



De toekomst van de langdurige zorg

Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen

CVZ

College voor zorgverzekeringen

De toekomst van de langdurige zorg

Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen

Auteur

Romke van der Veen
Erasmus Universiteit
Rotterdam

in opdracht van het College voor zorgverzekeringen, september 2011

Voorwoord

Het idee van een activerende verzorgingsstaat heeft in de afgelopen dertig jaar geleidelijk de plaats ingenomen van de klassieke, beschermende verzorgingsstaat. In een activerende verzorgingsstaat wordt getracht het beroep op voorzieningen zo veel mogelijk te beperken door de eigen verantwoordelijkheid van burgers te stimuleren. De beleidsinstrumenten die worden gebruikt zijn: selectiviteit van de toegang tot arrangementen en invoering van eigen risico's; gedeelde verantwoordelijkheden van betrokken actoren; activering en investering; en ten slotte preventie.

Kan het idee van de activerende verzorgingsstaat worden gebruikt bij de inrichting van de langdurige zorg? De komende jaren zal de behoefte aan langdurige zorg sterk groeien vanwege de (dubbele) vergrijzing en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waardoor steeds meer ziektes een chronisch karakter krijgen. Te verwachten valt dat net als op het domein van het sociaal-economisch beleid, waar het activerend beleid zijn oorsprong vindt, wordt getracht de beheersbaarheid van de voorzieningen te vergroten. In deze studie verken ik de mogelijkheden om activerend beleid toe te passen op het domein van de langdurige zorg – een domein dat op dit moment nog weinig activerend is. Daarbij breng ik de voor- en nadelen van de verschillende beleidsinstrumenten in kaart.

Centraal in deze verkenning staan: de veranderingen in de aard van de sociale risico's en in de opvattingen van burgers en beleidsmakers over de verdeling van verantwoordelijkheden, en de gevolgen van deze veranderingen voor de verhouding tussen de individuele en collectieve verantwoordelijkheden in de langdurige zorg. Ik kijk eerst naar de ontwikkeling van het activerend beleid in algemene zin (hoofdstuk 2). Vervolgens onderzoek ik de mogelijkheden en beperkingen van de instrumenten van activerend beleid (hoofdstuk 3). Daarna onderzoek ik of en hoe deze instrumenten zijn toe te passen op de langdurige zorg (hoofdstuk 4). Dan zal duidelijk worden dat toepassing snel op grenzen stuit, vanwege de aard van de risico's én omdat het vaak kwetsbare en minder autonome mensen zijn die van de langdurige zorg gebruikmaken. Toch zijn er mogelijkheden voor activerend beleid, zo concludeer ik in het laatste hoofdstuk (5).

Deze verkenning heeft tot doel een gereedschapskist te ontwikkelen die gebruikt kan worden om over de toekomst van de langdurige zorg na te denken. Daarmee is nog geen antwoord gegeven op de vraag hoe de langdurige zorg moet worden ingericht in de nabije toekomst. Die vraag wordt in deze verkenning ook niet beantwoord. Het doel is de lezer het gereedschap te geven om deze vraag zelf te kunnen beantwoorden.

Rotterdam, september 2011

Romke van der Veen

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	7
De toekomst van de langdurige zorg. Een beleidssociologische verkenning	
1 Inleiding	7
2 De AWBZ in vogelvlucht	8
3 Het probleem van de AWBZ	9
4 Het perspectief van deze verkenning	11
5 Opzet van deze verkenning	13
Hoofdstuk 2	14
Naar een activerende verzorgingsstaat	
1 Inleiding	14
2 De verzorgingsstaat onder druk	14
3 Sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat	16
4 De publieke opinie over sociale rechten en plichten	19
5 Tot slot	22
Hoofdstuk 3	23
Sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat. Over nieuwe risico's en een nieuwe vormgeving van sociaal beleid	
1 Inleiding	23
2 Oude en nieuwe sociale risico's	24
3 Naar een nieuwe inrichting van sociaal beleid	29
4 Conclusies en vervolg	36
Hoofdstuk 4	38
Langdurige zorg in een activerende verzorgingsstaat	
1 Vooraf: verdelingsvraagstukken en de herziening van de verzorgingsstaat	38
2 De voorziening van langdurige zorg: een analysemodel	40
3 Aard en omvang van het risico	41
4 De aard van de benodigde zorg	44
5 De ontvanger van de langdurige zorg	47
6 Tot slot	49

Hoofdstuk 5	50
Conclusie: de toekomst van de langdurige zorg	
1 Een activerende verzorgingsstaat	50
2 De notie van de activerende verzorgingsstaat en langdurige zorg	51
3 Noodzakelijke zorg en de verdeling van verantwoordelijkheden	51
4 De inrichting van een stelsel van zorgverzekeringen	53
Aangehaalde literatuur	55

Hoofdstuk 1

De toekomst van de langdurige zorg

Een beleidssociologische verkenning

1 Inleiding

Deze verkenning is gericht op de plaats en de toekomst van de langdurige zorg in het zorgstelsel. De langdurige zorg wordt in Nederland vooral georganiseerd en gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar deels ook via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze verkenning gaat dus niet primair over de AWBZ. Toch zal ik vaak verwijzen naar de AWBZ. Ik behandel er de historie van en schets de huidige problematiek. Dan wordt duidelijk wat de achtergrond is van de huidige behoefte bij beleidsmakers om na te denken over een eventuele andere inrichting van de langdurige zorg.

Was de AWBZ oorspronkelijk bedoeld voor langdurige onverzekerbare zorg, in de loop van de tijd is ze een 'vergaarbak' geworden voor diverse vormen van zorg. Afhankelijk van ontwikkelingen in andere beleidsdomeinen, of in reactie op wisselende gedachten over de mogelijke inrichting van het stelsel van zorgverzekeringen, is zorg in de AWBZ ondergebracht of er juist (weer) uitgehaald.

Er zijn twee belangrijke redenen om de organisatie van de langdurige zorg fundamenteel te doordenken. Ten eerste omdat er diepgaande onzekerheid heerst over de vormgeving van de publieke en collectieve verantwoordelijkheid voor de inrichting van de zorg en de AWBZ in het bijzonder. (SER 2008: 47-72) Omliggende voorzieningen zijn de afgelopen jaren ingrijpend veranderd, maar de AWBZ is daarbij grotendeels buiten schot gebleven. Zo is de Ziekenfondswet omgebouwd naar de Zorgverzekeringswet, een universele basisverzekering voor alle Nederlanders die wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars. Wel is bij de invoering van de Zvw in 2006 de (op genezing gerichte) geestelijke gezondheidszorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Aan 'de andere zijde' van de AWBZ is in 2007 de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Deze wet organiseert ondersteuning en voorzieningen om te bevorderen dat mensen met een beperking aan de maatschappij kunnen deelnemen. De gemeenten voeren de Wmo uit. In de Wmo is de voorziening 'huishoudelijke hulp' uit de AWBZ ondergebracht.

De invoering van bovengenoemde wetten roepen vragen op over de toekomst van de AWBZ. Is de AWBZ nog wel nodig of kan de zorg die nu uit de AWBZ wordt vergoed, ondergebracht worden in de Zvw en de Wmo? Daarmee zouden de schotten in de financiering van de zorg en het aantal mogelijke afwentelingsproblemen afnemen. (CVZ 2004)

Ten tweede roepen de stijgende zorgvraag en de stijgende kosten van de zorg, gecombineerd met de te verwachten (dubbele) vergrijzing in de komende decennia, de vraag op naar de beheersbaarheid van de kosten voor de langdurige zorg. Wat zijn de achtergronden van deze stijgingen? Hoe zullen de kosten van de zorg en het beroep op de langdurige zorg zich in de toekomst ontwikkelen? En: hoe kan de beheersbaarheid van de kosten worden vergroot?

In deze verkenning staan we vanuit een beleidssociologisch perspectief stil bij de plaats en de toekomst van de langdurige zorg. Dit betekent dat we de aandacht niet richten op de meer institutionele, technische en economische aspecten van de inrichting en de werking van het zorgstelsel, dus niet op de AWBZ als systeem, maar op de meer fundamentele, beleidsmatige en maatschappelijke vragen rondom het stelsel van zorgverzekeringen en de voorziening van langdurige zorg in het bijzonder. Meer daarover later. Eerst geef ik in de volgende paragraaf een kort overzicht van de AWBZ.

2 De AWBZ in vogelvlucht

De AWBZ is in 1968 ingevoerd en was bedoeld voor grote en onverzekerbare risico's. Van bepaalde groepen mensen (gehandicapten, chronisch zieken) is de zorgbehoefte zo omvangrijk dat deze onverzekerbaar is in een particuliere verzekering. Bovendien is deze zorgbehoefte te voorzien, waardoor eveneens onverzekerbaarheid dreigt. De AWBZ werd zo een volksverzekering die naast de bestaande particuliere zorgverzekeringen en ziekenfondsen kwam te staan en waarvoor een gemaximeerde, inkomensgerelateerde premie moest worden betaald.

Sinds 1968 is de AWBZ niet fundamenteel veranderd, wel zijn er in de loop der jaren – vaak in reactie op beleidsvoornemens op andere, aanpalende terreinen – zorgaanspraken in ondergebracht of er juist weer uitgehaald. Het onderscheid tussen (zware) onverzekerbare en verzekerbare risico's, dat ten grondslag ligt aan de scheiding tussen de AWBZ en de Ziekenfondswet (dan wel de Zorgverzekeringswet), is hierdoor snel vervaagd. En was de AWBZ aanvankelijk vooral bedoeld voor intramurale zorg voor zwaar gehandicapten en andere hulpbehoevenden, door de snelle groei van de intramurale zorg werden er ook ambulante zorgvormen in ondergebracht, in de hoop zo het beroep op de intramurale zorg af te remmen. Ook zijn er aan het einde van de jaren tachtig van de twintigste eeuw zorgvormen onder de AWBZ gebracht – zoals de farmaceutische zorg en de hulpmiddelenzorg – vanuit het toenmalige beleidsvoornemen om één basisverzekering in het leven te roepen. Dit voornemen is later weer losgelaten en deze zorgvormen zijn in de loop van de tijd deels weer teruggebracht naar de Ziekenfondswet. In 1997 werden nog de thuiszorg en de verzorgingshuizen (bij de opheffing van de wet op de bejaardenoorden) onder de AWBZ gebracht. (Voor een gedetailleerd overzicht zie: SER 2008: 140-141) Anno 2011 dekt de AWBZ naast de langdurige zware zorg, ook kortdurende zorg, zoals wijkverpleging en gezinszorg.

Behalve het onderscheid tussen verzekerbare en onverzekerbare risico's, is op de Zvw en de AWBZ ook het onderscheid tussen *cure* en *care* van toepassing: op genezing versus niet-op genezing gerichte zorg. Het onderscheid *cure-care* is echter evenmin als het onderscheid verzekerbare-onverzekerbare zorg bij machte de AWBZ goed af te bakenen van de Zorgverzekeringswet en van andere voorzieningen. Lang niet in alle gevallen is een eenduidig onderscheid tussen *cure* en *care* te maken (zie: SER 2008: 75) en deels is de *care* ook ondergebracht in de Wmo (mantelzorgondersteuning, huishoudelijke hulp).

Anno 2011 zijn in de AWBZ de volgende zorgaanpakken (functies) ondergebracht:

- persoonlijke verzorging
- verpleging
- begeleiding
- behandeling
- verblijf

Iemand kan op deze zorg aanspraak maken wanneer hij of zij een somatische, psychogeriatrische of psychische aandoening of beperking heeft, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt deze aanspraken vast. De zorg kan vervolgens in natura worden geleverd of in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Verblijfszorg kan ook thuis worden geleverd – via een PGB of, wanneer een zorgaanbieder daartoe bereid is, in natura.

AWBZ-zorg komt voor rekening van de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde is ingeschreven en wordt gecontracteerd door een regionaal zorgkantoor (dat is meestal de grootste zorgverzekeraar in een regio die gevolmachtigd is namens alle zorgverzekeraars in de betreffende regio werkzaam te zijn). Jaarlijks krijgen deze zorgkantoren een budget (contracteer ruimte, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) waarvoor ze zorg kunnen inkopen. Het pgb valt hier buiten, hiervoor is een landelijke subsidieregeling gemaakt die ook een budgetplafond kent. (SER 2008: 25-33)

3 Het probleem van de AWBZ

De AWBZ, en dan vooral de langdurige zorg, staat hoog op de politieke agenda vanwege de sterke kostenstijging die zich de afgelopen jaren heeft voorgedaan en vanwege de verwachting dat deze kosten in de komende decennia nog verder zullen toenemen.

Ook de modernisering en de toenemende vraaggerichtheid van de AWBZ leiden tot stijging van de uitgaven. Werd in de jaren negentig van de twintigste eeuw het AWBZ-beleid nog gekenmerkt door aanbodsturing en een strakke budgettering, sinds 2000 is hier verandering in gekomen. Het recht op zorg en de persoonlijke voorkeuren van zorgvragers gingen een grotere rol spelen en er werd een modernisering van de AWBZ doorgevoerd. De meer vraaggerichte benadering in het AWBZ-beleid resulteerde in een veel grotere rol van de

persoonsgebonden budgetten (pgb) en in een functiegerichte omschrijving van AWBZ-zorg. Volgens het CPB (2004) is de kostenstijging deels het gevolg van de afschaffing van de budgettering en deels van het ontbreken van doelmatigheidsprikkelers in de uitvoering van de AWBZ. De verantwoordelijkheden zijn versnipperd, een eindverantwoordelijke ontbreekt. De zorgkantoren hebben, evenmin als de indicatiestellers en de zorgaanbieders, extra baat bij een beheerst gebruik van de AWBZ.

Het is belangrijk is om op te merken dat de kosten van langdurige zorg, onafhankelijk van de inrichting van het zorgstelsel, de komende decennia verder zullen blijven stijgen als gevolg van de (dubbele) vergrijzing die zich in veel westerse landen voordoet. (WHO 2009a) Niet alleen het percentage 65-plussers gaat stijgen, ook het percentage 85-plussers. Dat zal leiden tot een grotere vraag naar intensieve zorg. De kosten van de geleverde langdurige zorg zullen daardoor relatief sterker stijgen, niet alleen in absolute zin maar ook als percentage van het BBP. (WHO 2009a: 13)

Deze ontwikkelingen – (dubbele) vergrijzing en toenemende intensiteit van de zorg – doen zich in alle westerse landen voor, maar de gevolgen ervan zijn in Nederland groter dan in sommige andere landen omdat Nederland een in vergelijking met andere landen omvattend en universeel stelsel van langdurige zorg heeft. (Pavolini and Ranci 2008; Landauer, Köhler a.o. 2009) De verschillen tussen landen moeten echter niet te zwaar worden aanzet (Landauer en Köhler e.a. 2009: 488-489). Duitsland en Nederland, bijvoorbeeld, hebben een systeem waarbij het recht op zorg niet afhankelijk is van inkomen en vermogen (niet *means-tested*). Wanneer de eigen bijdragen en de beperkingen in de geleverde zorg ('plafonds') echter worden meegewogen, blijken de verschillen tussen deze landen en landen met een systeem waarbij inkomens en vermogen wel van invloed zijn op het verkrijgen van verzekerde zorg snel minder groot.

In reactie op de stijgende kosten en het stijgende beroep op de zorg zijn volgens de Italiaanse onderzoekers Emmanuele Pavolini en Costanzo Ranci in veel landen vergelijkbare ontwikkelingen te zien. Zij spreken over een convergentie in de langdurige zorg. Waarneembaar in alle landen is: een verhoging van het aanbod van in natura dienstverlening (*in-kind services*) in vergelijking met monetaire overdrachten, de introductie van concurrentie op de markt van langdurige zorg, vergroting van de consumentenrol van de ontvanger van zorg, en beleid om de capaciteit van de directe omgeving om zorg te leveren te vergroten.

Verder worden in alle landen min of meer vergelijkbare maatregelen voorgesteld om de gevolgen van vergrijzing voor het gezondheidsstelsel te bestrijden.

In een overzicht van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie geeft de *World Health Organization* (WHO) een opsomming van deze maatregelen:

- Preventie van chronische ziekten door burgers te stimuleren gezonder te leven.
- Gerichte bevordering van zorginterventies die tot doel hebben chronische ziektes en/of verergering van deze aandoeningen te voorkomen.
- Aanmoediging van zelfzorg en informele zorg.
- Ouderen beter betrekken in de besluiten over de zorg die zij ontvangen. (WHO 2009b: 55)

In haar *policy brief* over vergrijzing pleit de WHO daarnaast voor een betere coördinatie van de zorg en voor bevordering van economische en maatschappelijke participatie van ouderen. Dit laatste draagt niet alleen bij aan de financiering van de langdurige zorg, maar bevordert vaak ook dat mensen gezond(er) oud worden. (WHO 2009a: 21)

Er zijn volgens de WHO overigens geen aanwijzingen dat het aanbod van formele zorg de beschikbaarheid en de bereidheid tot het leveren van informele zorg doet afnemen (*crowding out*). Beide vormen van zorg vullen elkaar aan en ondermijnen elkaar niet. (WHO 2009b: 20) Onderzoek van onder andere het SCP (2007) bevestigt dat dit ook geldt voor Nederland. Wel voegt het SCP hier een belangrijke observatie aan toe: veel mensen beschikken niet of in onvoldoende mate over een aanvullend sociaal netwerk en kunnen daarom geen gebruik maken van informele zorg. (SCP 2007: 9, 85-88)

Om de doelmatigheid in de uitvoering van de langdurige zorg te bevorderen, wordt er vaak voor gepleit om de AWBZ op te heffen en de functies uit de AWBZ onder te brengen in de Zorgverzekeringswet en de Wmo. (CVZ 2004; RVZ 2008), zodat er minder schotten in de uitvoering van de zorg zijn. Door AWBZ-functies in de Zvw onder te brengen, wordt het mogelijk om de uitvoering van de langdurige zorg onder concurrentie te laten plaatsvinden. Door AWBZ-functies onder te brengen in de Wmo wordt het mogelijk informele zorg te stimuleren, en is het eveneens mogelijk om aanbieders van zorg met elkaar te laten concurreren.

De Raad voor de Zorg (RVZ) heeft in 2008 deze mogelijkheid onderzocht. Hoewel zij de vele risico's ervan onderkent, bepleit ze toch om op termijn de AWBZ op te heffen. Voorwaarde is wel dat zowel de Zvw als de Wmo op belangrijke punten worden aangepast. Zo zal samenwerking van zorgaanbieders in de langdurige zorg beter moeten en ketenzorg moeten worden versterkt. (RVZ 2008) Het CPB, dat eveneens pleit voor meer en betere doelmatigheidspraktijken in de uitvoering, wijst er echter op dat samenwerking en ketenzorg belemmeringen opwerpen voor concurrentie in de langdurige zorg. (CPB 2004)

4 Het perspectief van deze verkenning

Deze verkenning heeft een ander karakter dan de hierboven kort aangehaalde onderzoeken. In het debat over de langdurige zorg dat in Nederland wordt gevoerd, nemen de inrichting

en de werking van de AWBZ en de aanverwante regelingen Zvw en Wmo een dominante plaats in. Het debat is daarmee vooral een beleidsinstrumenteel debat. Ik wil in deze verkenning een andere weg volgen en me richten op het begrip *noodzakelijke zorg* en op de vraag naar de *verantwoordelijkheid* voor (langdurige) zorg. Het begrip noodzakelijke zorg richt zich op de inhoud van de zorg en de vraag of en wanneer overheidsinterventie hierbij nodig is. De vraag naar de verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg richt zich op de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden.

