoppen te draaien, is soms evident: wie wil er nu niet meer preventie? Soms echter is die wenselijkheid nog in discussie, bijvoorbeeld een hogere eigen bijdrage. In de tabel hieronder zijn de regelknoppen opgesomd, geordend naar vier soorten maatregelen: efficiency, substitutie, preventie en terugdringen van de collectieve lastendruk.

Categorie	Nr	Regelknop
Efficiency	1	Efficiëntere nachtzorg en zorgroutes bij realiseren wijkinfrastructuur
	2	Verlagen managementlasten door meer integrale taak professionals
	3	Verlagen administratieve lasten door maximale ICT-inzet
	4	Ondersteunen zorg door technologie
	5	Reduceren kosten CIZ door eigen indicatiestelling
	6	Afschaffen prijsconcurrentie in eerste lijn en breder in de thuiszorg
Substitutie	7	Optimaliseren mantelzorg
	8	Substitutie binnen zorg en diensten, ongeacht de financieringsbron
Preventie	9	Intensivering preventie door onder meer wijkgerichte organisatie en integrale verpleging
	10	Betere afstemming in de keten
Terugdringen collectieve lastendruk	11	Verhogen eigen bijdrage waar mogelijk, inbreng van leden
	12	Aanbieden aanvullende diensten en winst investeren in zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering
	13	Wonen uit de AWBZ
	14	Op termijn: ouderenzorg zelf verzekeren of onderbrengen in spaar/pensioenarrangementen in plaats van AWBZ

Dan nog dit. Om onze visie te kunnen realiseren moet er geïnvesteerd worden. Voor een deel gaan ook hier de kosten voor de baten uit. De A12 hoeft niet te worden afgesloten, we komen niet naar Den Haag om subsidie te vragen. De financiële positie van veel thuiszorginstellingen is verre van rooskleurig. Willen we tempo maken met deze ontwikkelingen, dan is een transitiefonds noodzakelijk, maar dat dient uitsluitend als borgstelling. Banken zullen dan eerder bereid zijn om investeringen van zorginstellingen te financieren.

Over een aantal van de regelknoppen leest u hieronder meer.

Nieuw evenwicht tussen publiek en privaat in het zorgstelsel

In de tijd van het kruiswerk en de gezinszorg was zorg een publieke zaak. Zorgorganisaties waren aan veel regels gebonden, maar liepen ook weinig (financieel) risico. De afgelopen jaren ging de thuiszorg 'de markt' op. Het beleid van de overheid was gericht op marktwerking: concurrentie tussen aanbieders en keuzevrijheid van de klant. Zo werd de thuiszorg een vechtmkt.

Geen van beide uitersten voldoet. De publieke positie bleek funest voor de ondernemerszin en leidde tot afhankelijk gedrag ten opzichte van de overheid. De marktwerking met concurrentie op prijs blijkt funest voor functies als preventie en zorgcoördinatie. En daarom willen we toe naar een evenwichtiger positie: een combinatie van publiek en privaat, waarbij de samenleving via de politiek weloverwogen voor de langere termijn vaststelt welk gedeelte van de zorg als publieke moet worden beschouwd, en welk gedeelte privaat. Een 'hybride' stelsel met zorgorganisaties die deels een publieke en deels een private opgave hebben. Deze gedachte past bij de ontwikkelingen die het ministerie in gang heeft gezet:

1. De onverzekerbare zorg waarvan wij als samenleving toch vinden dat iedere burger er recht op heeft, blijft een publieke taak en wordt geregeld via een rom-AWBZ of vergelijkbare regelgeving; politiek en samenleving bepalen wat men (financieel) over heeft voor deze zorg.
2. Zorg waarvan de maatschappij vindt dat die voor iedereen toegankelijk zou moeten zijn maar die op zich wel verzekeraar is, is eveneens een publieke taak maar wordt geregeld via een verzekering. Dat kan zorg zijn die nu nog uit de AWBZ wordt gefinancierd.
3. Overige zorg- en dienstverlening wordt privaat bekostigd (door de burger zelf).

