**Position Paper: ‘Wie het kleine niet eert…’**

T.b.v. Hoorzitting op 25 mei 2016 Tweede Kamer. Initiatiefgroep voor het behoud van de bijzondere positie van kleine, vitale zorgorganisaties in de reguliere ouderenzorg in Nederland.

**1. Stelling:** *Vele kleine organisaties hebben wachtlijsten; dit legitimeert minimaal handhaving van bestaande capaciteit dan wel uitbreiding waar de wachtlijst dit vraagt. Afbouw van plaatsen negeert de vraag van de cliënt*.

🡺 dit betekent dat we de politieke partijen vragen zich er voor in te zetten en te onderschrijven dat kleine organisaties, die cliënten met een geldige indicatie op de wachtlijst hebben, deze cliënten moeten kunnen laten instromen tot 100% van de huidige capaciteit.

Dit doet recht aan de keuze die cliënten maken voor zorg van de organisatie van hun 1e keuze en waarbij ze op de wachtlijst staan.

Hierbij past geen fysieke afbouw van plaatsen, dus ook geen afbouw bij de lage ZZP’s. Deze plaatsen beschikbaar te blijven voor de ombouw naar hoge ZZP’s of VPT’s op onze wachtlijsten.

**2. Stelling:** *Veel ouderen kiezen er bewust voor bij een uniek onderscheidende zorgaanbieder, in bijvoorbeeld visie, bejegening of levensbeschouwing, te gaan wonen en zorg en begeleiding te vragen en te ontvangen. Vergelijkbaar met de ouderen waarderen medewerkers veelal ook de menselijke maat in de omvang van de kleine zorgorganisatie, het gekend en gezien worden door de korte lijnen als uniek onderscheidend.*

🡺 dit betekent dat we de politieke partijen vragen een duidelijke keuze te maken voor het voortbestaan van deze organisaties en te stimuleren dat cliënten kunnen kiezen door ‘cliënt-kiezende bekostiging’ mogelijk te maken, waardoor de cliënt echt zijn eigen keuze kan maken. Wij vragen de partijen deze wijze van bekostiging uiterlijk eind 2017 volledig gerealiseerd te hebben!

**3. Stelling:** *De ‘inkoop wijkverpleging’, gebaseerd op populatiebekostiging, zijn een extra bedreiging voor de keuzevrijheid van de cliënt voor kleine zorgorganisaties. Onderaannemerschap beperkt de ruimte voor eigen identiteit en kracht, die voor de cliënt bij hun keuze juist zo van belang is.*

🡺 dit betekent dat we politieke partijen vragen te realiseren dat zorgverzekeraars afspraken te maken met kleine zorgaanbieders waarbij de verzekeraar de cliënt, die wenst de wonen en zorg te ontvangen in ‘aanleunwoningen’, volgt. Dus geen plafond per zorgverzekeraar, omdat dit geen recht doet aan de soort thuiszorg in aanleunwoningen. Vanwege het vaststaand aantal huidige aanleunwoningen zal dit niet leiden tot een vergroting van het (macro) budget.

Dit betekent tevens dat de zorgaanbieder in het complex waar de cliënt verkiest te wonen óók hoofdaanbieder moet (mogen) zijn.

**Wat kunnen politici en de staatssecretaris concreet doen voor kleine organisaties?**

* De initiatiefgroep ‘Wie het kleine niet eert….’ pleit voor het zo spoedig mogelijk invoeren van cliëntvolgende financiering waardoor keuzevrijheid van de cliënt wordt geborgd en deze dus zelf kan blijven kiezen waar hij/zij woont en zorg vraagt.
* Politici en de staatssecretaris dienen, totdat cliëntvolgende bekostiging binnen de WLz is ingevoerd, zorgkantoren en verzekeraars verplichten kleine vitale zorgorganisaties capaciteits- en productie afspraken te maken die bijdragen aan het behoud van de bedrijfsvoering van de organisaties, passend bij de wachtlijsten. Lichte zzp plaatsen kunnen worden omgezet naar zware plaatsen zodat die éne locatie, op de langere termijn kan blijven voortbestaan. Zorgkantoren maken meerjarige afspraken met kleine aanbieders (p x q) en VWS garandeert meerjaren budget hiervoor. Dus de bestaande capaciteit mag voor 100% worden benut in de Wlz (5, 6, 7 of 8).
* Daar waar in aanleunwoningen zorg geleverd wordt, wordt de zorg op het aantal appartementen gemaximaliseerd wat betekent dat het leidend is het aantal appartementen waarin zorg verleend wordt en niet het aantal zorguren. De zorgvraag kan, vanwege de cliëntenvraag versus het aantal erg wisselend zijn. ( bv. een terminale cliënt die overlijd wordt vervangen door een cliënt met, in eerste instantie, een lagere zorgvraag) .
* Omzetplafonds gehanteerd door de vier grote zorgverzekeraars in de thuiszorg ( ZVW) dienen te worden opgeheven. Kleine zorgaanbieders mogen voor de zorg in hun aanleunwoningen de grootste zorgverzekeraar vragen preferente zorgverzekeraar te zijn zodat administratielasten worden verminderd.
* Onderaannemerschap is geen optie: onderaannemer bepaald hoe het moet, cliënt krijgt andere zorg dan jij zou willen bieden en er ontstaat een dubbelle administratieve last.
* De macht van de zorgconsument versterken, middels keuzevrijheid bij cliënt- of persoonsvolgende financiering, hierdoor wordt er een systeem gecreëerd waarbij de cliënt een rechtstreekse financiële relatie krijgt met de zorgaanbieder.
* De cliënt zal veelal kiezen voor unieke kwaliteit en kleinschalig georganiseerde zorg. Als geborgd is dat kleine en grote organisaties gelijke kansen krijgen in de zorgmarkt, kunnen de kleine organisaties, die onderscheidende meerwaarde bieden voor de cliënten, blijven voortbestaan.

**Tot slot**

Het mysterie van de trend van schaalvergroting wordt ontkracht doordat uit wetenschappelijke onderzoek blijkt dat grootschalige georganiseerde zorg, niet specifiek bijdraagt aan de door de cliënt gewenste kwaliteit.

De algehele roep om kleinschaligheid, die onlangs in het debat over kwaliteit van verpleeghuiszorg ook door de staatsecretaris werd onderstreept, wordt daarmee recht gedaan.

Gooi niet het kind met het badwater weg door kleinschaligheid te stimuleren bij grote organisaties, en de kleine organisaties, die als voorbeeld dienen voor deze kleinschaligheid, te negeren.

De initiatiefgroep namens 75 kleine organisaties en hun medewerkers en cliënten :

Carla Cornuit, bestuurder LuciVer Wijchen, Aline Poolen, bestuurder Bethanie, Ede. Irene Vriens, bestuurder de Koperhorst, Amersfoort. Anneke Groenenberg, bestuurder Huize Het Oosten, Bilthoven. Johan de Jong, ondersteuner