De noties van *sociale risico's* en de *verdeling van verantwoordelijkheden* komen in deze verkenning centraal te staan en niet de inrichting en uitvoering van beleidssystemen. Dit laatste is uiteraard ook belangrijk, maar vragen over de noodzakelijkheid van zorg en de verantwoordelijkheid voor die zorg gaan vooraf aan instrumentele vragen over hoe de voorziening van die zorg vorm moet krijgen. Pas in de conclusies van deze verkenning zal ik aandacht besteden aan vragen met betrekking tot de verdere inrichting van het stelsel van zorgverzekeringen.

Sociale risico's zijn risico's die (tot op zekere hoogte) een niet individueel karakter hebben. Als we dergelijke risico's willen beheersen, kunnen we dat niet alleen en hebben we elkaar nodig. Een klassiek voorbeeld hiervan is de epidemie. Met maatregelen die slechts op een of meerdere individuen zijn gericht, brengen we een epidemie niet tot staan en kunnen we deze evenmin voorkomen. Alleen collectief optreden – rijksvaccinatieprogramma's, volksgezondheidszorg – is in staat het risico van epidemieën te beperken. De aard van het risico, tuberculose bijvoorbeeld, maakt optreden noodzakelijk – anders kan er een epidemie uitbreken. En dat optreden is noodzakelijkerwijs van collectieve aard. Uit de aard van het risico vloeien derhalve collectieve verantwoordelijkheden voort, in dit voorbeeld de verantwoordelijkheid van de staat voor een vaccinatieprogramma en voor het treffen van hygienische maatregelen – bijvoorbeeld riolering – om de uitbraak van een epidemie verder te voorkomen.

De verdeling van verantwoordelijkheden in sociaal beleid is niet alleen gerelateerd aan de aard van sociale risico's, maar vloeit ook voort uit meer algemene opvattingen over de rol van de overheid in de inrichting van het beleid. Zowel de aard van sociale risico's als deze opvattingen zijn aan verandering onderhevig. In deze verkenning onderzoek ik deze veranderingen en tracht te doordenken wat de betekenis daarvan is voor de toekomst van de langdurige zorg.

Samenvattend is de probleemstelling: Welke veranderingen hebben zich voltrokken in (1) het denken over verantwoordelijkheidsverdeling en in (2) de aard van sociale risico's en (3) wat betekenen deze veranderingen voor de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden, in het bijzonder op het domein van de langdurige zorg?

5 Opzet van deze verkenning

In hoofdstuk 2 breng ik kort de institutionele en maatschappelijke veranderingen in kaart die van belang zijn voor de toekomst van de langdurige zorg. Hiermee tracht ik de randvoorwaarden te schetsen waarbinnen de langdurige zorg gestalte moet krijgen. Ik besteed eerst aandacht aan de verandering die de Nederlandse verzorgingsstaat heeft ondergaan. Ik beschouw deze verandering als een paradigmatische beleidsomslag, die zich sinds ongeveer 1980 heeft voltrokken. Vervolgens besteed ik aandacht aan de vraag in hoeverre er onder de Nederlandse bevolking bereidheid bestaat om een bepaalde mate van solidariteit met elkaar op te brengen en in hoeverre het nieuwe paradigma van sociaal beleid steun ondervindt. De opvattingen van de Nederlandse bevolking zijn immers van belang bij de vormgeving van de collectieve verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg.

In hoofdstuk 3 behandel ik de vraag in hoeverre sociale risico's tegenwoordig van een andere aard zijn dan ten tijde van de opbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat. Daarnaast onderzoek ik hoe deze verandering zich vertaalt in een andere inrichting van het sociaal beleid.

In hoofdstuk 4 verken ik vervolgens de betekenis van de voorgaande analyses voor de toekomst van de langdurige zorg. Centraal staat in dit hoofdstuk de vraag wat noodzakelijke zorg in deze is en wat de verhouding is tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg.

In hoofdstuk 5 keer ik tot slot terug naar de vragen over de inrichting en de werking van het zorgstelsel en bespreek ik wat mijn verkenning voor langdurige zorg zou kunnen betekenen voor de Zvw, de AWBZ en de Wmo.

Hoofdstuk 2

Naar een activerende verzorgingsstaat

1 Inleiding

Sinds de sluitstenen in de Nederlandse verzorgingsstaat zijn gelegd – de bijstandswet in 1965 en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 – is de Nederlandse verzorgingsstaat aan een voortdurend proces van herziening onderhevig. Deze beleidsveranderingen kunnen worden gezien als een reactie op ontwikkelingen binnen en buiten de instituties van de verzorgingsstaat en ook als een antwoord op de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de werking van deze instituties en en het beroep erop. In paragraaf 2 van dit hoofdstuk geef ik een korte schets van deze ontwikkelingen en enkele van de belangrijkste gevolgen ervan. Vervolgens besteed ik in paragraaf 3 aandacht aan de veranderingen die de Nederlandse verzorgingsstaat heeft ondergaan. Ik omschrijf deze als een omslag naar een activerende verzorgingsstaat. Ik geef een korte typering van de gevolgen van deze omslag voor de aard en de inrichting van het beleid. Na deze schets van de veranderingen die zich in het beleid hebben voltrokken, stel ik de vraag hoe de Nederlandse burger tegen deze veranderingen aankijkt. Ik kom tot de conclusie dat de verzorgingsstaat nog steeds op een tamelijk brede steun kan rekenen, maar dat ook de beleidsveranderingen op de steun van de Nederlandse burger kunnen rekenen, vooral wanneer zij de wederkerigheid tussen rechten en plichten versterken. Deze schets vormt de achtergrond van de diepergaande beschouwing die ik in hoofdstuk 3 zal geven over de aard van het sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat.

2 De verzorgingsstaat onder druk

Sociaal beleid in een verzorgingsstaat geeft ten eerste vorm aan de sociale zekerheid van burgers, bijvoorbeeld via arrangementen voor inkomensbescherming, huisvesting of gezondheidszorg. Ten tweede draagt dit sociaal beleid bij aan de bevordering van gelijke kansen, onder meer via het onderwijs. En ten slotte stimuleert dit beleid deelname aan in de belangrijkste maatschappelijke instituties, aan de arbeidsmarkt bijvoorbeeld via de sollicitatieplicht en aan het onderwijs via de leerplicht. Maatschappelijke verhoudingen veranderen door verzorgingsstatelijk beleid, tegelijkertijd is dit beleid zelf ook uitzonderlijk gevoelig voor veranderende maatschappelijke verhoudingen. Deze verhoudingen bepalen immers in hoge mate de werking van deze voorzieningen en het beroep dat op deze wordt gedaan.

Sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw is de Nederlandse verzorgingsstaat bij voortdurend onderhevig aan ingrijpende beleidshervormingen die het gevolg zijn van ontwikkelingen binnen de verzorgingsstaat (interne ontwikkelingen) en van externe ontwikkelingen. Interne ontwikkelingen voltrekken zich binnen de instituties van de verzorgingsstaat zelf. Deze ontwikkelingen kunnen globaal onder drie noemers worden ondergebracht: expansie,

emancipatie en exploitatie. Expansie duidt op de uitbreiding van de bescherming die de verzorgingsstaat biedt en op het toenemende beroep op de arrangementen van de verzorgingsstaat. Deze toename is mede het product van de verzorgingsstaat zelf: het aanbod aan voorzieningen roept ten dele de vraag naar deze voorzieningen op. (De Swaan 1989: 228-236) Emancipatie betekent dat de arrangementen van de verzorgingsstaat de burger autonomer maken. Dit kan het beroep op arrangementen vergroten, bijvoorbeeld omdat de participatie in het onderwijs stijgt. Burgers kunnen hierdoor echter ook verzorgingsstatelijke arrangementen ontgroeien, die zij dan als betuttelend en onnodig dwingend ervaren. Exploitatie, ten slotte, heeft te maken met het feit dat burgers en hun organisaties steeds vanzelfsprekender gebruikmaken van de rechten die de arrangementen van de moderne verzorgingsstaat bieden. Soms met verwaarlozing van de bijbehorende verplichtingen. Men is goed op de hoogte van de beschikbaarheid van voorzieningen en ervaart deze ook meer en meer als vanzelfsprekend. (Van Stolk en Wouters 1982) Sociale rechten worden geleidelijk ervaren als een recht zonder meer. Bedoeld gebruik kan zo leiden tot onbedoeld gebruik en misbruik, en dus tot overexploitatie van het arrangement.

Verzorgingsstatelijke arrangementen zijn echter niet alleen zelf aan verandering onderhevig, ze bestaan ook in een maatschappelijke omgeving die – mede onder invloed van deze arrangementen – verandert. Deze zogenoemde externe ontwikkelingen kunnen worden samengevat onder de noemers: individualisering, internationalisering en institutionele reflexiviteit. Ook deze ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de werking van de arrangementen van de verzorgingsstaat en het beroep erop. Zo vergroot individualisering – vaak omschreven als de afname van bindende (sociale cohesie) en regulerende (normen) sociale krachten – het beroep op voorzieningen, bijvoorbeeld in de sociale zekerheid of de volkshuisvesting. Internationalisering – dat wil zeggen: de toenemende mobiliteit van kapitaal, goederen, diensten, informatie en mensen – zorgt voor een toestroom aan 'nieuwe' burgers, maar ook voor een aantasting van het fiscale draagvlak van de nationale verzorgingsstaat wanneer bedrijven hun productie verplaatsen naar goedkopere arbeidsmarkten. Individualisering gecombineerd met internationalisering veroorzaakt wat ik hier institutionele reflexiviteit noem. Instituties verliezen hun dwingende kracht waardoor maatschappelijke actoren zich veel vaker als bewust handelende en bewust keuzesmakende actoren opstellen en steeds minder als passieve en regelvolgende actoren. Deze opstelling binnen een institutionele context noemen we institutionele reflexiviteit: de keuzes van actoren zijn afgestemd op de aard van de instituties waarmee zij te maken hebben. Dit verschijnsel zorgt ervoor dat instituties steeds meer onbedoelde effecten genereren. Werkgevers passen bijvoorbeeld hun bedrijfsbeleid aan de mogelijkheden aan die een stelsel van sociale zekerheid biedt. Zo werd in de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw de arbeidsongeschiktheidsverzekering een arrangement dat werkgevers gebruikten om onder gunstige voorwaarden overbodig geworden personeel te laten uitstromen.

De gevolgen van deze interne en externe sociale dynamiek van de verzorgingsstaat zijn tweeledig. In de eerste plaats ontstaan beheersingsproblemen. Het beroep op de voorzieningen en dus de kosten ervan nemen snel toe, en vooral veel sneller dan verwacht. In de tweede plaats manifesteren zich moderniseringsproblemen. De verzorgingsstaat was namelijk gebouwd rondom het eenverdienershuishouden, een overwegend mannelijke beroepsbevolking, het kerngezin en de zogenaamde 'fordistische' arbeidsrelatie (een langdurige relatie met dezelfde werkgever die ook verantwoordelijkheid neemt voor zijn werknemers). Deze fundamenteen beginnen vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw af te brokkelen, wat de vraag oproept of de voorzieningen van de verzorgingsstaat niet moeten worden aangepast aan de gemoderniseerde maatschappelijke verhoudingen.

3 Sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat

Beheersings- en moderniseringsproblemen hebben een voortdurend proces van beleidsverandering in werking gezet. Mijn stelling is dat zich – tamelijk ongepland en soms langs kronkelige wegen – een welhaast paradigmatische beleidsomslag heeft voltrokken in de periode tussen ongeveer 1980 en 2010. (zie verder: van der Veen 2009) Onder een paradigmatische beleidsverandering verstaan we een verandering van de belangrijkste fundamenteen van het beleid, dat wil zeggen: de normatieve en ontologische opvattingen waarop beleid wordt gefundeerd. Het gaat hierbij om opvattingen over wat goed en rechtvaardig is, over individuele en collectieve verantwoordelijkheden en over de verdeling van rechten en plichten. Kort gezegd is deze paradigmatische beleidsverandering een omslag van een beschermende naar een activerende verzorgingsstaat. Deze omslag is waarneembaar op vele beleidsterreinen.

In normatieve zin staat de omslag naar een activerende verzorgingsstaat voor een vergroting van de individuele verantwoordelijkheid van burgers, maar wel onder handhaving van de beschermende paraplu van de – gemoderniseerde – verzorgingsstaat. De algemene beginselen van een activerende verzorgingsstaat kunnen als volgt worden samengevat:

- Mensen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor hun leefomstandigheden en levensonderhoud.
- Deze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot de sociale omgeving van de burger. Wanneer een individu niet zelfstandig, of met hulp van zijn omgeving, kan voorzien in zijn levensonderhoud of wanneer maatschappelijke participatie wordt belemmerd, is ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk.
- De collectieve ondersteuning dient zo te zijn ingericht dat het beroep erop zo gering mogelijk is en de ondersteuning zo kort mogelijk duurt.
- Daartoe worden in het systeem 'remmen' ingebouwd die de perverse werking van het systeem moeten verminderen.
- En daartoe zijn voorzieningen niet alleen gericht op ondersteuning, maar ook op preventie en op herstel van de autonomie van individuele burgers.

Deze uitgangspunten hebben geleid tot belangrijke veranderingen in de vormgeving van het sociaal beleid. Om deze beleidsveranderingen te typeren maak ik gebruik van een studie van de Engelse socioloog Neil Gilbert, getiteld *The transformation of the welfare state* (2002). Gilbert vat de veranderingen in het sociaal beleid die gepaard gaan met de omslag naar een activerende verzorgingsstaat als volgt samen (hij spreekt overigens van een *enabling state*):

Ten eerste is er sprake van privatisering. Dit betreft vooral de privatisering van de leverantie van diensten, bijvoorbeeld door private reïntegratiebedrijven in plaats van het publieke arbeidsbureau of door private zorgverzekeraars in plaats van (semi-)publieke ziekenfondsen. Maar ten dele gaat het ook om privatisering van de verantwoordelijkheid voor bescherming tegen risico's: van collectieve premies voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering naar een systeem waarbij werkgevers een meerjarige loondoorbetalingsverplichting hebben bij ziekte van hun werknemers, bijvoorbeeld.

Ten tweede is er sprake van wat wordt genoemd *recommodification*. De verzorgingsstaat is door de Deense socioloog Gøsta Esping-Andersen, onder meer lid van de denktank van EU-voorzitter José Manuel Barroso, getypeerd als een arrangement dat mensen vooral onafhankelijk maakt van de (arbeids)markt. (Esping-Andersen 1990) Rechten treden in de plaats van marktprijzen en collectieve voorzieningen komen in plaats van marktgoederen. Dit leidt tot *decommodification*: mensen zijn voor hun sociale zekerheid minder afhankelijk van hun waarde op de arbeidsmarkt. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw echter zijn steeds meer voorzieningen minder gericht op bescherming tegen de risico's van de arbeid en steeds meer op het toerusten of het weer teruggeleiden van mensen naar de arbeidsmarkt. Wanneer dit een dwingend karakter heeft, zijn arrangementen niet meer decommodificerend maar recommodificerend, vergelijkbaar met de negentiende-eeuwse armenwetten.

Ten derde zijn arrangementen selectiever geworden. Dat wil zeggen: de toegang ertoe is lastiger geworden, omdat er strengere eisen worden gesteld en het recht op deze voorzieningen is verplichtender geworden.

Ten vierde vloeien solidariteit en sociale rechten steeds minder voort uit universele burgerschapsrechten en steeds meer uit het lidmaatschap van een 'gemeenschap', zoals een bedrijf of een zorgverzekeraar.

Deze veranderingen hebben in de praktijk paradoxale gevolgen. Enerzijds is er sprake van een toenemende beheersing van actoren en het uitvoeringsproces, anderzijds is er sprake van een toename van vrijheden. (Van der Veen en Trommel 1999) De beheersing komt tot uiting in een toename van verplichtingen, in strengere regels, in meer dwang en in meer wederkerigheid. De toename van vrijheid blijkt uit de decentralisatie van bevoegdheden naar lagere overheden, de privatisering van de uitvoering van voorzieningen en in een bepaalde mate van keuzevrijheid voor burgers.

Deze paradoxale combinatie van beheersing en vrijheid, waarbij we spreken van geregisseerde liberalisering (van der Veen 1997) of *managed competition* (Enthoven 1988), kan goed geïllustreerd worden aan de hand van de Zorgverzekeringswet (Zvw) die in 2006 in de plaats kwam van de Ziekenfondswet. Onder de Zvw zijn ziektekostenverzekeraars private bedrijven geworden en is er een markt voor zorgverzekeringen en een markt voor zorgleverantie gekomen. De zorgverzekeringsmarkt wordt streng gereguleerd. Er is een verplicht basispakket dat bijna negentig procent van alle medische verrichtingen omvat, zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht en een zorgplicht, burgers hebben een verzekeringsplicht, en er vindt risicoverevening plaats tussen zorgverzekeraars. Ten slotte is er publiek toezicht op het basispakket en op de zorgmarkt waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich bewegen. Zorgverzekeraars kopen zorg in voor hun verzekerden en zorgaanbieders sluiten contracten met zorgverzekeringsmaatschappijen. De markt van zorgleverantie is weliswaar minder streng gereguleerd dan de zorgverzekeringsmarkt, maar slechts op een beperkt deel van de markt is sprake van vrije prijsvorming en van een vrije toegang tot de markt, twee van de essentiële voorwaarden voor een vrije markt.

De paradoxale combinatie van toenemende beheersing en toenemende vrijheid in de vormgeving van verzorgingsstatelijke arrangementen vloeit voort uit het feit dat het bij de herziening van die arrangementen niet gaat om een eenduidige vermindering van de kosten of om een *coûte que coûte* terugdringen van de overheidsbemoediging, maar om een poging de beheersbaarheid van arrangementen te vergroten en tegelijkertijd de beschermende werking van de verzorgingsstaat overeind te houden. Zowel de ontwikkelingen in de richting van meer beheersing als die in de richting van meer vrijheid hebben tot doel de beheersbaarheid van arrangementen te vergroten. De vrijheid die wordt gegeven is altijd geclausuleerd en ze is zodanig dat ze via de werking van de markt tot een grotere efficiëntie moet leiden.