Gebruik maken van nieuwe geldstromen

Thuiszorgorganisaties hebben regelruimte nodig (of: moeten regelruimte nemen) om in overleg met de cliënt te substitueren tussen verschillende zorg - en dienstverlening, ook als die uit verschillende bronnen worden gefinancierd.

Verzekeraars en pensioenfondsen houden al rekening met nieuwe financieringsvormen. Zij ontwikkelen voor de verzekerbare en private zorg nieuwe producten, bijvoorbeeld gecombineerde arrangementen voor pensioen en zorg. Zo kan men straks rechten op pensioen én zorg opbouwen. Verzekerden kunnen dan kiezen uit een basisarrangement en aanvullende modules. Zo is er zelfs een module waarin wonen in een geclusterde woonvorm is meeverzekerd.

Het persoonsvolgend budget of het systeem van vouchers waarmee cliënten zelf zorg kunnen inkopen, staat momenteel volop in de belangstelling. Zie bijvoorbeeld de brief van de staatssecretaris over de Nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ van juni 2009.

Deze visienotitie is niet bedoeld om over elk van deze mogelijkheden inhoudelijke uitspraken te doen. Wij vinden wel dat dergelijke initiatieven passen in integrale thuiszorg. We werken daarom graag mee aan experimenten op dit gebied. Thuiszorgorganisaties moeten - als de cliënt daarvoor kiest - gebruik kunnen maken van nieuwe geldstromen, en niet alleen gebonden zijn aan AWBZ en Wmo.

Geen prijsconcurrentie op publieke zorg

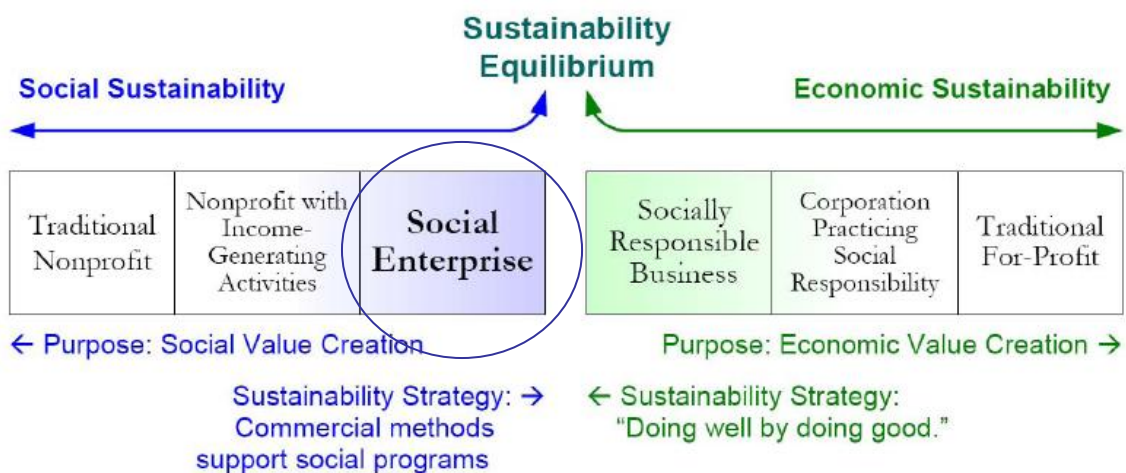
De echt onverzekerbare zorg leent zich in onze visie niet voor prijsconcurrentie. Er moet verantwoorde zorg beschikbaar zijn voor een redelijke prijs. Efficiencyprikkelers moeten en kunnen op een andere manier worden ingebouwd. In dit type 'gereguleerde markten' stelt de regelgever de kaders vast – voor prijs, hoeveelheid en kwaliteit -, terwijl de toezichthouder concreet de redelijke kosten per eenheid en de minimale kwaliteit vaststelt. Vervolgens dingen de aanbieders om de gunst van de cliënt. Wie als organisatie onvoldoende kwaliteit biedt, heeft op termijn minder klanten. Ook denkbaar is het systeem waarbij één speler per licentiegebied de licentie verkrijgt om de zorg te verlenen. Dit is de variant voor zorgvormen waarbij het in het belang van de cliënt is om te werken met één aanbieder (een voorbeeld is de eerstelijnsverpleegkundige). Het is ook mogelijk om per gebied meer dan een aanbieder een licentie toe te kennen, zodat de cliënten kunnen kiezen.