Met de herziening van de verzorgingsstaat langs de hierboven geschetste lijnen is werkendeweg een nieuwe ideologie van de verzorgingsstaat geboren. De Engelse socioloog Peter Taylor-Gooby omschrijft dit *new welfarism* als volgt: 'Omdat volledige arbeidsparticipatie, herverdeling en dure universele diensten niet langer als uitvoerbaar worden beschouwd, zijn collectieve uitgaven in het nieuwe sociaal beleid (*new welfare*) alleen gerechtvaardigd als het gaat om investeringen in menselijk potentieel of als deze de individuele mogelijkheden vergroten. (*'Since full employment, redistribution and expensive universal services are no longer seen as feasible, the new welfarism can only justify social spending as investment in human capital and the enhancement of individual opportunities.'*) (Taylor-Gooby 1997: 171) Om deze reden spreekt bijvoorbeeld de socioloog Anthony Giddens (1998) niet meer over de verzorgingsstaat (*welfare state*) maar over *the social investment state*.

Tot zover de veranderingen die zich in de Nederlandse verzorgingsstaat in de afgelopen vijftien jaar hebben voltrokken. Deze veranderingen kunnen met recht een paradigmawisseling worden genoemd. Niet alleen heeft een ideologische omslag plaatsgevonden in de opvattingen over wat bescherming eigenlijk is, ook de wijze waarop deze bescherming in beleid vorm moet krijgen is bijna 180 graden gedraaid. En ten slotte zijn ook de instrumenten waarmee dit beleid gestalte moet krijgen van een geheel andere aard dan voorheen.

In de volgende paragraaf kijken we hoe burgers heden ten dage denken over sociale rechten en plichten. De vraag is welke veranderingen zich hierin hebben voorgedaan en hoe die zich verhouden tot de veranderingen in het beleid.

4 De publieke opinie over sociale rechten en plichten

Vaak wordt gesuggereerd dat de publieke opinie in Nederland haaks staat op de ontwikkeling in het Nederlandse sociaal beleid. Zo heeft het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) meermaals gewezen op het feit dat de Nederlandse burger in overweldigende meerderheid de verzorgingsstaat steunt, wat zou betekenen dat men het beleid van aanpassing en herziening van de verzorgingsstaat afwijst. (Becker 2005) Ook buiten Nederland is door diverse auteurs gewezen op vergelijkbare omstandigheden: een hoge steun voor de verzorgingsstaat én een politiek gericht op herziening en zelfs afbouw daarvan. (Ringen 1987; Kaase and Newton 1995; Svalfors and Taylor-Gooby 1999)

De hoge of stijgende steun voor de verzorgingsstaat verdient echter een nadere beschouwing. Er is immers geen sprake van een onveranderlijk object waarover de mening van respondenten wordt gevraagd. De verzorgingsstaat is aan belangrijke beleidsmatige veranderingen onderhevig en wanneer we mensen vragen of zij de verzorgingsstaat steunen dan betekent het antwoord op deze vraag in 1985 iets anders dan in 2005. Is de blijvend hoge steun voor de verzorgingsstaat in 2005 een teken dat men de tussen 1985 en 2005 doorgevoerde herzieningen afwijst of juist een teken dat men deze herzieningen steunt? Wie immers in 2005 zijn steun uitspreekt voor de verzorgingsstaat steunt een sinds 1985 in belangrijke mate herzien stelsel van arrangementen.

Kijken we naar de ontwikkelingen in Nederland, dan zien we een daling van de bestedingen aan de verzorgingsstaat en een afname van de generositeit van de arrangementen. Er heeft dus een zekere versobering plaatsgevonden. Tegelijkertijd stijgt de steun voor de verzorgingsstaat en de steun voor het stelsel van sociale zekerheid. Wanneer we deze twee waarnemingen statistisch aan elkaar koppelen en de vraag stellen wat er gebeurt met de steun voor de verzorgingsstaat wanneer we de bestedingen en de generositeit (statistisch) constant houden, dan zien we dat bij gelijkblijvende generositeit de algemene steun voor de verzorgingsstaat daalt. Dit betekent dat er steun is voor versobering en niet dat de steun

voor een genereuze verzorgingsstaat hoog blijft, zoals bijvoorbeeld het SCP veronderstelt. De conclusie moet dus zijn dat burgers een terugtrekkende verzorgingsstaat tot op zekere hoogte steunen. (zie: Achterberg, Van der Veen en Raven 2010: 9-25)

Deze conclusie mag niet verbazen. Wanneer we bijvoorbeeld de electorale steun in Nederland in ogenschouw nemen voor partijen die het neoliberale programma (terugdringing van staatsinterventie ten faveure van meer individuele verantwoordelijkheid en meer ruimte voor de markt) min of meer onderschrijven, dan kunnen we concluderen dat de steun voor deze politieke stroming de afgelopen decennia zeker is toegenomen. De steun voor partijen die onomwonden een genereuze en uitgebreide verzorgingsstaat steunen en versoering daarvan afwijzen, is daarentegen afgenomen. (Achterberg 2006) Het zou opmerkelijk zijn wanneer deze steun voor liberaal beleid niet in de opinie over de verzorgingsstaat waarneembaar was. Dat de steun voor de verzorgingsstaat afneemt bij gelijkblijvende generositeit laat zien dat dat wel het geval is. Kortom: de discrepantie tussen de publieke opinie en de beleidsontwikkeling met betrekking tot de verzorgingsstaat is minder groot dan vaak wordt gesuggereerd.

Er is dus nog steeds sprake van een brede steun voor de verzorgingsstaat, maar ook de beleidsveranderingen die zijn doorgevoerd kunnen op steun rekenen. Kijken we bijvoorbeeld naar de verschillende regelingen van sociale zekerheid, dan blijkt dat burgers de aard van de wederkerigheid tussen rechten en plichten belangrijk vinden. Daarbij kunnen we (in navolging van Mau 2003, 2004) een onderscheid maken tussen gegeneraliseerde-, gebalanceerde-, risico- en verplichtende wederkerigheid. Gegeneraliseerde wederkerigheid is ruimhartig en stelt weinig voorwaarden, universele volksverzekeringen, zoals de algemene ouderdomswet, zijn hier een goed voorbeeld van. Gebalanceerde wederkerigheid komt tot uiting in regelingen die zijn gebaseerd op het equivalentiebeginsel: de output (de uitkering) is afhankelijk van de input (de betaalde premie), zoals dit bij de meeste verzekeringen het geval is. Hoe meer en hoe langer men premie heeft betaald, hoe hoger of langduriger de uitkering. De werkloosheidsverzekering is hier een goed voorbeeld van. Risicowederkerigheid is gebaseerd op het idee van het sociale vangnet. Wanneer mensen worden getroffen door ziekte, werkloosheid of ouderdom moet er een vangnet zijn. Dit betekent dat de voorwaardelijkheid gering is, maar ook dat de rechten beperkt zijn. Een voorbeeld hiervan is het Nederlandse weduwen- en wezenpensioen. Verplichtende wederkerigheid ten slotte gaat uit van een sterke koppeling tussen rechten en plichten. De uitkering is sterk voorwaardelijk en de voorwaarden worden streng gehandhaafd. De Nederlandse bijstandswet is op dit idee van verplichtende wederkerigheid gebaseerd.

De denkbeelden van burgers over wederkerigheid verschillen sterk met het type risico. Kort samengevat: men ondersteunt het beginsel van verplichtende wederkerigheid in geval van

bijstandsverlening, van gebalanceerde wederkerigheid in geval van werkloosheid (waarin de werkloosheidsregeling voorziet) en arbeidsongeschiktheid, en men ondersteunt het principe van gegeneraliseerde wederkerigheid wanneer het gaat om ouderdom en deels ook om arbeidsongeschiktheid. Opvallend is dat tussen 1995 en 2006 de steun voor meer verplichtende wederkerigheid in het algemeen, dus in geval van alle regelingen, is toegenomen. De opvattingen van burgers over wederkerigheid blijken niet sterk af te wijken van de structuur van de regelingen. Sterker nog: de (ontwikkelingen in) opvattingen van burgers sluiten direct aan bij de trends die we kunnen waarnemen in de ontwikkeling van de regelingen. Die laatste betreft vooral een toename van verplichtende wederkerigheid in bijna alle regelingen en een lichte toename van gebalanceerde wederkerigheid in de sociale verzekeringen. (Achterberg, van der Veen en Raven 2010: 66-68)

Uit het voorgaande kunnen we concluderen dat er steun blijft voor de verzorgingsstaat omdat er brede steun is voor herzieningen die de (verplichtende) wederkerigheid versterken.

De steun voor de verzorgingsstaat is verder ook afhankelijk van de opvattingen van burgers over het recht van verschillende groepen mensen op ondersteuning, de zogenaamde *deservingness*. Uit onderzoek hiernaar blijkt dat het Nederlandse publiek verschillend oordeelt over de *deservingness* van verschillende groepen. Hulpbehoevendheid en schuld spelen daarbij een belangrijke rol. De steun voor arrangementen is hoog wanneer deze terecht komen bij mensen die deze nodig hebben en die geen schuld hebben aan hun behoefte. Ook in het geval van de opvattingen over *deservingness* ondersteunen de opvattingen van de Nederlandse burgers deels de ontwikkeling in het beleid. Toegepast op de sociale zekerheid: het beleidsstreven naar het voorkomen van misbruik en uitkeringsafhankelijkheid sluit nauw aan bij de opvatting dat sociale zekerheidsarrangementen terecht dienen te komen bij diegenen die deze het hardst nodig hebben. De bereidheid tot solidariteit is het grootst wanneer het gaat om mensen die buiten hun schuld behoeftig zijn – ouderen, zieken – en het kleinst wanneer het om mensen gaat die in culturele zin veraf staan van de *mainstream*. Wanneer het gaat om risico's die iedereen kunnen treffen en waar men zelf niet verantwoordelijk voor kan worden gehouden (ouderdom, arbeidsongeschiktheid) is de steun voor universele en herverdelende sociale zekerheid groot. Waar het gaat om meer specifieke doelgroepen (met name groepen die niet 'nabij' zijn) en meer specifieke risico's (minder algemene risico's en risico's waarvoor men tot op zekere hoogte wel verantwoordelijk kan worden gehouden) is de steun meer voorwaardelijk: er worden hogere eisen gesteld aan de mate van (verplichtende) wederkerigheid. Bij deze laatste type risico's en doelgroepen is de steun voor een meer op preventie en activering gerichte sociale zekerheid groot.

5 Tot slot

De hierboven beschreven beleidsveranderingen worden vaak getypeerd als een omslag naar een meer neoliberale visie op de verhouding overheid en burger. (Van Dam 2009; Van der Veen 2010a) Meer individuele verantwoordelijkheid en financiële prikkels voor burgers en uitvoerders spelen een belangrijke rol in het nieuwe paradigma, maar zijn geen doel op zich. Het doel is immers de collectieve en publieke verantwoordelijkheid zodanig vorm te geven dat verzorgingsstatelijke arrangementen mensen zo goed mogelijk faciliteren om maatschappelijk te participeren en om zo veel mogelijk zelf verantwoordelijkheid te dragen. Belangrijk hierbij is het beginsel van wederkerigheid. Niet bescherming staat centraal, maar een verantwoord evenwicht tussen collectieve verantwoordelijkheid en individuele rechten en plichten.

De voorgaande schets van ontwikkelingen in het beleid en in de opvattingen van burgers was slechts een opmaat naar ons eigenlijke onderwerp: de toekomst van de langdurige zorg. Daarvoor onderzoek ik in hoeverre de beginselen van een activerende verzorgingsstaat – of: sociale investeringsstaat, of: enabling state – behulpzaam kunnen zijn bij het denken over de toekomst van de langdurige zorg. De rechtvaardiging hiervoor is dat het idee van de activerende verzorgingsstaat zowel richtinggevend is voor de ontwikkelingen in het beleid als kenmerkend voor de veranderingen die zich in het denken over sociale rechten bij burgers voordoen.

Na deze bovenstaande schets van de algemene veranderingen die zich in het sociaal beleid en in de opvattingen van burgers over de verzorgingsstaat hebben voorgedaan, gaan we in de komende twee hoofdstukken dieper in op de vraag hoe sociaal beleid er in een activerende verzorgingsstaat uitziet (hoofdstuk 3) en meer in het bijzonder wat dit betekent voor de langdurige zorg (hoofdstuk 4).

Hoofdstuk 3

Sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat

Over nieuwe risico's en een nieuwe vormgeving van sociaal beleid

1 Inleiding

De omslag naar een meer activerend beleid is mede bepalend voor de toekomst van de langdurige zorg en van de AWBZ. De in het vorige hoofdstuk ontwikkelde typering van activerend beleid is echter nog zeer algemeen en ideaaltypisch. Dat wil zeggen: deze typering vat de algemene tendensen in de ontwikkeling van het sociaal beleid samen, maar er zijn nog aanzienlijke verschillen tussen de diverse beleidsdomeinen. We moeten ons dus verder verdiepen in de vraag hoe sociaal beleid er in een activerende verzorgingsstaat uitziet en wat dit vervolgens betekent voor de langdurige zorg.

Leggen we de AWBZ naast de kenmerken van zowel het oude, universele en beschermende beleidsparadigma als naast die van het nieuwe, activerende paradigma, dan wordt duidelijk dat ze nog het meest de kenmerken van het oude paradigma vertoont. Alleen de toegenomen privatisering van de dienstverlening en de grotere vraaggerichtheid (functiegerichte omschrijving en de introductie van het pgb) in de AWBZ sluiten enigszins aan bij de kenmerken van het nieuwe paradigma. Kijken we naar de opvattingen van de Nederlandse bevolking over sociale rechten en plichten van burgers, dan blijkt dat de steun voor een universele regeling voor zorg aan ouderen en aan kwetsbare groepen hoog is. Tegelijkertijd is er ook steun voor een bepaalde mate van wederkerigheid. Als mensen in staat zijn zelf verantwoordelijkheid te nemen, dan is er steun voor meer op preventie gericht beleid en voor een bepaalde mate van selectiviteit binnen de voorziening van de langdurige zorg. Binnen de randvoorwaarden van een activerend beleidsparadigma en een brede steun voor wederkerigheid in sociaal beleid zal de te verwachten herziening van de langdurige zorg en de AWBZ vorm krijgen.

In dit hoofdstuk behandel ik de vraag hoe sociaal beleid er in een moderne, activerende verzorgingsstaat in algemene zin uitziet.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Ik kijk eerst 'van buiten' naar het sociaal beleid. Ik besteed aandacht aan de ontwikkeling van de aard van de risico's waartegen de verzorgingsstaat 'bescherming' biedt en stel de vraag wat deze ontwikkelingen betekenen voor de inrichting van het huidige sociaal beleid. Vervolgens kijk ik 'van binnenuit' naar het sociaal beleid en stel de vraag wat de omslag naar een activerende verzorgingsstaat betekent voor de inrichting van het sociaal beleid.

In het volgende hoofdstuk (4) stel ik dezelfde vraag voor de langdurige zorg.

2 Oude en nieuwe sociale risico's

De verzorgingsstaat biedt bescherming tegen risico's (armoede, ziekte, ouderdom) die we niet individueel het hoofd kunnen bieden, maar waarvoor collectieve actie is vereist. De risico's die mensen lopen veranderen echter, om verschillende redenen, van aard. De 'oude' risico's waaromheen de arrangementen van de verzorgingsstaat zijn gebouwd, zijn niet meer de risico's die mensen tegenwoordig lopen. Met behulp van een aantal verschillende perspectieven op sociale risico's schets ik in deze paragraaf vier 'nieuwe' kenmerken van sociale risico's die bepalend worden geacht voor de toekomstige inrichting van verzorgingsstatelijke arrangementen.

2.1 Nieuwe risico's als gevolg van veranderende familierelaties en een veranderende arbeidsmarkt

Twee maatschappelijke ontwikkelingen zijn, zo benadrukt Esping-Andersen (2000), bepalend voor de aard van de 'nieuwe' risico's. Ten eerste de veranderende maatschappelijke positie van de familie en daarmee samenhangend van de vrouw. Ten tweede de veranderende arbeidsmarkt als gevolg van de overgang naar een post-industriële – ofwel diensteneconomie. De arrangementen van de verzorgingsstaat zijn in de twintigste eeuw opgebouwd rondom het zogenaamde kostwinnersgezin en de 'fordistische' arbeidsrelatie. Het kostwinnersgezin kende één verdiener (de man) en een traditionele verdeling van productieve en reproductieve taken tussen man en vrouw. De fordistische arbeidsrelatie was gebouwd op een langdurig relatie tussen werkgever en werknemer en op een minimum gezinsinkomen. Zowel het kostwinnersgezin als de fordistische arbeidsrelatie is sinds enige tijd in de verdrukking geraakt. Het kostwinnersgezin is niet meer de dominante huishoudensvorm en de arbeidsrelatie is in veel opzichten niet meer zo stabiel als ze was. De nieuwe risico's die samenhangen met de veranderde familieverhoudingen en de veranderde arbeidsrelatie concentreren zich bij lager opgeleiden, bij gezinnen met kinderen en bij werkende vrouwen.

Deze nieuwe risico's kunnen onder de volgende vijf noemers worden ondergebracht (Bonoli, 2004:4-5):

- Afstemming van werk en gezinsverantwoordelijkheden: de sterk gestegen arbeidsparticipatie van vrouwen heeft de traditionele rolverdeling in huishoudens veranderd. Huishoudelijk werk en de verzorging van kinderen worden in toenemende mate uitbesteed. Het nieuwe risico betreft het onvermogen om de eisen die het werk stelt te verzoenen met de eisen die het huishouden en het gezin stellen. Met name voor huishoudens met een lager inkomen vergroot dit risico de kans op armoede.
- De kwetsbare positie van alleenstaande ouders: de veranderende familieverhoudingen hebben tot een sterke stijging van de aantallen eenoudergezinnen geleid. In deze gezinnen doen zich de problemen van het verzoenen van werk en gezin in verhevigde mate voor en is er dus ook sprake van een verhoogd risico op armoede.

- Het hebben van kwetsbare en zwakke familieleden: de sterke stijging van de arbeidsparticipatie van vrouwen leidt niet alleen tot het uitbesteden van huishoudelijk werk en van kinderverzorging, maar ook tot uitbesteden van de zorg voor oudere en andere familieleden die verzorging nodig hebben. Bij beide partijen kan deze situatie tot belangrijk welvaarts- en welzijnsverlies leiden.
- Het bezit van geringe of overbodige vaardigheden: in een post-industriële economie werken laaggeschoolde mensen vooral in de dienstensector. De dienstensector biedt echter beperkte ruimte voor productiviteitsverhoging, waardoor het armoederisico hoog is: het minimumloon staat onder druk en het risico van werkloosheid is hoog.
- Geringe sociale zekerheid: de nieuwe arbeidsverhoudingen en nieuwe carriërepatronen sluiten slecht aan bij de beginselen waarop stelsels van sociale zekerheid – vooral pensioenstelsels – zijn gebouwd. Dit resulteert in een aanmerkelijk hoger armoederisico voor vooral ouderen.

Kortom, er zijn nieuwe risico's ontstaan rondom zorg en de afstemming van werk en zorg, en deze risico's concentreren zich bij ouderen, vrouwen en laaggeschoolden.

2.2 Nieuwe risico's als gevolg van toenemende kennis en toenemende keuzevrijheid

Ook de sociologen Beck en Giddens zijn van mening dat hedendaagse sociale risico's van een andere aard zijn dan ten tijde van de opbouw van de verzorgingsstaat. Zij komen echter tot andere conclusies dan Esping-Andersen en Bonoli. Beck en Giddens spreken over het ontstaan van een risicosamenleving. Voor Beck betekent dit dat in de moderne samenleving risico's steeds meer de onbedoelde gevolgen zijn van de instituties van de moderniteit zelf. (Beck 1992: 5). De industriële samenleving produceert neveneffecten, bijvoorbeeld milieuverontreiniging, die na verloop van tijd zo omvattend en dominant worden dat ze geen neveneffecten meer zijn maar dominant worden en de bedoelde effecten – welvaart – gaan overheersen. Een soortgelijk mechanisme – de geleidelijke dominantie van ongewenste neveneffecten – ontwaart Beck ook met betrekking tot de verzorgingsstaat. De ontwikkeling van de verzorgingsstaat heeft klassieke gezins- en leefpatronen ondermijnd en het gebruik van verzorgingsstatelijke arrangementen sterk gestimuleerd, waardoor uiteindelijk de verzorgingsstaat zelf aan effectiviteit inboet.

Volgens Giddens (1990; 1994) draait het bij nieuwe sociale risico's vooral om de onbedoelde gevolgen van de toename van kennis en de afname van het belang van traditie. Hij spreekt in dit verband over toenemende reflexiviteit. Meer kennis, meer vrijheid en minder traditie maken het mensen mogelijk om meer zelf te kiezen, om meer zelf richting aan hun bestaan te geven. Individualisering en globalisering maken dit mogelijk omdat deze tot 'detraditionalisering' leiden. Giddens stelt dat deze ontwikkeling ingrijpende gevolgen heeft voor de arrangementen van de verzorgingsstaat. In zijn ogen beschermt de verzorgingsstaat zoals we die nu kennen burgers tegen externe risico's, dat wil zeggen tegen tegenslag die

mensen onverwacht en buiten hun schuld overkomt. Een klassiek voorbeeld van een extern risico is de natuurramp. In geval van de verzorgingsstaat gaat het bij externe risico's om werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of ziekte. Tegenwoordig zijn deze risico's echter veel minder extern dan ten tijde van de opbouw van de verzorgingsstaat, aldus Giddens en worden ze meer en meer wat hij noemt *manufactured risks* ofwel 'interne risico's'.

Met het het begrip *manufactured risk* verwijst Giddens naar het feit dat sociale risico's steeds meer het product zijn geworden van bewust handelen. Omdat traditionele instituties – het kostwinnersgezin, de 40-urige werkweek, het vaste dienstverband, sexerollen – hun dominantie verliezen, veranderen risico's van karakter en worden het handelen van mensen en de keuzes die zij maken steeds belangrijker voor de risico's die zij lopen. (Giddens 1994: 152)

Een goed voorbeeld van de verschuiving van een extern naar een *manufactured* of intern risico is roken. Naarmate onze kennis over de negatieve gevolgen van roken toeneemt, wordt het risico op longkanker ten gevolge van roken steeds meer een intern risico, dat wil zeggen het gevolg van 'bewust' gemaakte keuzes van actoren. Deze ontwikkeling doet zich bij meer en meer gezondheidsrisico's voor. Dezelfde redenering geldt ook voor de meer klassieke risico's waartegen verzorgingsstatelijke arrangementen beschermen, bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid. Het klassieke – fordistische – risico op arbeidsongeschiktheid was ten dele inherent aan het industriële productieproces en kon niet worden herleid tot het handelen van individuele werkgevers en werknemers. (Schwitters 1991) In de moderne post-industriële economie is het risico op arbeidsongeschiktheid steeds meer het product geworden van de keuzes die werkgevers maken bij de inrichting van het productieproces en van keuzes die werknemers maken bij de inrichting van hun leven. (Van der Veen 2003)

De actieve rol die de burger speelt in de omgang met *manufactured risks* staat centraal in Giddens' idee van de verzorgingsstaat van de toekomst. Hij gebruikt hiervoor een drietal begrippen – *life politics, generative politics and positive welfare* – die onderling nauw verweven zijn en die explicatie behoeven. *Life politics* is een politiek gericht op levensstijl en niet op levenskansen. Een politiek van gelijke kansen is voor Giddens kenmerkend voor de traditionele verzorgingsstaat, in *life politics* gaan het debat en de strijd echter om de vraag hoe we moeten leven in een wereld die niet langer wordt bepaald door de natuur of de traditie maar door menselijke beslissingen. (Giddens 1994: 14-15) *Generative politics* is een politiek gericht op het verschaffen van middelen en het scheppen van voorwaarden zodat burgers zelfstandig maatschappelijk kunnen functioneren. (Giddens 1994: 15). *Positive welfare* ten slotte staat tegenover *negative welfare*, dat kenmerkend is voor de tradionele verzorgingsstaat. *Negative welfare* is gericht op bescherming tegen ongelukken die ons nu eenmaal kunnen overkomen, op het bestrijden van de gevolgen nadat het ongeluk zich heeft voltrokken. *Positive welfare* daarentegen richt zich op mobilisering van mensen en

versterking van de individuele autonomie en de onderlinge solidariteit. Dat draagt meer bij aan het voorkomen van tegenslagen en daarmee aan *welfare* dan bestrijding van de gevolgen van deze tegenslagen doet. (Giddens 1994: 18, 227-228; 1998: 117)

Het feit dat risico's in toenemende mate een intern karakter hebben, maakt ze volgens Giddens steeds minder geschikt om ze op de klassieke verzorgingsstatelijke wijze te benaderen, dat wil zeggen via collectieve verzekering tegen de mogelijke negatieve gevolgen van deze risico's. Juist omdat risico's meer intern worden, zal de aanpak ervan moeten bestaan uit het voorkomen van risico's (preventie), op het toerusten van mensen om met risico's om te kunnen gaan (*enabling, empowering*) en op het zodanig toewijzen van verantwoordelijkheden dat actoren verstandig met risico's omgaan. Verzorgingsstatelijke arrangementen moeten ten gevolge van de verschuiving in risico's dus veranderen van collectieve, beschermende naar preventieve, activerende arrangementen. Deze laatste leggen noodzakelijkerwijs een belangrijke nadruk op individuele verantwoordelijkheden. Actoren worden vervolgens gefaciliteerd om deze verantwoordelijkheden te dragen.

2.3 Nieuwe risico's als gevolg van de werking van de verzorgingsstaat in een kennissamenleving

Zowel Esping-Andersen en Bonoli als Beck en Giddens leggen de nadruk vooral op het feit dat de verzorgingsstaat in een andere omgeving opereert dan toen zij werd ontwikkeld. Het is vooral deze veranderende omgeving die maakt dat sociale risico's veranderen en dat dientengevolge, naar de mening van deze auteurs, ook de aard van de arrangementen van de verzorgingsstaat dient te veranderen. De Belgische socioloog Mark Elchardus legt in zijn analyse van nieuwe risico's de nadruk veel meer op de verzorgingsstaat zelf. Hij negeert de door de vier bovengenoemde auteurs beschreven maatschappelijke veranderingen niet, maar zoekt veel meer dan zij de oorzaak van de veranderende risico's in de werking van de verzorgingsstaat zelf.

Volgens Elchardus (2003) is er in de kennissamenleving sprake van een nieuwe sociale kwestie, van nieuwe vormen van uitsluiting en ongelijkheid. Deze nieuwe sociale kwestie is het resultaat van een aantal verschillende ontwikkelingen. Ten eerste is er in een kennissamenleving een toenemende vraag naar hogergeschoolden. Ten tweede worden er hogere eisen aan de individuele kwaliteiten, prestaties en verantwoordelijkheden van mensen gesteld. Dit brengt laaggeschoolden in een kansarme positie op de arbeidsmarkt. Dit effect wordt, ten derde, door de verzorgingsstaat versterkt. Voorheen was er sprake van compensatie door de verzorgingsstaat. Het mogelijke gebrek aan vermogen van laaggeschoolden om op de arbeidsmarkt in de eigen behoeften te kunnen voorzien werd gecompenseerd door het sociaal-economisch beleid en de sociale zekerheid. De moderne, activerende verzorgingsstaat doet dat veel minder en benadrukt juist het belang van arbeid en de individuele verantwoordelijkheid van de burger. In de moderne kennis-

samenleving is, ten vierde, veel beter te voorspellen wie kwetsbaar is. Dat geldt overigens niet alleen voor het risico op werkloosheid in een kennissamenleving, maar door onze toenemende medische kennis ook voor risico's op ziekte en arbeidsongeschiktheid. Deze grotere voorspelbaarheid (en concentratie) van risico's, gecombineerd met de connotatie van persoonlijke verantwoordelijkheid en schuld, ondermijnt de solidariteit waarop de arrangementen van de verzorgingsstaat mede zijn gebouwd. Er is geen sprake meer van diffuus verdeelde risico's die een ieder kunnen treffen, maar van geconcentreerde en voorspelbare risico's. Bij diegenen die een gering risico lopen, zal de bereidheid afnemen om solidair te zijn met hen die wel veel risico lopen. Deze ondermijning van de solidariteit leidt volgens Elchardus ten slotte tot het ontstaan van een nieuwe breuklijn tussen vooral hoog- en laaggeschoolden, wat de nog bestaande solidariteit vervolgens weer verder ondermijnt.

Er doet zich kortom een concentratie van risico's bij bepaalde groepen voor, die wordt versterkt door de werking van activerend beleid. Deze ontwikkeling ondermijnt de solidariteit en stimuleert de tendens tot selectiviteit in het sociaal beleid.

2.4 Nieuwe risico's als gevolg van nieuwe ongelijkheden

De ontwikkeling van verzorgingsarrangementen kunnen ook vanuit het perspectief van een 'dynamiek van gelijkheid' worden beschreven. (Paul Schnabel 2004) De twintigste eeuw is een eeuw die mede dankzij de arrangementen van de verzorgingsstaat gekenmerkt wordt door een toenemende gelijkheid, zo analyseert Schnabel. Verticale ongelijkheden nemen af, dat wil zeggen de afstand tussen hoog en laag wordt minder groot en de middenklasse wordt steeds groter. In de twintigste eeuw wordt geleidelijk een egalitaire cultuur dominant. Toenemende (verticale) gelijkheid betekent volgens Schnabel echter ook meer ruimte voor nieuwe verschillen. En dan geen nieuwe verticale verschillen, maar diversiteit en pluriformiteit in leefstijlen. Er ontstaat ruimte voor individualiteit. Schnabel spreekt over kwalitatief individualisme: ruimte voor het individu en een cultuur waarin zelfontplooiing en emancipatie hoog staan aangeschreven. Onder dergelijke omstandigheden ontstaan geleidelijk meer horizontale ongelijkheden, dat wil zeggen variaties tussen individuen. Deze cultuur van kwalitatief individualisme is echter gefundeerd in een cultuur van gelijkheid, omdat de bestaanszekerheid die deze laatste cultuur mogelijk heeft gemaakt de basis is waarop de nieuwe vrijheid (en ongelijkheid) van het kwalitatief individualisme is gebouwd.

De nieuwe cultuur heeft volgens Schnabel belangrijke gevolgen voor de arrangementen van de verzorgingsstaat. Het gelijkheidsprincipe verliest volgens hem geleidelijk zijn werking als maatschappelijke kracht. Het staat nu vooral nog voor behoud van het verworvene, het is belangenbehartiging geworden. De nieuwe cultuur stimuleert een andere visie op de verzorgingsstaat die minder genereus zal zijn, waarin de verantwoordelijkheid weer meer bij de burger komt te liggen en waarin meer vrijheid en variatie mogelijk wordt. Op het fundament

van gelijkheid wordt nu gezocht naar mogelijkheden om de vrijheid van het individu meer ruimte te geven. Dat betekent meer verantwoordelijkheid voor het eigen leven en minder overheidsbemoedening. Schnabel wijst met andere woorden vooral op een veranderende perceptie van risico's, die tot uiting komt in een grotere ruimte voor individuele verantwoordelijkheid.

2.5 Conclusie

De voorgaande beschouwingen over de veranderde aard en perceptie van sociale risico's laat zien dat deze veranderingen belangrijke gevolgen hebben voor de aard van de noodzakelijke zorg en voor de verdeling van verantwoordelijkheden.

In algemene zin geldt dat sociale risico's heden ten dage:

- Meer geconcentreerd zijn bij bepaalde sociale groepen.
- Beter voorspelbaar zijn geworden.
- Afhankelijker zijn geworden van de leefstijl en van de keuzes die mensen maken.
- Minder voelbaar zijn in de sfeer van de arbeid en meer in de sfeer van het gezinsleven.
- En meer betrekking hebben op de levensstijl en de afstemming van gezin en werk, van zorg en arbeid.

Wat de vraag naar het begrip noodzakelijk zorg betreft, kunnen we concluderen dat ook de aard van deze zorg verandert. Ten eerste maken de veranderingen op de arbeidsmarkt en in de huishoudensstructuur het belangrijker dan voorheen dat sociaal beleid de mogelijkheid en faciliteiten biedt om werk en zorg te combineren. Ten tweede is door de veranderende aard van sociale risico's meer aandacht voor preventie noodzakelijk. En waar het, ten derde, om de verdeling van verantwoordelijkheden gaat, is de conclusie dat meer aandacht voor individuele keuzes en eigen risico noodzakelijk is. Maar dan wel zodanig dat, ten vierde, individuele en collectieve verantwoordelijkheden op elkaar afgestemd blijven. Dit opdat er een zeker draagvlak blijft voor solidariteit en om te voorkomen dat bepaalde risicogroepen – ouderen, vrouwen – buiten de boot vallen.

3 Naar een nieuwe inrichting van het sociaal beleid

Mede onder invloed van de veranderingen die zich voordoen in sociale risico's, verandert het sociale beleid. In deze paragraaf kijken we meer in detail naar deze veranderingen in het sociale beleid.

3.1 Sociale rechten in een activerende verzorgingsstaat

De Nederlandse verzorgingsstaat, die primair gericht was op bescherming van haar burgers tegen externe risico's, verandert geleidelijk in een verzorgingsstaat die is gericht op activering, op investering in menselijk potentieel en op preventie. Sociale rechten in een beschermende

verzorgingsstaat worden primair gedefinieerd in termen van behoeften. Een activerende verzorgingsstaat is in normatieve zin echter minder sterk getoonzet in termen van behoeften en meer in termen van wederkerigheid tussen overheid en burger. Activering, investering en preventie gaan nog steeds uit van ondersteuning door de overheid, maar dan wel afgestemd op de mogelijkheden van de individuele burger en ter versterking van individuele autonomie en participatie. Een dergelijke wederkerigheid impliceert dat sociale rechten niet onvoorwaardelijk zijn. Aan de burger worden op een of andere manier eisen gesteld. In deze eisen krijgt de wederkerigheid tussen de rechten en de plichten van burgers vorm.

In zijn boek *The Modern Social Conflict* (1988) maakt de Duits-Britse socioloog en politicus Ralf Dahrendorf een nuttig onderscheid tussen twee kenmerken van sociale rechten: *entitlements en provision*. Entitlements zijn de formele rechten van burgers en het antwoord op de vraag wie recht heeft op een bepaalde vorm van ondersteuning. Provision betreft de wijze waarop en de voorwaarden waaronder deze rechten beschikbaar komen. Entitlements kunnen zeer ruim zijn terwijl de wijze waarop ze beschikbaar komen de toegankelijkheid ervan toch bemoeilijkt. Entitlements en provision tezamen bepalen volgens Dahrendorf de kwaliteit van sociale rechten. De mate van wederkerigheid van sociaal beleid kan langs deze twee dimensies variëren.

Wanneer sociale rechten (entitlements) van burgers worden beperkt, neemt de selectiviteit van beleid toe. Dat betekent dat slechts een beperkte groep burgers recht heeft op een bepaalde voorziening. De aard van de wederkerigheid die wordt gevraagd, ligt dan besloten in de wijze waarop deze beperking vorm krijgt. Sociale rechten afhankelijk maken van de bijdrage die burgers hebben geleverd, is een klassieke methode van beperking van sociale rechten. Een andere methode van beperking is het hanteren van een bepaalde mate van eigen risico. Pas wanneer een bepaalde drempelwaarde wordt overschreden, is er recht op ondersteuning.

In Nederland bestaat nog steeds een relatief universeel stelsel van sociale rechten. Wederkerigheid is vooral vergroot door de toegankelijkheid van voorzieningen voorwaardelijker te maken. Dat kan op verschillende manieren gebeuren: door de burger zelf te verplichten tot bepaalde activiteiten of door zijn omgeving verplichtingen op te leggen. In het eerste geval hebben we het bijvoorbeeld over activerings- en reïntegratiebeleid. De burger heeft recht op ondersteuning (een uitkering) mits hij zijn best doet zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan en daarbij gebruik maakt van de hem aangeboden instrumenten (training, scholing, gesubsidieerd werk et cetera.).

Verplichtingen kunnen echter ook tot doel hebben om gedeelde verantwoordelijkheden in het leven te roepen en daarom opgelegd worden aan de omgeving van de rechthebbende burger, bijvoorbeeld zijn werkgever (wat bijvoorbeeld gebeurt in de Wet Poortwachter) of zijn sociale netwerk (wat gebeurt in de Wmo).

Meer selectiviteit, eigen risico's, activering en gedeelde verantwoordelijkheden geven tezamen niet alleen vorm aan een versterking van de wederkerigheid in sociaal beleid, maar dragen ook bij aan het preventieve karakter van het sociaal beleid. Zo wordt getracht het beroep op voorzieningen zo veel mogelijk te voorkomen. Het beleid moet vooral de autonomie van de burger bevorderen en niet zijn afhankelijkheid van verzorgingsstatelijke arrangementen vergroten. In een activerende verzorgingsstaat wordt echter ook in directe zin preventief beleid gevoerd. Omdat sociale risico's meer en meer als beïnvloedbaar worden gezien, wordt het mogelijk en wenselijk om risico's via preventief beleid te voorkomen.

3.2 Een nieuwe vormgeving van sociaal beleid

In deze paragraaf wil ik de hiervoor kort getypeerde kenmerken van sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat (selectiviteit en eigen risico; gedeelde verantwoordelijkheid; activering en investering; en preventie) verder verkennen.

Selectiviteit en eigen risico's

Meer selectiviteit en de introductie van eigen risico's hebben binnen het kader van een activerende verzorgingsstaat niet primair tot doel de overheidsuitgaven terug te dringen, maar moeten vooral de autonomie van burgers stimuleren en afhankelijkheid van verzorgingsstatelijke arrangementen voorkomen. Ik kijk hier vanuit dit laatste perspectief naar selectiviteit van beleid en de introductie van eigen risico's.