Winst maken op private zorg mag: in de maatschappelijke onderneming

Nadenken over nieuwe geldstromen leidt tot de vraag of een thuiszorgorganisatie winst mag maken op niet-collectief gefinancierde zorg en dienstverlening, om die vervolgens in te zetten voor de collectief gefinancierde zorg. Op dit moment liggen daar nog belemmeringen, maar moeten die er wel blijven? Wij vinden van niet. Wij vinden dat zorgorganisaties meer vrijheid moeten hebben op dit punt. In de range van volledig publiek naar volledig privaat moeten zij kunnen kiezen voor een tussenvorm.

Zo willen wij de mogelijkheden onderzoeken van een zogenoemde maatschappelijke onderneming: dat is een onderneming die zowel publieke als private dienstverlening biedt en die de winst op private diensten inzet voor publieke taken, bijvoorbeeld voor innovaties of voor kwaliteitsverbetering. Wij onderkennen het risico dat er oneerlijke concurrentie ontstaat: degene met een publieke licentie kan de private component kruissubsidiëren. Uiteindelijk zal dat leiden tot een publieke en een private poot van de nog steeds wel integrale aanbieder. De winst in het publieke segment (per definitie marginaal) mag in dit segment blijven, zolang die daar maar wordt aangewend. De private winst gaat dus naar de publieke poot of deels naar cliënten, personeel of eventueel naar kapitaalverschaffers als vergoeding voor hun kapitaal.

Op die manier levert de maatschappelijke onderneming een bijdrage aan het blijvend betaalbaar houden van de collectief gefinancierde zorg. Een maatschappelijke onderneming combineert dus sociale duurzaamheid met economische duurzaamheid:



De invloed die cliënten en stakeholders in onze visie hebben op de organisatie biedt tegenwicht tegen eventuele 'perverse' prikkels in het systeem, die kan leiden tot niet-bedoelde aanwending

van de winst. Een passend overheidsregime moet de rest doen en transparante verantwoording is vanzelfsprekend.

Voor alle duidelijkheid: wij bepleitten het terugdringen van de concurrentie in de zorg. Daarmee bedoelen wij de zorg die als publiek kan worden beschouwd, de zorg dus waarvan de maatschappij vindt dat die collectief gefinancierd moet worden. Voor de private taken ligt dat anders. Daar vinden wij concurrentie logisch en zelfs wenselijk. Het houdt ook de thuiszorgorganisaties scherp om te blijven letten op de verhouding tussen prijs en kwaliteit.

En nu

Deze visie schetst onze uitgangspunten op hoofdlijnen. Binnen onze organisaties zijn we al aan de slag om ideeën in de praktijk te brengen. Eind september 2009 heeft iedere deelnemende organisatie een pilotproject geformuleerd dat past binnen de visie.

We bespreken onze visie en onze projecten graag met anderen. We nodigen iedereen uit om met ons mee te denken: alle reacties zijn welkom.

De inhoud van deze notitie is tot stand gekomen met inbreng van en wordt onderschreven door:

<i>Mevrouw L. Berkhout,</i>	<i>Raad van Bestuur Activite</i>
<i>Mevrouw I. Fleischeuer,</i>	<i>Raad van Bestuur Vivent</i>
<i>De heer E.J. Hisgen,</i>	<i>Raad van Bestuur Thuiszorg Rotterdam</i>
<i>De heer C. Kruidenberg,</i>	<i>Raad van Bestuur Zuwe</i>
<i>De heer C.J.V.L. Laurey</i>	
<i>De heer E. Mulder</i>	<i>Raad van Bestuur Aveant</i>
<i>De heer A.M.A. van Overbeek</i>	<i>Raad van Bestuur Careyn</i>
<i>De heer M. van Rixtel</i>	<i>Raad van Bestuur Sensire</i>
<i>Mevrouw W.W. Stadtman</i>	<i>Raad van Bestuur Osiragroep</i>
<i>De heer C.P.J. Verouden</i>	<i>Raad van Bestuur Zuidzorg</i>