Bij beide beleidsinstrumenten doen zich vergelijkbare problemen voor. Deze betreffen de vraag wie in staat zijn zelf risico's te dragen en in welke mate zij dit kunnen. Deze vraag heeft twee kanten. In de eerste plaats gaat deze over de behoeften van burgers. Wanneer mensen uitgesloten worden van voorzieningen gaan we er vanuit dat zij terug kunnen vallen op financiële reserves of op een sociaal netwerk. In de tweede plaats is de capaciteit van burgers om hun lot te beïnvloeden in het geding. Selectiviteit en eigen risico's hebben in een activerende verzorgingsstaat immers tot doel de individuele verantwoordelijkheid van burgers aan te spreken, en zodoende burgers die wel voor zichzelf kunnen zorgen te stimuleren dat te doen en een beroep op voorzieningen door deze groep te voorkomen. Ik ga hier vooral in op de capaciteit van burgers om hun eigen lot te beïnvloeden. De vraag wie die capaciteiten bezit is in geval van een activerende verzorgingsstaat cruciaal. De behoefte-vraag daarentegen is niet nieuw.

Het werk van de politiek-filosoof Ronald Dworkin (1981) kan behulpzaam zijn bij het vinden van een antwoord op de vraag hoe om te gaan met verschillende capaciteiten van burgers. Dworkin stelt dat de overheid de burgers als gelijken dient te behandelen, maar dat burgers nu eenmaal niet gelijk zijn. Ze hebben verschillende voorkeuren en verschillende capaciteiten. Een overheid dient de burger volgens Dworkin zo veel mogelijk vrij te laten in de inrichting van zijn leven, maar bij de inrichting van haar beleid wel rekening te houden met de

omstandigheden waarin mensen buiten hun schuld verkeren. In de omgang met burgers moet de overheid daarom de (her)verdeling van hulpbronnen zo veel mogelijk gevoelig laten zijn voor ambities en keuzes en zo min mogelijk voor omstandigheden. (Pierik 1995: 61) Met andere woorden: wanneer mensen behoefte krijgen aan ondersteuning als gevolg van keuzes die ze zelf hebben gemaakt, zijn zij ook zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van die ondersteuning. Wanneer mensen door omstandigheden buiten hun schuld behoeftig worden, kunnen ze een beroep doen op collectief georganiseerde voorzieningen. De Nederlandse politicoloog Roland Pierik heeft deze benadering toegepast op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en is daarmee uitgekomen op een verwerping van het in Nederland in de arbeidsongeschiktheidsverzekering opgenomen zogeheten *risque social* en op een beperking van de collectieve dekking van het *risque professionnel*. Voor zover het *risque social* het gevolg is van keuzes die mensen maken, dragen zij daar ook zelf de verantwoordelijkheid voor. Voor zover de werkgever verantwoordelijk is voor het *risque professionnel*, draagt hij daar de verantwoordelijkheid voor. (Pierik 1995: 110-116)

Het door Dworkin gemaakte onderscheid tussen keuzes en omstandigheden kan ook gebruikt worden om een antwoord te vinden op de vraag wanneer de instrumenten van selectiviteit en eigen risico toepasbaar zijn in een activerende verzorgingsstaat. Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers via meer selectiviteit en een groter eigen risico is immers alleen werkzaam wanneer er sprake is van een behoefte aan ondersteuning ten gevolge van keuzes en niet wanneer het om een behoefte gaat die het gevolg is van omstandigheden die buiten de invloedssfeer van iemand liggen. Wanneer er sprake is van beïnvloedbare keuzes zullen de instrumenten van meer selectiviteit en een hoger eigen risico hierop van invloed kunnen zijn.

Theoretisch is het onderscheid tussen keuzes en omstandigheden tamelijk eenvoudig te maken, in de alledaagse werkelijkheid vervagen de grenzen tussen beide echter snel. Is het bij arbeidsongeschiktheid al lastig om een strakke grens te trekken, op andere terreinen van overheidsbemoedening is het vaak nog veel moeilijker. Is obesitas een gevolg van keuzes die mensen maken of is de sociaal ongelijke verdeling van obesitas er juist een indicatie van dat hier meer speelt dan individuele keuzes en dat daarom het beïnvloeden van de individuele leefstijl niet de geëigende interventie is? (Tonkens 2010)

Gedeelde verantwoordelijkheden

De Nederlandse verzorgingsstaat is van oudsher een corporatistische verzorgingsstaat, een verzorgingsstaat die is gebouwd op een verdeling van de collectieve verantwoordelijkheden tussen de staat en de sociale partners. Sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat is eveneens gebouwd op het delen van verantwoordelijkheid, maar gaat hierin verder dan de traditionele, corporatistische verzorgingsstaat.

De verdeling van verantwoordelijkheden in een activerende verzorgingsstaat moet zodanig gebeuren dat de betrokken actoren worden gestimuleerd hun verantwoordelijkheid te nemen

en zodoende zullen trachten risico's te voorkomen. Ook moet deze verdeling bijdragen aan de autonomie en (maatschappelijke) participatie van burgers. Een goed voorbeeld hiervan is de herziene arbeidsongeschiktheidswetgeving. Werkgevers zijn meer dan voorheen verantwoordelijk voor het voorkomen van arbeidsongeschiktheid bij hun werknemers. Het idee hierachter is dat zij door de inrichting van werkprocessen en door hun personeelsbeleid – waaronder de omgang met zieke werknemers – mede van invloed zijn op eventuele arbeidsongeschiktheid van werknemers. Via de zogenoemde Wet Poortwachter en de WULBZ (de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte) is de financiële aansprakelijkheid van werkgevers vergroot in de hoop zo verantwoord werkgeverschap te stimuleren. Dat moet onder meer resulteren in minder arbeidsongeschikten en een hogere arbeidsparticipatie.

Ook binnen de Wmo wordt het instrument van gedeelde verantwoordelijkheden gehanteerd. Het uitgangspunt van deze wet is dat ondersteuning eerst geleverd wordt door het institutionele en sociale netwerk waarbinnen burgers verkeren, een netwerk dat actief wordt gesteund via de Wmo. Pas wanneer dit netwerk niet in staat is ondersteuning te leveren, kan worden teruggevallen op uit de Wmo gefinancierde voorzieningen. Dit wordt het compensatiebeginsel van de Wmo genoemd.

Bij het instrument van gedeelde verantwoordelijkheden komt dezelfde vraag op als bij de instrumenten van selectiviteit en eigen risico: onder welke omstandigheden kunnen de verantwoordelijkheden worden gedeeld en wel zodanig dat deze verdeling bijdraagt aan de versterking van de autonomie en (maatschappelijke) participatie van burgers? In het geval van arbeidsongeschiktheid is er sprake van een arbeidsrelatie tussen een werkgever en een werknemer, waarbij de verantwoordelijkheid van de werkgever door middel van financiële prikkels kan worden geactiveerd. In het geval van de Wmo is hiervan echter geen sprake en moet men terugvallen op vormen van familiale en charitatieve ondersteuning. Deze ondersteuning kan wel worden gefaciliteerd, maar niet worden afgedwongen.

Activering en investering

De activerende verzorgingsstaat is gebaseerd op het idee dat verzorgingsstatelijke arrangementen vooral gezien moeten worden als een investering in menselijk potentieel (*human capital*). In het onderwijs, de zorg en in de sociale zekerheid moeten arrangementen zo worden ingericht dat zij zo veel mogelijk bijdragen aan de autonomie en de maatschappelijke participatie van het individu.

Het instrument van activering heeft twee kanten. Ten eerste is het doel van activering dat een individu of een huishouden een zelfstandig leven kan leiden door de capaciteiten van het individu of het huishouden, en eventueel de omgeving van deze, te stimuleren.

Activerend beleid stelt middelen ter beschikking om deze capaciteiten indien nodig te vergroten. Dat kan zijn omscholing voor een werkloze, voorzieningen op de werkplek voor

een arbeidsongeschikte of subsidie vanuit de Wmo aan activiteiten of organisaties die participatie van burgers beogen en stimuleren, zoals vrijwilligerscentrales.

Activering impliceert echter ook, ten tweede, dat mensen worden aangesproken op hun individuele verantwoordelijkheid. Het individu wordt dan verplicht alles in het werk te stellen om zelfstandig te kunnen leven. De traditionele sollicitatieplicht in de sociale zekerheid is daarvan een voorbeeld, maar iedere vorm van sociaal beleid is in beginsel gebaseerd op een evenwicht tussen rechten en plichten. In de plichten van de burger komt zijn individuele verantwoordelijkheid tot uiting. Sociale plichten maken traditioneel deel uit van het sociaal beleid en dienen vooral de uitvoerbaarheid van het sociaal beleid. Zonder sollicitatieplicht of een informatieplicht wordt een stelsel van sociale zekerheid onbeheersbaar en onuitvoerbaar. Bij sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat gaan de plichten van de burger echter verder. Deze plichten moeten ook autonomie en participatie stimuleren en het delen van verantwoordelijkheden faciliteren.

Het instrument van activering en investering roept wel de vraag op wanneer autonomie en participatie daadwerkelijk worden bevorderd. Verhoogt scholing bijvoorbeeld daadwerkelijk de arbeidskansen van werklozen? En zo ja, welke soort scholing? En voor wie? Is het nuttig iedere werkzoekende in een om-, bij- of herscholingsprogramma onder te brengen? Of is er sprake van verdringing op de arbeidsmarkt, wat investeringen in om-, bij- en herscholing van werklozen mogelijk teniet doet? Deze serie, niet eenvoudig te beantwoorden, vragen illustreert dat sociaal beleid dat niet slechts wil beschermen maar ook wil activeren en maatschappelijke deelname van burgers wil bevorderen hogere eisen stelt aan wat wel wordt genoemd 'de beleidstheorie'.

De beleidstheorie in een beschermende verzorgingsstaat richt zich op behoeftebepaling en op wat een adequate bescherming is: wie heeft behoefte aan ondersteuning en hoeveel ondersteuning is noodzakelijk? De beleidstheorie in een activerende verzorgingsstaat moet zich ook uitspreken over hoe de doelen van autonomie en participatie zijn te bereiken. Deze doelen worden vertaald in *essentially contested concepts* – begrippen die de inzet zijn van politieke strijd en discussie – zoals inzetbaarheid op de arbeidsmarkt, gezondheid of veiligheid. In een activerende verzorgingsstaat is voor het voeren van bijvoorbeeld het sociale zekerheidsbeleid naast een behoeftetheorie ook een activeringstheorie nodig. De ontwikkelingen in het sociaal beleid van de afgelopen jaren illustreren dat men één deel van een dergelijke theorie heeft ontwikkeld: namelijk een beheersingsstrategie die is gebaseerd op de gedachte dat de kosten voor het beroep op de sociale zekerheid zo veel als mogelijk is, gelegd moeten worden bij de veroorzaker van die kosten. De ontwikkelingen in het beroep op de sociale zekerheid illustreren dat deze strategie redelijk effectief genoemd kan worden. Het tweede deel van een dergelijke theorie lijkt echter nog te ontbreken: een activeringstheorie. Het recente debat over de effectiviteit van het reïntegratiebeleid illustreert dit. (Van der Veen 2010b) Dit debat gaat over de vraag of het geld dat besteed wordt aan de reïntegratie

tegratie van werklozen en arbeidsongeschikten wel nuttig wordt gebruikt. Sommigen stellen dat mensen zonder deze middelen ook wel weer aan het werk komen, en sterker nog: dat ze vanwege 'leuke' voorzieningen, zoals cursussen, soms zelfs later aan het werk gaan. Het probleem in deze discussie is dat niet duidelijk is welke interventie bij wie en onder welke omstandigheden werkt. Dat is de reden waarom we een complexe interventietheorie nodig hebben, complexer dan wanneer alleen uitgegaan wordt van arrangementen die bescherming bieden. Bij de reïntegratieactiviteiten zegt deze theorie dan iets over wat, wie, wanneer en hoe. En in het debat over de (langdurige) zorg geeft deze theorie duidelijker aan wie, wanneer en waar behoefte heeft aan zorg.

Preventie

Wanneer bescherming niet meer het primaire doel van verzorgingsstatelijke arrangementen is, wanneer 'voorzorg' belangrijker wordt dan nazorg, dan zal preventie ook een centraal onderdeel vormen van sociaal beleid. Preventie van werkloosheid door het vergroten van de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt (*employability*). Preventie van onveiligheid door criminaliteitsbestrijding. Preventie van ziekte door gezondheidsbevordering.

Preventief beleid kan er echter snel toe leiden dat het net van het preventief beleid veel te ruim wordt uitgegooid en verwachtingen wekken die niet waargemaakt kunnen worden. Daarop wijst politicoloog Herman van Gunsteren in een bredere beschouwing over burgerschap en beleid, getiteld *Bouwen op burgers* (2008), waarin hij uitgebreid stilstaat bij het fenomeen preventief beleid. Hij kijkt hierbij vooral naar preventief veiligheidsbeleid, maar zijn benadering is breder toepasbaar.

Zoals hierboven reeds is opgemerkt: in een activerende verzorgingsstaat hebben we een tamelijk gedetailleerde beleidstheorie of, zoals van Gunsteren het noemt, interventietheorie nodig. Dat is ook het geval bij preventief beleid. We hebben een beeld van de werkelijkheid nodig waarop we ons beleid kunnen baseren. We moeten weten wat de oorzaken zijn van obesitas – of, in de analyse van Van Gunsteren, wie kwetsbaar is voor de verlokkingen van de fundamentalistische islam – om vervolgens beleid, bijvoorbeeld een vettaks of het monitoren van bepaalde moskeeën, vorm te kunnen geven. Aan de basis van Van Gunsterens kritiek op preventief beleid ligt het idee dat onze kennis over obesitas of over extremisme altijd beperkt is en dat dus onze theorieën over die werkelijkheid onvermijdelijk onzeker zijn. Desalniettemin gaat preventief beleid uit van een hoge maakbaarheid, wat een hoge mate van zekerheid veronderstelt.

De interventietheorie waarop preventief beleid is gebaseerd omvat naast een beeld van de werkelijkheid, ook een beeld van een 'standaardburger', een normatief 'ideaal' van hoe burgers zich gedragen en van wat burgers willen. Ook nu geldt weer dat de theorie meer

zekerheid vraagt dan de sociale werkelijkheid toelaat. De ene burger is de andere niet. Preventief beleid gaat er vanuit dat wie niet aan het idee van de standaardburger voldoet tot de mogelijke risicogroep behoort. Let wel: *mogelijke* risicogroep. De daadwerkelijke risicogroep is onvermijdelijk kleiner. Juist omdat we in preventief beleid risico's uit willen sluiten en we altijd – tot op zekere hoogte – onzeker zijn, rekken we ons beeld van de werkelijkheid en onze opvatting van de standaardburger zodanig op dat zij zo veel mogelijk potentiële risico's omvatten. Om dat te bereiken nemen we ook veel situaties en burgers mee die uiteindelijk geen risico blijken te vormen.

Deze problemen rondom de interventietheorie waarop preventief beleid is gebaseerd, leiden ertoe dat er altijd misclassificaties optreden. Volgens van Gunsteren brengt preventief beleid dan ook het grote gevaar met zich mee te ruim te worden ingezet – om zoveel mogelijk risico's uit te sluiten – waardoor de kosten onnodig hoog worden. Ook zullen burgers het beleid snel negatief beoordelen, vanwege die hoge kosten en vanwege de vele *false positives*, dat wil zeggen: mensen of situaties die ten onrechte als risico's worden aangemerkt. De centrale vragen die we moeten stellen met betrekking tot preventie is dus hoe zeker de interventietheorie is waarop we ons baseren, hoe groot het risico van misclassificatie is en hoe goed eventuele fouten te herstellen zijn.

4 Conclusie en vervolg

Een verzorgingsstaat die de bescherming van haar burgers tegen de (externe) risico's die hen overkomen vooropstelt, heeft een theorie van behoefte nodig die antwoord geeft op de vraag wie, wanneer ondersteuning nodig heeft en hoeveel. In beginsel zijn hierop twee typen antwoorden mogelijk. De eerste wordt gegeven door de Europese, continentale, brede en universele verzorgingsstaten: in bepaalde omstandigheden heeft iedere burger ondersteuning nodig. Iedereen kan daarom in beginsel aanspraak maken op publiek georganiseerd onderwijs, gezondheidszorg, bijstand, sociale zekerheid of pensioen. Deze universele rechten krijgen vorm in een basisvoorziening, in een op ingelegde premies gebaseerd systeem of – in laatste instantie – via een middelentoets.

Het tweede type antwoord wordt gegeven door de meer selectieve, Angelsaksische verzorgingsstaten, zoals de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. In dergelijke verzorgingsstaten zijn voorzieningen selectief en minimaal en alleen beschikbaar voor hen die de voorziening 'echt' nodig hebben. Bijstand is bijvoorbeeld alleen toegankelijk voor alleenstaande ouders (meestal vrouwen) met kinderen, een werkloosheidsverzekering wordt niet publiek georganiseerd, publieke gezondheidszorg is bedoeld voor diegenen die zich geen private zorg kunnen veroorloven et cetera. Rechten worden selectief door groepen af te bakenen of door voorzieningen als vangnet met een zeer strikte toegang vorm te geven.

In het voorgaande hebben we in algemene zin de werking van de beleidsinstrumenten van selectiviteit en eigen risico's, van het delen van verantwoordelijkheden, van activering en

investering en van preventie besproken. Deze instrumenten staan centraal in de vormgeving van sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat.

We hebben gezien dat deze instrumenten de beleidsmaker voor een veel grotere opgave stellen dan de klassieke, op bescherming gerichte, verzorgingsarrangementen doen. Net als de beleidsmaker in een beschermende verzorgingsstaat heeft de beleidsmaker in een activerende verzorgingsstaat een theorie van behoeften nodig. Maar dat is niet voldoende. Om de in dit hoofdstuk besproken instrumenten op een activerende wijze in te kunnen zetten, moeten we verder ook in staat zijn om de capaciteiten van burgers en de beïnvloedbaarheid daarvan te beoordelen.

Ten slotte moeten we in staat zijn om de werking van instrumenten te beoordelen. Dit vereist een gedetailleerde interventietheorie die onvermijdelijk meer zekerheid vraagt dan onze kennis over de sociale werkelijkheid toelaat.

In het volgende hoofdstuk richten we onze blik op de langdurige zorg en gaan we onderzoeken in hoeverre de beginselen en instrumenten van de activerende verzorgingsstaat – hier in algemene termen in kaart gebracht – bruikbaar zijn bij de inrichting van de langdurige zorg.

Hoofdstuk 4

Langdurige zorg in een activerende verzorgingsstaat

1 Vooraf: verdelingsvraagstukken en de herziening van de verzorgingsstaat

Een goede gezondheid wordt hoog gewaardeerd en zieken en ouderen worden over het algemeen als deserving beoordeeld, dat wil zeggen: zij worden gezien als mensen die recht hebben op benodigde zorg en ondersteuning. Selecteren in de zorg wordt hiermee een lastig en omstreden onderwerp. Het is daarom te prefereren om in de zorg geen keuzes te hoeven maken en geen selectie te hoeven plegen. Dit ideaal is door Dworkin getypeerd als het *ideal of insulation* (het afzonderingsideaal). (Dworkin 1993) Het domein van de zorg wordt als een apart domein met eigen waarden gezien. Het eerste element van dit ideaal is de absolute waarde die aan gezondheid wordt toegekend: gezondheid is het belangrijkste in een mensenleven, waarmee vergeleken alle andere zaken van veel minder groot belang zijn. Het tweede element is gelijkheid. Gezondheidszorg moet gelijk worden verdeeld: niemand mag de toegang worden ontzegd tot de zorg die hij of zij nodig heeft. Dit leidt ertoe dat in het *ideal of insulation* het principe van *rescue* geldt: als mensen kunnen worden gered door hen zorg te bieden, dan moet dat ook gebeuren. Dworkin stelt dat het evenwel onvermijdelijk is dat we nadenken over grenzen aan de zorg. Dit is vooral nodig vanwege de ontwikkeling van de zorgtechnologie. Er kan steeds meer, bijvoorbeeld in de diagnosestelling, waardoor de vraag moet worden gesteld wanneer toepassing van bepaalde technologieën nodig en nuttig is en wanneer niet.

In discussies over grenzen aan de zorg moeten altijd twee vragen worden beantwoord: hoeveel hebben we over voor de zorg en – gegeven dat het budget beperkt is – hoe verdelen we de beschikbare zorg? Het *ideal of insulation* – dat volgens Dworkin op een forse steun kan rekenen – geeft echter geen of onvoldoende handvatten om deze vragen te beantwoorden. Over de omvang van het budget kan men weinig zeggen en het antwoord op de verdelingsvraag zal zijn dat behoefte doorslaggevend is. Het behoeftecriterium is volgens Dworkin echter zo ambigue dat er in de praktijk niet mee kan worden gewerkt. Behoeftes is subjectief en medisch niet of zeer slecht te objectiveren.

Ook filosofe en ethica Trudy van Asperen komt in het artikel *Jouw geld of mijn leven* (1993) tot de conclusie dat het recht op zorg onvermijdelijk een beperkt recht is. Ze geeft hiervoor drie overwegingen: de kosten van de zorg moeten concurreren met andere publieke uitgaven; wat zich onder de titel gezondheidszorg aandient, is zeer heterogeen; en de preferenties die mensen hebben ten aanzien van de zorg zijn uiteenlopend. Dit laat onver-

let dat er een zekere noodzaak is om gezondheidszorg collectief te organiseren, maar dan wel zodanig dat mensen geconfronteerd worden met de gevolgen – ook de financiële – van hun zelfgekozen handelen. Als voorbeelden van het laatste noemt zij de kosten van de hersteloperatie van iemand die zich eerder liet steriliseren of de kosten van een bypass-operatie van iemand die jaren verwoed heeft gerookt.

We hebben, kortom, criteria nodig om onderscheid te maken tussen zorg die collectief moet worden georganiseerd en zorg waarvoor we dat niet nodig vinden: omdat de mogelijkheden onbegrensd zijn, omdat niet alles wat onder de noemer gezondheidszorg wordt gebracht ook als gezondheidszorg getypeerd kan worden (het klassieke voorbeeld is cosmetische chirurgie), omdat behoeften in principe onbegrensd zijn en omdat niet ieder gezondheidsprobleem los staat van de keuzes die burgers hebben gemaakt. Het klassieke *ideal of insulation* biedt die criteria niet.

Margo Trappenburg (1993) onderscheidt vijf mogelijke criteria: mate van verwijtbaarheid, de betekenis voor de (naaste) omgeving, leeftijd, medische criteria (met name de Qaly-methode, dat is: gezondheidswinst gemeten in termen van *quality of life in years*) en loting. Alle criteria hebben (ernstige) voor- en nadelen. In de praktijk is er in Nederland volgens Trappenburg wel een antwoord ontstaan op de vraag hoe te selecteren (1993: 49): in beginsel trachten we keuzes te voorkomen, maar als dat niet mogelijk is geven we de voorkeur aan selectie op grond van medische criteria. Bij gelijke medische geschiktheid en behoefte geeft de wachttijd de doorslag. Eventueel mag worden gerekend met Qaly's, maar dat leidt wel tot discriminatie op grond van leeftijd, wat formeel niet is toegestaan.

We moeten dus keuzes maken. Dat geldt voor de reguliere gezondheidszorg en evenzeer voor het domein van de langdurige zorg. Zorg is net als alle andere goederen een schaars goed. De specifieke kenmerken van de gezondheidszorg dwingen echter niet alleen tot keuzes, ze maken het kiezen ook lastig en soms dramatisch.

De eerder beschreven herziening van het sociaal beleid in de richting van een activerende verzorgingsstaat kan worden gezien als (mede) het resultaat van een speurtocht naar een methode om met verdelingsvraagstukken en met grenzen aan de publieke uitgaven om te gaan. In essentie is het een methode waarmee kan worden belet dat we een keuze moeten maken door een beroep op publieke voorzieningen te voorkomen of door dit beroep zo minimaal mogelijk te maken. Preventie en sociale investering moeten hiervoor zorgen. Wanneer er dan toch een beroep op publieke voorzieningen wordt gedaan, dienen deze zo georganiseerd te zijn dat dit beroep zo minimaal mogelijk blijft (het voorkomen van perverse effecten) en zo veel mogelijk terecht komen bij diegenen die deze voor-

zieningen het hardst nodig hebben. Hiertoe wordt een bepaalde mate van selectiviteit en individuele verantwoordelijkheid in de voorzieningen georganiseerd.

In dit hoofdstuk wil ik onderzoeken in hoeverre deze benadering een bijdrage kan leveren aan de oplossing van de problemen van de langdurige zorg. De problemen die daar spelen zijn immers in essentie beheersings- en verdelingsproblemen.

2 De voorziening van langdurige zorg: een analysemodel

2.1 Een analyse van noodzakelijke zorg en verdeling van verantwoordelijkheden

Het uitgangspunt binnen het paradigma van de activerende verzorgingsstaat zoals hiervoor beschreven, is dat er een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid is voor de omgang met sociale risico's. De vraag is dan tot hoever die collectieve verantwoordelijkheid strekt en hoe die vorm dient te krijgen. Het algemene beginsel van de activerende verzorgingsstaat hebben we eerder samengevat als:

- Mensen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor hun leefomstandigheden en levensonderhoud.
- Deze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot de sociale omgeving van de burger. Wanneer een individu niet zelfstandig, of met hulp van zijn omgeving, kan voorzien in zijn levensonderhoud of wanneer maatschappelijke participatie wordt belemmerd, is ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk.
- De collectieve ondersteuning dient zo te zijn ingericht dat het beroep erop zo gering mogelijk is en de ondersteuning zo kort mogelijk duurt.
- Daartoe worden in het systeem 'remmen' ingebouwd die de perverse werking van het systeem moeten verminderen.
- En daartoe zijn voorzieningen niet alleen gericht op ondersteuning, maar ook op preventie en op herstel van de autonomie van individuele burgers.

In dit hoofdstuk onderzoeken we wat een dergelijke benadering kan betekenen voor het domein van de langdurige zorg. Twee vragen dienen dan aan de orde te komen: wat is noodzakelijke zorg en hoever reikt de publieke verantwoordelijkheid voor langdurige zorg? Het begrip noodzakelijke zorg gaat over de inhoud van de zorg en de vraag of hier overheidsinterventie nodig is. De vraag naar de publieke verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg is een vraag naar de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden. Deze vragen hangen nauw samen met de vraag naar beheerst gebruik van de zorg. Door collectieve verantwoordelijkheden te begrenzen en door de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden op een bepaalde manier vorm te geven kan – net als dat het geval is bij de vormgeving van activerend beleid in de sociale zekerheid – beheersing

van het gebruik worden bevorderd. Individuele verantwoordelijkheid, zoals bijvoorbeeld een bepaald eigen risico, kan werken als een rem op de consumptie. Maar ook de vormgeving van de collectieve verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld een systeem van indicatiestelling, kan tot een beheerst gebruik van zorg leiden.

2.2 Een analyse vanuit de aard van het risico, de patiënt en de zorg

De vragen rondom noodzakelijke zorg en beheerst gebruik kunnen we op verschillende manieren beantwoorden. Ten eerste kijken we naar de risico's die spelen bij langdurige zorg. Wat is de aard van die risico's en wat betekent dat voor de noodzakelijkheid van collectieve zorg en voor de mogelijkheden tot beheersing? Vervolgens kijken we naar de aard van de langdurige zorg zelf. Welke eisen stelt langdurige zorg, bijvoorbeeld in termen van continuïteit, kwaliteit en coördinatie, en wat betekent dit voor het begrip noodzakelijke zorg en voor de verdeling van verantwoordelijkheden? We kijken ten slotte naar de mensen voor wie de langdurige zorg is bedoeld: de 'patiënten' en hun omgeving. In hoeverre zijn zij in staat verantwoordelijkheid te dragen en in hoeverre sluiten de methoden om beheerst gebruik te stimuleren aan bij hun mogelijkheden en beperkingen?

Ik zal deze analyse van de langdurige zorg uitvoeren door zo dicht mogelijk bij de zorg zelf te blijven. Dat doe ik door bovenstaande vragen te stellen in relatie tot de typen aandoeningen en tot de patiëntengroepen die het meeste voorkomen in de langdurige zorg. Hierbij maak ik onder andere gebruik van het RVZ-rapport *Beter zonder AWBZ?* (2008). Zo kan een abstracte discussie over de inrichting van de langdurige zorg op een inzichtelijke en eenvoudige wijze vertaald worden naar de alledaagse praktijk van die zorg.

3 Aard en omvang van het risico

In de economie van de sociale verzekering staat de vraag centraal hoe en in welke mate de vrije markt in staat is dekking te bieden tegen risico's. Gesteld wordt dat dit afhankelijk is van de aard van het risico: is het risico zodanig dat er via de werking van de vrije markt helemaal geen of geen adequate dekking kan worden geboden, dan is een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid noodzakelijk voor de dekking tegen dat risico. Voorwaarde hierbij is dat een dergelijke dekking niet alleen om individuele redenen, maar ook om de te verwachten positieve maatschappelijke effecten wenselijk wordt geacht. Er zijn vele redenen waarom dat het geval kan zijn. Dekking tegen gezondheidsrisico's kan wenselijk zijn om epidemieën te voorkomen en besmettelijke ziekten te verminderen. Dekking tegen inkomensverlies kan wenselijk zijn om armoede en de eventuele sociale problemen die daaruit kunnen voortkomen te bestrijden. Een bepaalde mate van collectieve dekking tegen de risico's van ouderdom – bijvoorbeeld een verzekeringsplicht – kan wenselijk zijn om pensioenvoorzieningen en ouderenzorg mogelijk te maken.

Collectieve verantwoordelijkheid voor risico's kan, zo blijkt al uit bovenstaande, vele vormen aannemen: van een collectieve en deels publieke organisatie van zorg, zoals dat het geval is bij de volksgezondheidszorg, via een basisvoorziening als de AOW die kan worden aangevuld uit bedrijfspensioenfondsen of individuele voorzieningen, tot een publieke verzekeringsplicht (zoals de Zvw die kent) voor een verder privaat georganiseerde voorziening.

De aard en de omvang van het betreffende risico spelen dus een belangrijke rol voor het antwoord op de vraag naar de reikwijdte van de collectieve verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg. Het gaat dan om zaken als de onafhankelijkheid, de verdeling, de objectiviteit, de omvang en de voorspelbaarheid van het risico. (Aarts e.a. 1995)

Afhankelijke risico's – het risico dat iemand loopt staat niet los van het risico dat anderen lopen, zoals bij epidemieën – vragen om een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld inentingprogramma's om epidemieën te voorkomen. Zeer ongelijk verdeelde risico's vragen eveneens om een zekere collectieve verantwoordelijkheid, omdat verzekeraars in zo'n situatie mensen kunnen uitsluiten (de zogeheten *adverse selectie*).

Moeilijk objectiveerbare risico's, bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid, dragen het gevaar in zich dat er ten onrechte een beroep op een verzekering daartegen wordt gedaan (wat men *moral hazard* noemt), waardoor ze op de private markt moeilijk te verzekeren zijn. Omvang is van belang wanneer zich grote risico's voordoen waarvan de omvang moeilijk is te voorspellen. Dit kan vervolgens tot uitsluiting of begrenzing van de dekking leiden.

Voorspelbaarheid betekent dat de kans op schade kleiner dan 1 moet zijn. Wanneer er zeker sprake is van schade, is het risico niet meer verzekeraar (het zogenoemde 'brandende huis'). Dit probleem staat risicodekking bij

chronische ziekte in de weg. Ten slotte doet zich bij de verzekeraarbaarheid van risico's ook nog het probleem van *myopic behavior* (bijziendheid) voor. Wanneer het gaat om risico's die nog ver weg liggen (bijvoorbeeld risico's die zich pas op oudere leeftijd kunnen manifesteren) hebben mensen de neiging om die risico's laag in te schatten en zich daar dus niet voor te verzekeren.

Een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid is bij risico's met bovenstaande kenmerken gewenst, omdat de vrije markt niet zal zorgen voor een adequate dekking van deze risico's. Niet adequaat betekent dan dat mensen worden uitgesloten van zorg – wat bij besmettelijke ziektes ongewenst kan zijn – of dat de kosten van deze zorg afgewenteld worden op de algemene middelen. Wanneer mensen bijvoorbeeld geen reserves opbouwen – door te sparen of door zich vrijwillig te verzekeren – en niet kunnen terugvallen op familie, dan zullen ze bij ouderdom of ziekte al snel een beroep moeten doen op de bijstand.

Toegepast op de zorg, en met name op de langdurige zorg, maakt bovenstaande duidelijk dat een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid noodzakelijk is. In veel gevallen is er sprake van chronische ziekten waarbij mensen veel en langdurig een beroep op zorg zullen doen, bijvoorbeeld bij dementie of het syndroom van Down. Ook is de voorspelbaarheid van de behoefte aan zorg soms groot, zoals bij schizofrenie. Tot slot gaat het in deze gevallen om risico's met een grote schadelast. Hiermee is overigens nog niets gezegd over de aard van de collectieve verantwoordelijkheid. Die kan uiteenlopen van een verzekeringsplicht tot publieke leverantie van zorg.

De noodzaak van een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg laat echter de mogelijkheid onverlet om delen van die zorg van collectieve dekking uit te sluiten. De vraag is namelijk altijd wat langdurige zorg allemaal dient te omvatten. Sommige delen van die zorg komen immers in de plaats van voorzieningen die men in het dagelijkse leven ook dient te treffen en waarvoor men dan ook zelf moet betalen. Voor dergelijke voorzieningen kan de individuele verantwoordelijkheid gehandhaafd blijven. Voorbeelden hiervan zijn de rollator die in de plaats komt van de fiets of de kosten voor verblijf in een intramurale voorziening die in de plaats komen van 'normale' woonlasten. Ook een begrensde eigen risico blijft mogelijk. Een dergelijk eigen risico tast de beschikbaarheid van langdurige zorg niet aan, maar zal gezien de aard van de benodigde zorg – waarover later meer – waarschijnlijk nauwelijks een remmende werking hebben op de consumptie van langdurige zorg.

Hierbij moet wel worden bedacht dat de financiële gevolgen van beperkingen in het pakket aan langdurige zorg en van de invoering van eigen risico's zich veelal ophopen bij steeds dezelfde groepen, namelijk mensen met een chronische ziekte en mensen die regelmatig behoefte hebben aan zorg. Dit illustreert dat pakketbeperkingen en eigen risico's waarschijnlijk beter toepasbaar zijn in de cure dan in de langdurige zorg, waar vaker sprake is van chronische ziekte.

De ouderenzorg, een belangrijk onderdeel van de langdurige zorg, verdient aparte aandacht. Hoewel we allemaal weten (en hopen) ooit oud te worden en dat ouderdom waarschijnlijk gepaard gaat met een grotere behoefte aan ondersteuning en zorg, speelt hier het probleem van *myopic behavior*. Wanneer er geen collectieve verantwoordelijkheid wordt genomen voor het ouderdomsrisico, is het niet denkbeeldig dat mensen zich onvoldoende voorbereiden (door middel van sparen of verzekeren). Verder kunnen particuliere verzekeringen voor ouderenzorg snel op problemen van de omvang van het risico en de voorspelbaarheid ervan stuiten. Tegenover deze argumenten voor collectieve verantwoordelijkheid staat dat op termijn de ouderenzorg erg kostbaar gaat worden en dat een mate van individuele verantwoordelijkheid voor burgers onvermijdelijk wordt.

Kiezen we niet voor individuele verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg, want die stuit al gauw op bovengenoemde problemen, dan is een tussenvorm mogelijk. Een voorbeeld daarvan is het door de Britse econoom Julian Le Grand (2003), voormalig adviseur van de toenmalige premier Tony Blair, geïntroduceerde idee van *partnership-savings*. Dit systeem is vergelijkbaar met de Nederlandse levensloopregeling waarbij mensen sparen voor hun oude dag. Wanneer ze van deze spaargelden gebruikmaken voor de financiering van ouderenzorg, dan krijgen zij die aangevuld met een gelijk bedrag uit de publieke middelen dat ook besteed moet worden aan ouderenzorg.

Een dergelijk stelsel stimuleert spaarzaamheid, maar kan alleen bestaan wanneer in de ouderenzorg keuzes kunnen worden gemaakt. Dat betekent dat een deel van de ouderenzorg voor eigen rekening is, of dat er een keuze kan worden gemaakt tussen kwalitatief betere en kwalitatief minder goede zorg. De extra middelen die mensen via het *partnership-savings* systeem verwerven, kunnen dan gebruikt worden om de betere zorg (een betere ouderenhuisvesting bijvoorbeeld) te betalen.

Voorgaande verkenning van de aard en de omvang van risico's met betrekking tot de langdurige zorg laat zien dat een bepaalde mate van collectieve verantwoordelijkheid waarschijnlijk onvermijdelijk is. Dit begrenst de mogelijkheid van pakketbeperking, van eigen risico's en van individuele verantwoordelijkheden, maar sluit deze niet uit. Wel geldt voor deze maatregelen dat ze slechts een beperkte remmende werking hebben en dat ze vaak bij dezelfde mensen terechtkomen.

4 De aard van de benodigde zorg

Wat de aard van de langdurige zorg betreft, wil ik twee zaken aan de orde stellen. Ten eerste de kwaliteit van de zorg, die onder andere van belang is voor het preventieve karakter van de zorg. Ten tweede de mogelijkheid om voor langdurige zorg terug te vallen op informele vormen van ondersteuning.

De kwaliteit van de zorg, waaronder ik ook een goede afstemming van de zorg in een keten en de programmering van de zorg door de tijd heen versta, is doorslaggevend voor de preventieve werking van zorg. Het gaat bij langdurige zorg dan niet zozeer om wat wordt genoemd primaire preventie – voorkomen dat iemand ziek wordt – en vaak ook niet om secundaire preventie – toekomstige behoefte aan zorg voorkomen door iemand beter maken – maar om tertiaire preventie: een verdere verslechtering voorkomen, zodat de behoefte aan zorg niet groter wordt. (zie Giddens 1994: 155-156)

In haar analyse van de AWBZ illustreert de RVZ de preventieve werking van kwalitatief goede langdurige zorg aan de hand van de zorg aan mensen met het syndroom van Down. (RVZ 2008) Er leven in Nederland 12.000 à 13.000 mensen met dit syndroom. Gemiddeld leven zij, dankzij betere zorg en begeleiding, steeds langer en neemt ook de kwaliteit van

leven sterk toe. Kort na de geboorte ontvangen kinderen met het downsyndroom intensieve medische zorg, wat veel toekomstige medische problemen helpt voorkomen. De rest van hun leven maken deze mensen blijvend intensief gebruik van langdurige zorg. Activerende begeleiding van mensen met het downsyndroom en ondersteunende begeleiding van de ouders en op school (zowel in het reguliere als het speciale onderwijs) maakt een belangrijk deel uit van deze zorg. Ook in het naschoolse leven wordt intensief gebruik gemaakt van begeleiding bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding. De goede kwaliteit van de zorg is mede te danken aan de onderlinge afstemming van de zorg die wordt gegeven, aan specifieke interventieprogramma's en aan de zogeheten downsyndroomteams. Dit zijn multidisciplinaire teams van artsen en therapeuten, die bij jonge kinderen regelmatig specifiek op het syndroom gerichte gezondheidscontroles uitvoeren.

Dit voorbeeld laat goed zien dat de preventieve werking van zorg afhankelijk is van kwalitatief goede en vooral goed georganiseerde zorg. Anders geformuleerd: kwalitatief minder goede langdurige zorg is wellicht goedkoper, maar ontbeert het voordeel van (vooral tertiaire) preventie.

Ook bij andere chronische aandoeningen blijkt een goede afstemming van de te verlenen zorg een preventieve werking te hebben. De RVZ illustreert dit in haar eerder genoemde rapport met het voorbeeld van de zorg aan mensen met schizofrenie. Dit is een chronische psychische aandoening die zich vaak rondom het twintigste levensjaar voor het eerst manifesteert en meestal een leven lang duurt. Schizofrenie leidt tot ernstige psychotische en andere negatieve symptomen met grote sociale gevolgen. De psychosociale problemen nemen in de loop der tijd en met de ernst van de aandoening toe, de kans op suïcide is groot. Schizofrenie heeft sterk negatieve gevolgen voor het sociaal-maatschappelijk functioneren, men heeft weinig kans op werk en het vermogen tot het onderhouden van sociale relaties is gering. Geschat wordt dat in Nederland ongeveer 150.000 mensen aan schizofrenie lijden, 4000 van hen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en ruim 1000 leven op straat. Mensen met schizofrenie hebben een slecht inzicht in hun ziekte en zijn er niet toe geneigd hulp te zoeken. Behandeling die is gericht op het voorkomen van verslechtering en van recidive van psychotische perioden is mogelijk, maar de geringe therapietrouw is een probleem. Behandeling blijkt de recidive terug te kunnen brengen van 85 procent tot 50 procent en bij betrokkenheid van de familie zelfs tot 30 procent. Behandeling van schizofrenie vraagt dus om een goede afstemming van de zorg, die vaak van verschillende instanties afkomstig is, en om een goede samenwerking met de familie.

Het belang van kwalitatief goede en vooral van kwalitatief goed georganiseerde zorg is een belangrijke reden voor een brede toegankelijkheid van de langdurige zorg voor bepaalde risicogroepen. Dit is noodzakelijk om te voorkomen dat grote groepen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Brede toegankelijkheid staat echter op gespannen voet met vergroting van de individuele verantwoordelijkheden voor langdurige zorg.

Overigens illustreert het voorbeeld van het downsyndroom volgens de RVZ ook het voordeel dat integratie van de AWBZ en de Zvw biedt. De zorg die mensen met het syndroom van Down ontvangen is zowel langdurige zorg die uit de AWBZ wordt gefinancierd als reguliere zorg die via de Zvw wordt gefinancierd.

De voorbeelden van de behandeling van mensen met het downsyndroom of met schizofrenie illustreren ten slotte ook goed dat primaire preventie in de langdurige zorg nauwelijks aan de orde is en dat ook de mogelijkheden van secundaire preventie beperkt zijn. Hierin verschilt het domein van de langdurige zorg nadrukkelijk van bijvoorbeeld het domein van de sociale zekerheid. De in het vorige hoofdstuk beschreven bezwaren van preventie (onder meer dat het net van het preventief beleid veel te ruim wordt uitgegoid en verwachtingen worden gewekt die niet kunnen worden waargemaakt) lijken bij de langdurige zorg dan ook een minder grote rol te spelen dan op andere terreinen omdat die bezwaren vooral gelden voor primaire preventie.

Het tweede onderwerp dat ik hier kort aan de orde wil stellen, is de mogelijkheid om zorgverlening van de formele sector naar de informele sector te verschuiven. Wanneer burgers meer zelf verantwoordelijk zijn voor langdurige zorg zal dat er onder meer onvermijdelijk toe leiden dat een groter beroep wordt gedaan op de familie of het bredere sociale netwerk van de mensen die zorg nodig hebben. De vraag is of en in welke mate dat, met het oog op de aard van de langdurige zorg, mogelijk is.

Informele zorg kan van groot belang zijn voor de kwaliteit van de langdurige zorg, zoals het hierboven aangehaalde voorbeeld van de zorg voor mensen met schizofrenie laat zien: wanneer de familie nauw betrokken is bij de zorg aan deze mensen dan is er een sterke vermindering van de recidive van psychotische perioden. Ook bij andere aandoeningen blijkt het belang van informele zorg bij de langdurige zorg. In navolging van het RVZ-rapport ga ik in dit verband nader in op de langdurige zorg bij beroertes en dementie.

Het is niet duidelijk hoeveel mensen in Nederland leven met de gevolgen van een beroerte. De schattingen lopen uiteen van 120.000 tot 230.000. Wel is duidelijk dat dit aantal de komende jaren sterk zal stijgen, vooral als gevolg van de vergrijzing en omdat mensen na een doorgemaakte beroerte betere overlevingskansen hebben. De RVZ typeert de zorg in de revalidatie- en chronische fase als een zwarte doos: we weten veel niet. Duidelijk is wel dat er een grote behoefte aan zorg is. Mensen moeten immers leren omgaan met hun beperkingen. Zelfmanagement, mantelzorg en psychosociale ondersteuning zijn dan belangrijk. De aard van de problemen maakt ketenzorg belangrijk. In de zorg aan deze patiënten wordt een groot aandeel geleverd door informele zorgverleners. Thuiswonende patiënten krijgen gemiddeld 5 uur per dag ondersteuning van informele

zorgverleners. De RVZ schat dat 80 procent van de verzorging voor rekening komt van mantelzorgers.

Een vergelijkbaar beeld zien we bij mensen met dementie. Dementie is een verzamelnaam voor allerlei geheugen- en cognitieve stoornissen, waaronder Alzheimer (56 procent). Dementie is chronisch, verergert in de loop van het ziekteproces en is een complexe aandoening vanwege de combinatie van stoornissen. In 2010 lijdten ruim 200.000 mensen aan dementie en er wordt een sterke stijging verwacht, die relatief sterker is bij alleenstaanden. Van de mensen met dementie woont 65 procent thuis, maar ook daar hebben zij een grote behoefte aan zorg. Deze wordt geleverd door mantelzorgers en de thuiszorg. Naarmate de aandoening vordert, wordt de zorg die dementerende mensen behoeven complexer en omvangrijker. Ongeveer 60 procent van de thuiswonende dementerende mensen is afhankelijk van 24-uurs zorg. De belasting voor mantelzorgers is daarom hoog, vaak is er sprake van overbelasting.

In vrijwel alle gevallen is een belangrijke rol weggelegd voor informele zorg en deze wordt ook ruimschoots geleverd, zo laten de voorbeelden van de langdurige zorg met betrekking tot beroertes en dementie zien. Deze informele zorg is meestal een aanvulling op de professionele zorg en treedt hier niet voor in de plaats. Het principe van gedeelde verantwoordelijkheden speelt dus een belangrijke rol in de vormgeving van de langdurige zorg. De vraag is of er veel mogelijkheden zijn om de rol van informele zorg verder te vergroten. Verdere formalisering van de inzet van informele zorg in de langdurige zorg, zoals dat via het compensatiebeginsel in de Wmo heeft plaatsgevonden, is echter wel mogelijk en sluit aan bij de maatschappelijke praktijk.

Wat betreft het principe van gedeelde verantwoordelijkheden – en dus van de inzet van informele zorg in de langdurige zorg – is het ook belangrijk te wijzen op de beperkte mogelijkheden van sommige patiënten om een beroep te doen op informele zorg. Bijna de helft van de dementerende ouderen (alleenstaanden, verweduwd) heeft geen directe sociale omgeving om op terug te vallen. Ook bij andere aandoeningen is de mogelijkheid om terug te vallen op informele zorg beperkt, bijvoorbeeld vanwege de hoge eisen die eraan worden gesteld. Ook is het van belang te beseffen dat in het geval van ouderenzorg – zie het voorbeeld van dementie – de behoefte aan zorg vaak geleidelijk toeneemt, terwijl de mogelijkheid om terug te vallen op mantelzorg juist vaak geleidelijk afneemt.

Het is evenwel denkbaar dat, met name in de ouderenzorg, de beschikbaarheid van informele zorg kan worden vergroot door de onderlinge steun van ouderen aan elkaar – buiten de directe familiekring – te stimuleren. Gedacht kan worden aan het gericht bevorderen van vormen van (ouderen)huisvesting die dit mogelijk maken.

5 De ontvanger van de langdurige zorg

In het model van de activerende verzorgingsstaat vindt een herschikking van verantwoordelijkheden plaats om het beroep op voorzieningen te verminderen. Werknemers en werkgevers krijgen in de sociale zekerheid een grotere verantwoordelijkheid met een daaraan gekoppelde financiële aansprakelijkheid om zodoende het beroep op collectieve voorzieningen te beperken. Op deze wijze worden de kosten van voorzieningen zo veel mogelijk neergelegd bij de veroorzaker(s) van die kosten. Deze benadering lijkt in de sociale zekerheid goed te werken. Kan deze benadering ook worden toegepast in de langdurige zorg?

De eerste vraag is of er één veroorzaker van de kosten bestaat. In de eerder genoemde termen van Dworkin gaat het dan om situaties waarin sprake is van keuzes en niet van omstandigheden die mensen overkomen. In de sociale zekerheid zijn situaties waarin mensen keuzes kunnen maken zeker aanwijsbaar. In de reguliere – niet langdurige – zorg is dat wellicht ook het geval (roken, obesitas), maar in de langdurige zorg ligt dat veel moeilijker. In geen van de aandoeningen die ik in de voorgaande paragraaf als voorbeeld heb aangehaald, is sprake van keuzes die ten grondslag liggen aan het beroep op langdurige zorg. Wellicht is dat wel het geval bij de aandoening die de behoefte aan langdurige zorg heeft veroorzaakt. Leefstijl, bijvoorbeeld, lijkt van invloed op het risico een beroerte te krijgen. Maar ook dan heeft dit vooral gevolgen voor de op genezing gerichte gezondheidszorg, niet voor de langdurige zorg zelf.

De nadruk op de individuele verantwoordelijkheid van burgers heeft in het model van de activerende verzorgingsstaat tot doel het beroep op voorzieningen te beheersen, en is niet een doel op zich. Toegepast op de zorg kan dit principe daarom wellicht wel bruikbaar zijn in de op genezing gerichte zorg (*cure*), waar immers een relatie tussen keuzes en risico's bestaat. Toepassing is echter niet goed mogelijk in de langdurige zorg (*care*), omdat die zorg niet meer is gericht op herstel van een aandoening, maar op het voorzien in een behoefte aan meer permanente zorg.

Voor de discussie over de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de keuzes die burgers maken, is ten slotte nog van groot belang op te merken dat de ontvanger van langdurige zorg niet alleen de patiënt zelf is. Ook zijn of haar directe omgeving is vaak bij (het ontvangen van) die langdurige zorg betrokken. Wanneer iemand een langdurige zorgvoorziening wordt ontzegd omdat hij zelf verantwoordelijk wordt gehouden voor het ontstaan van de behoefte aan die voorziening, worden niet alleen de betrokkene zelf, maar ook en soms misschien vooral zijn partner, kinderen of andere mensen uit zijn directe omgeving met de consequenties hiervan geconfronteerd. Zij krijgen bijvoorbeeld een grotere taak als mantelzorger. Zij zijn echter niet verantwoordelijk voor de keuzes die door hun zorgbehoefte familieleden zijn gemaakt. Dit feit illustreert nogmaals de beperkte bruikbaarheid in de lang-

durige zorg van het mechanisme om de veroorzakers van risico's te confronteren met de gevolgen van hun eigen keuzes.

Wel hebben de keuzes die mensen maken invloed op de *aard* van de langdurige zorg – pgb, thuiszorg, mantelzorg, intramurale zorg – en op de mix van zorg die mensen ontvangen. Hierbij is het wel mogelijk om middels financiële prikkels en vergroting van de individuele verantwoordelijkheid het keuzegedrag van patiënten te beïnvloeden. Dit gebeurt bijvoorbeeld nu al in de uitvoering van de Wmo.

Tot slot zijn ook om andere reden de mogelijkheden beperkt om in de langdurige zorg de rol en de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf te vergroten. In de langdurige zorg gaat het relatief vaak om patiënten met een beperkt oordeelsvermogen, zoals verstandelijk gehandicapten of mensen die lijden aan dementie. Hun belangen worden vaak waargenomen door familieleden of door professionele zorgverleners. Het soms beperkte oordeelsvermogen van de patiënt, gecombineerd met de complexiteit van de langdurige zorg, maakt het belang van *casemanagement* daarom groot. Zeker wanneer op een of andere wijze de individuele verantwoordelijkheid of de inzet van informele zorg wordt vergroot, zal de behoefte aan ondersteuning bij besluitvorming over de benodigde zorg of bij de organisatie van de zorg toenemen.

Bij vergroting van de individuele verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg is er veel voor te zeggen om casemanagement juist te zien als een collectieve verantwoordelijkheid. Casemanagement kan immers de kwaliteit van de langdurige zorg verbeteren en biedt ook mogelijkheden om het keuzegedrag van patiënten te beïnvloeden. Dit legt echter wel weer de verantwoordelijkheid bij een professional en niet bij de ontvanger van zorg.

6 Tot slot

Uit de voorgaande analyse kunnen we concluderen dat de toepasbaarheid van de beginselen en instrumenten van een activerende verzorgingsstaat op het domein van de langdurige zorg beperkt is. De kenmerken van de risico's, de aard van de langdurige zorg en de karakteristieken van de mensen die langdurige zorg ontvangen, beperken vaak in sterke mate de mogelijkheden om die instrumenten in te zetten om tot een beheersing van het beroep op de langdurige zorg te komen. Dat wil echter niet zeggen dat de beginselen van een activerende verzorgingsstaat en de daarbij passende instrumenten van selectiviteit en eigen risico, gedeelde verantwoordelijkheden, activering en investering en preventie betekenisloos zijn voor de inrichting van de langdurige zorg. In het laatste, samenvattende en concluderende, hoofdstuk werk ik dit verder uit.

Hoofdstuk 5

Conclusie: de toekomst van de langdurige zorg

1 Een activerende verzorgingsstaat

Deze verkenning naar de toekomst van de langdurige zorg in Nederland gaat uit van het idee van de activerende verzorgingsstaat. In hoofdstuk 2 heb ik de algemene beginselen van een activerende verzorgingsstaat samengevat als:

- Mensen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor hun leefomstandigheden en levensonderhoud.
- Deze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot de sociale omgeving van de burger. Wanneer een individu niet zelfstandig, of met hulp van zijn omgeving, kan voorzien in zijn levensonderhoud of wanneer maatschappelijke participatie wordt belemmerd, is ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk.
- De collectieve ondersteuning dient zo te zijn ingericht dat het beroep erop zo gering mogelijk is en de ondersteuning zo kort mogelijk duurt.
- Daartoe worden in het systeem ‘remmen’ ingebouwd die de perverse werking van het systeem moeten verminderen.
- En daartoe zijn voorzieningen niet alleen gericht op ondersteuning, maar ook op preventie en op herstel van de autonomie van individuele burgers.

Een belangrijke reden om de activerende verzorgingsstaat als vertrekpunt te kiezen, is dat het sociaal beleid in Nederland zich in de richting van bovenstaande beginselen ontwikkelt. Deze ontwikkeling is niet alleen neergeslagen in een groot aantal beleidsveranderingen, maar ook in een veranderde opvatting van burgers over de aard van sociale rechten en plichten.

Tot nu toe manifesteren de veranderingen in het beleid zich vooral op het domein van de sociale zekerheid en aanverwante sociaal-economische beleidsterreinen, zoals het arbeidsmarktbeleid en het inkomensbeleid. De onvermijdelijke groei van het beroep op de zorg en vooral op de langdurige zorg – door medisch-technologische ontwikkelingen en door dubbele vergrijzing – zal er echter toe leiden dat bovenstaande beginselen in toenemende mate ook een rol gaan spelen in het beleid ten aanzien van de (langdurige) zorg.

Een belangrijk doel van de activerende verzorgingsstaat is het beroep op voorzieningen beheersbaar te houden, om zo de verzorgingsstaat in stand te houden.

De notie van de activerende verzorgingsstaat is niet alleen het instrumentele, maar ook het normatieve ijkpunt van deze studie. In de tekst wordt hier en daar gesproken over wenselijke of onwenselijke ontwikkelingen en keuzes. Dit moet gelezen worden als: redenerend

vanuit de beginselen van een activerende verzorgingsstaat – zoals eerder gedefinieerd – kan iets als wenselijk of onwenselijk worden bestempeld wanneer het wel of niet aansluit bij de centrale veronderstellingen of doeleinden van een activerende verzorgingsstaat. Wie de keuze voor een activerende verzorgingsstaat niet onderschrijft, kan uiteraard ook tot een andere beoordeling van ontwikkelingen of keuzes komen.

2 De notie van de activerende verzorgingsstaat en langdurige zorg

In deze studie heb ik vervolgens verkend wat een dergelijke notie van een activerende verzorgingsstaat kan betekenen voor het domein van de langdurige zorg. Ik heb hiertoe in hoofdstuk 3 eerst onderzocht hoe sociaal beleid er in een activerende verzorgingsstaat in meer algemene zin uitziet. Ik heb dit gedaan door eerst te kijken naar de veranderde aard van sociale risico's. Dit leidde tot de conclusie dat sociaal beleid in een activerende verzorgingsstaat meer dan voorheen gekenmerkt wordt door: (1) selectiviteit en eigen risico's, (2) gedeelde verantwoordelijkheden en meer keuzevrijheid voor burgers, (3) activering en investering en (4) preventie.

Vervolgens heb ik de mogelijkheden en beperkingen van deze vier instrumenten van sociaal beleid in algemene zin onderzocht. Duidelijk werd dat deze de beleidsmaker voor een veel grotere opgave stellen dan de klassieke op bescherming gerichte verzorgingsarrangementen doen. De instrumenten van een activerend beleid oriënteren zich niet zozeer op de behoeften van burgers, maar vooral op de capaciteiten van burgers en de beïnvloedbaarheid daarvan. Activerend beleid poogt immers de autonomie en de participatie van burgers te stimuleren, dat wil zeggen dat gedragsbeïnvloeding een meer expliciet doel van het beleid is geworden.

Daarna heb ik mij in hoofdstuk 4 gewend tot het domein van de langdurige zorg. Ik heb mijn analyse van de langdurige zorg zoveel mogelijk gebaseerd op de feitelijke aard van de langdurige zorg en de kenmerken van de ontvangers van langdurige zorg. De vragen in dit hoofdstuk waren: welke mogelijkheden biedt het concept van de activerende verzorgingsstaat om het gebruik van de langdurige zorg te kunnen beheersen en om keuzes te maken in de toewijzing van het recht op langdurige zorg? Om deze vragen te beantwoorden heb ik de vier hierboven onderscheiden instrumenten van sociaal beleid geconfronteerd met de aard en de omvang van risico's in de langdurige zorg, met de aard van de benodigde zorg en met de kenmerken van de ontvanger van de langdurige zorg.

3 Noodzakelijke zorg en de verdeling van verantwoordelijkheden

De analyse in hoofdstuk 4 liet zien dat toepassing van de vier instrumenten van sociaal beleid op het domein van de langdurige zorg snel op grenzen stuit.

De aard van de risico's (die kunnen leiden tot behoefte aan langdurige zorg) maken de ruimte voor individuele verantwoordelijkheid in de langdurige zorg beperkt. Om toegankelijke en kwalitatief goede langdurige zorg mogelijk te maken, is een bepaalde mate van collectieve

verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg noodzakelijk. Dit laat onverlet dat er ruimte is voor pakketbeperkingen en voor de invoering van een eigen risico. Met name in de ouderenzorg is het mogelijk de individuele verantwoordelijkheid van burgers voor deze zorg meer aan te spreken. Wanneer de burger zelf geacht wordt meer verantwoordelijkheid te dragen voor de langdurige zorg, zullen de kosten van daarmee verbonden maatregelen, zoals eigen risico's, zich echter wel vaak ophopen bij steeds dezelfde groep – dikwijls kwetsbare – mensen. Verder begrenst de aard van de langdurige zorg de mogelijkheid om de individuele verantwoordelijkheid voor deze zorg te vergroten. Kwalitatief goede en goed georganiseerde langdurige zorg vereist een brede toegankelijkheid, wat ook een voorwaarde is om van de langdurige zorg een preventieve werking te laten uitgaan. Het gaat hierbij dan om preventie in tertiaire zin: verslechtering, die kan leiden tot een toename van het beroep op zorg, voorkomen.

Wat betreft het instrument van gedeelde verantwoordelijkheden: in de praktijk van de langdurige zorg blijkt dat daar nu al op grote schaal gebruik van wordt gemaakt. Dan gaat het vooral om de inzet en betrokkenheid van informele zorgverleners (mantelzorgers). Een combinatie van formele en informele zorg blijkt vaak bij te dragen aan de kwaliteit van de langdurige zorg. Een verdere uitbreiding van deze informele zorg stuit echter snel op grenzen van de draagkracht van deze mantelzorgers, maar is niet onmogelijk. Er zou bijvoorbeeld meer kunnen worden geïnvesteerd in vormen van ouderenhuisvesting die beter faciliteren dat ouderen zorg voor elkaar dragen. Ook het formaliseren van de inzet van informele zorg, zoals al in de Wmo met het compensatiebeginsel gebeurt, lijkt goed mogelijk. De mogelijkheid om een beroep te doen op informele zorg wordt echter vaak begrensd doordat sommige patiënten niet of beperkt op mantelzorgers kunnen terugvallen.

De mogelijkheid om verantwoordelijkheden naar de ontvanger van de zorg terug te brengen om zo de keuzes die mensen maken te beïnvloeden, is eveneens begrensd. De keuzes die mensen maken bij de inrichting van hun leven zijn mogelijk van invloed op het ontstaan van aandoeningen, maar niet of veel minder op de behoefte aan meer permanente zorg. Verder is het in de langdurige zorg niet altijd mogelijk om de ontvangers van zorg de regie van de zorg in eigen hand te geven, vanwege beperkingen in hun oordeelsvermogen, zoals bij mensen met dementie of verstandelijk gehandicapten. Wanneer verantwoordelijkheden in de langdurige zorg worden gedecentraliseerd, neemt juist bij hen de behoefte aan ondersteuning in de besluitvorming over de zorg en bij de organisatie van de zorg toe. In dat geval wordt het verschaffen van goed casemanagement meer en meer een collectieve verantwoordelijkheid. Goed casemanagement is dan nodig om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de langdurige zorg op peil te houden.

4 De inrichting van een stelsel van zorgverzekeringen

Het Nederlandse stelsel van zorgverzekeringen bestaat uit drie regelingen: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de AWBZ. De vraag is wat de voorgaande analyse voor gevolgen heeft voor de inrichting van dit stelsel.

Een aantal zaken valt op. Ten eerste lijkt een goede en aparte regeling van de langdurige zorg voor de zwaarste gevallen onmisbaar: namelijk voor diegenen die aangewezen zijn op omvattende, zware en langdurige intramurale zorg. Het gaat hier om de klassieke, omvangrijke en zogenoemde onverzekerbare risico's en meestal ook om de meest kwetsbare patiënten: mensen die niet in staat zijn zelf regie te voeren over hun leven en waarvoor een aparte regeling gewenst is. De instrumenten van de activerende verzorgingsstaat zijn bij deze groep patiënten moeilijk toe te passen.

Maar door de zwaarste gevallen (in dit geval de mensen die zelf geen regie kunnen voeren over hun leven en die zijn aangewezen op intramurale, langdurige zorg) 'af te zonderen' van de rest – zoals dat ook in de sociale zekerheid gebeurt in de WIA en de Wajong – wordt het mogelijk om in alle andere gevallen wel op zoek te gaan naar de mogelijkheden om selectiviteit, keuzevrijheid en eigen risico's in te voeren en de mogelijkheden voor gedeelde verantwoordelijkheden, activering, investering en preventie optimaal te benutten.

De noodzakelijke toegankelijkheid en kwaliteit van de langdurige zorg lijken in geval van extramurale langdurige zorg gebaat bij het bestaan van zo min mogelijk schotten in de uitvoering van de zorgverzekeringen. Het zijn deze schotten die zorgen voor problemen in de zorgverlening en voor overbodige bureaucratie in de uitvoering. (CVZ 2004) De langdurige zorg kan dan ondergebracht worden in de Zvw wanneer de kwaliteit en integraliteit van de zorg gebaat is bij een directe koppeling aan de meer specialistische cure-sector of wanneer verzorging en verpleging centraal staan. Wanneer ondersteuning en maatschappelijke participatie de belangrijkste onderdelen van de langdurige zorg vormen, kunnen deze in de Wmo worden ondergebracht.

In de Wmo en in de Zvw lijken zowel de aard van de langdurige zorg – ketenzorg, soms complex, en langdurig – als de ontvangers van die zorg – kwetsbaar, afhankelijk, soms met weinig andere mogelijkheden om op terug te vallen – vaak wel te vragen om case-management. Casemanagement is noodzakelijk om kwalitatief goede langdurige zorg mogelijk te maken.

Een opsplitsing van de extramurale langdurige zorg over de Zvw en de Wmo maakt het, zoals gezegd, ook mogelijk om de bij een activerende verzorgingsstaat passende uitvoeringsmechanismen – binnen de grenzen die de aard van de langdurige zorg oplegt – optimaal in te zetten. Binnen de Wmo kunnen de verantwoordelijkheden van andere betrokkenen maximaal worden aangesproken en gefaciliteerd. In de Zvw bestaat de ruimte om

een zekere selectiviteit en keuzevrijheid een plaats te geven. In beide regelingen is het mogelijk burgers een zeker eigen risico te geven en die tot uiting te brengen in een begreemd pakket en in eigen bijdragen voor bepaalde voorzieningen.

Aangehaalde literatuur

- Aarts, L., Ph. de Jong en R. van der Veen (2002), *Met de beste bedoelingen. WAO 1975-1999: trends, onderzoek en beleid*, Den Haag.
- Achterberg, Peter H.J. (2006), *Considering Cultural Conflict. Class Politics and Cultural Politics in Western Societies*, Rotterdam, Erasmus University Rotterdam.
- Achterberg, P., R. van der Veen en J. Raven (2010), *Omstreden Solidariteit*. Amsterdam (Aksant).
- Asperen, G.M. van (1993), *Het bedachte leven. Beschouwingen over maatschappij, zingeving en ethiek*. Amsterdam (Boom).
- Bonoli, G. (2004), *Modernising post-war welfare states*, paper ESPAnet conference, Oxford, 9-11 september 2004.
- Beck, U. (1992), *Risk Society. Towards a New Modernity*. London (oorspr. Frankfurt 1986).
- Becker, J. (2005), *De steun voor de verzorgingsstaat in de publieke opinie, 1970-2002. Een analyse van trends in meningen*.
- Centraal Planbureau (CPB) (2004), *Momentopname van de AWBZ. Een analyse van de sterke en zwakke punten*, 's Gravenhage.
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (2004). *Toekomst AWBZ*, Diemen.
- Dahrendorf, R. (1988), *The Modern Social Conflict*. Berkeley and Los Angeles (Univ. of California Press).
- Dam, M. van (2009), *Niemands land. Biografie van een ideaal*. Amsterdam (de Bezige Bij).
- Dworkin, R. (1993), Justice in the distribution of health care, in: *McGill Law Journal*, 38(4):883-898.
- Enthoven, A. (1988), Managed competition of alternative delivery systems, in: *Journal of Health politics, Policy and Law*, 13(2): 305-321.
- Elchardus, M., I. Marx en K. Pelleriaux (2003), De nieuwe sociale kwesties: begripsverduidelijking en hypothesevorming, in: B. Cantillon e.a. (red.), *De nieuwe sociale kwesties*, Garant.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (2000), *Uitdagingen voor de verzorgingsstaat in de 21e eeuw, Beleid en Maatschappij* 27(4): 219-232.
- Giddens, A. (1990), *The Consequences of Modernity*. Cambridge.
- Giddens, A. (1998), *The Third Way*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1994), *Beyond Left and Right. The future of radical politics*. Cambridge (Polity Press).
- Gilbert, N. (2002), *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Gunsteren, H. van (2008), *Bouwen op burgers. Cultuur, preventie en de eigenzinnige burger*. Amsterdam (van Gennep).

- Kaase, Max, en Kenneth Newton, (1995) *Beliefs in government*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Landauer, M. P. Köhler a.o. (2009), Long-term care benefits and services in Europe, in: *Gerontology*; 55: 481-490.
- Le Grand, J. (2003), *Motivation, Agency and Public Policy*. Oxford (Oxford U.P.).
- Mau, S. (2003), *The Moral Economy of Welfare States; Britain and Germany Compared*, London/New York: Routledge.
- Mau, S. (2004), Welfare Regimes and the Norms of Social Exchange, in: *Current Sociology* 52:53-74.
- Pavolini, E. and C. Ranci (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western-European countries, in: *Journal of European Social Policy*, 18(3): 246-259.
- Pierik, R.H.M. (1995), *Risico en rechtvaardigheid*. Lelystad (Vermande).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2008) *Beter zonder AWBZ?*, 's Gravenhage.
- Ringen, S. (2006 [1987]), *The possibility of Politics. A Study in the Political Economy of the Welfare State*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Schnabel, P. (2004), *Een eeuw van verschil. Van achterstelling tot zelfontplooiing: de dynamiek van het gelijkheidsideaal*, 's Gravenhage (SCP).
- Schwitters, R. (1991), *De risico's van de arbeid: het ontstaan van de ongevalwet 1901 in sociologisch perspectief* Groningen.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2007), *Verschillen in verzorging*, 's Gravenhage.
- Sociaal Economische Raad (2008). *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*, 's Gravenhage 2008.
- Stolk, B. van en C. Wouters (1982), De gemoedrust van de verzorgingsstaat, in: *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1982-6, pp. 599-612.
- Svallfors, Stefan, and Peter Taylor-Gooby (1999), *The end of the welfare state? Responses to state retrenchment*. London; New York: Routledge.
- Swaan, A. de (1988), *In care of the state: health care, education, and welfare in Europe and the USA in the modern era*. New York: Oxford University Press.
- Taylor-Gooby, P. (1997) In Defence of Second-best Theory: State, Class and Capital in Social Policy, in: *Journal of Social Policy*, 26(2): 171-192.
- Tonkens, E. (2010) Blijf van mijn lijf, mijn sigaretje en mijn kroketje, in: *de Volkskrant*, augustus 2010.
- Trappenburg, M. (1993), *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Leiden.
- Veen, R. van der (1997), *Een geregelde toekomst. Over veranderingen in de inrichting van het publiek domein*. Enschede, Universiteit Twente (oratie).
- Veen, R. van der en W. Trommel (1999), Managed liberalization of the Dutch Welfare State, in: *Governance*, 12-3: 289-310.
- Veen, R. van der (2003), Arbeidsongeschiktheid in een post-industriële economie, in: *Filosofie & Praktijk*, 24-4, pp. 5-15.

- Veen, R. van der (2009), De herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Analyse van een paradigmawisseling, in: J. de Vries en P. Bordewijk (red.) *Rijdende treinen en gepasseerde stations. Over Srebrenica, de kredietcrisis en andere beleidsfiasco's*. Amsterdam (van Genneep).
- Veen, R. van der (2010a), Neo-liberalisme en de verzorgingsstaat. Het ongelijk van Van Dam, in: *S&D* april 2010.
- Veen, R. van der (2010b), Naar een activerend stelsel van sociale zekerheid, in: P. van Echtelt, *Werkloosheid in goede banen*, 's Gravenhage (SCP), te verschijnen.
- World Health Organization (WHO) (2009a), *How health systems respond to population ageing?* Copenhagen.
- World Health Organization (WHO) (2009b), *The European Health Report 2009: health and health systems*, Copenhagen.

Colofon

Uitgave College voor zorgverzekeringen (CVZ)
September 2011

Auteur Romke van der Veen

Eindredactie Annette van der Elst

Vormgeving Afdeling SC&B CVZ

Fotografie Ron Zwagemaker

Druk Afdeling FIA CVZ

Adres Postbus 320
1110 AH Diemen

Telefoon: 020 797 85 55
Fax: 020 797 85 00
E-mail: info@cvz.nl
Internet: www.cvz.nl



Meer individuele verantwoordelijkheid, grotere eigen risico's, een activerende aanpak en nadruk op preventie zijn kenmerkend voor de ontwikkelingen in het sociaal-economisch beleid in de Nederlandse verzorgingsstaat. In deze verkenning onderzoekt Romke van der Veen de mogelijkheden om dergelijke beleidsinstrumenten in te zetten in de langdurige zorg, en hun eventuele bijdrage aan vergroting van de beheersbaarheid van het beroep op die zorg. Hij concludeert dat de aard van de langdurige zorg en de kenmerken van de gebruikers ervan beperkingen opwerpen, maar ook dat het gedachtegoed nuttige handvatten levert om over de toekomst van de langdurige zorg na te denken.

Romke van der Veen is hoogleraar sociologie van arbeid en organisatie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij doet onder meer onderzoek naar de werking van de arrangementen van de verzorgingsstaat.

Hij schreef onder andere *De herverdeelde samenleving, ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat* (met Willem Trommel en Kees Schuyt, 2004). Recent is van hem verschenen *Omstreden solidariteit* (met Peter Achterberg en Judith Raven, 2010). Binnenkort verschijnt *The Transformation of Solidarity. Changing risks and the future of the welfare state* (Met Mara Yerkes en Peter Achterberg, 2011). In beide boeken wordt de herziening van de verzorgingsstaat onderzocht door te kijken naar de veranderde praktijken in de uitvoering van het beleid en naar de veranderingen in de opvattingen van Nederlanders over de normen van activerend beleid en over de versobering en herziening van de verzorgingsstaat.

De toekomst van de langdurige zorg is geschreven in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat zich momenteel buigt over de vraag wat noodzakelijk te verzekeren langdurige zorg is.

Van der Veen is lid van de Raad van Advies van het CVZ.

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum

xx 2011

Ons kenmerk

O&O/2011106488

Behandeld door

mw. F. Rikken

Doorkiesnummer

(020) 797 80 17

Onderwerp

Aanbiedingsbrief achtergrondstudie 'De toekomst van de langdurige zorg'

Graag bied ik u de bijgesloten achtergrondstudie 'De toekomst van de langdurige zorg' aan. Deze achtergrondstudie is geschreven door Prof. dr. Romke van der Veen in opdracht van het CVZ.

In de achtergrondstudie schetst Van der Veen de ontwikkelingen in de verzorgingsstaat in de afgelopen twintig jaar. Hij laat zien hoe het beleid van de overheid zich steeds meer richt op participatie van burgers en het bevorderen van hun autonomie en koppelt dit aan het draagvlak voor de verzorgingsstaat. Over het algemeen onderschrijven mensen een verzorgingsstaat die arrangementen specifiekere toekent. Van der Veen poogt de ontwikkelingen in de verzorgingsstaat in algemene zin toe te passen op die in de huidige langdurige zorg. Hoe modern is de huidige (te verzekeren) langdurige zorg? Welke mogelijkheden zijn er om de huidige verzekerde langdurige zorg te moderniseren zodat participatie en autonomie meer gestimuleerd worden?

Het CVZ heeft deze achtergrondstudie laten maken als onderdeel van een van een serie uitvoeringstoetsen, standpunten en onderzoeken over de langdurige zorg. In dit kader brengt het CVZ rapporten uit over de onderwerpen 'Verpleging en verzorging', 'Begeleiding', 'Behandeling' en 'Verblijf' waarin concrete maatregelen worden getoetst of voorgesteld.

De achtergrondstudie maakt het mogelijk om de concrete maatregelen in een bredere context te plaatsen. Welke ontwikkelingen ziet de pakketbeheerder als onvermijdelijk en/of wenselijk. Het CVZ zal in de loop van 2012 graag met betrokken partijen het debat aan gaan over de ontwikkelingen zoals wij die zien. Het geplande eindresultaat is een schets van de toekomst van de langdurige zorg met daarbij een overzicht van consequenties en activiteiten die nodig zijn voor het realiseren van de voorgestelde veranderingen in de noodzakelijk te verzekeren langdurige zorg.

2/O&O/2011106488

Met vriendelijke groet,

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur