

advies

08
03

Langdurige zorg verzekerd:
Over de toekomst van de AWBZ

SER

Sociaal-
Economische
Raad

advies

Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ

Uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Publicatienummer 3, 18 april 2008

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) adviseert de regering en het parlement over de hoofdlijnen van het te voeren sociale en economische beleid en over belangrijke wetgeving op sociaal-economisch terrein. Daarnaast is de SER belast met bestuurlijke en toezichthoudende taken met betrekking tot de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie (productschappen en bedrijfsschappen). De raad is voorts betrokken bij de uitvoering van enkele wetten.

De SER is in 1950 ingesteld bij de Wet op de bedrijfsorganisatie. Zitting in de SER hebben vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers alsmede onafhankelijke deskundigen. De raad is een onafhankelijk orgaan dat door het gezamenlijke Nederlandse bedrijfsleven wordt gefinancierd.

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door een aantal vaste en tijdelijke commissies. Enkele vaste commissies zijn onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam.

De belangrijkste adviezen die de SER uitbrengt, worden in boekvorm uitgegeven. Zij zijn tegen kostprijs verkrijgbaar. Een overzicht van recente publicaties vindt u achterin. Een uitgebreider overzicht wordt op aanvraag gratis toegezonden. Het maandblad SER-bulletin geeft uitgebreid nieuws en informatie over de SER. De SER beschikt ook over een eigen site op internet, met onder meer de samenstelling van de raad en zijn commissies, persberichten en het laatste nieuws.

© 2008, Sociaal-Economische Raad

Alle rechten voorbehouden.

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Sociaal-Economische Raad

Bezuidenhoutseweg 60

Postbus 90405

2509 LK Den Haag

Telefoon: 070 - 3 499 499

Telefax: 070 - 3 832 535

E-mail: ser.info@ser.nl

Internet: www.ser.nl

ISBN 90-6587-970-6 / CIP

Inhoudsopgave

Samenvatting	9
1 Inleiding	19
1.1 Algemeen	19
1.2 Adviesaanvraag	19
1.3 Plaatsbepaling adviesaanvraag	21
1.4 Adviesvoorbereiding	23
1.5 Opzet advies	24
2 Huidige wetgeving: AWBZ, Zvw en Wmo	25
2.1 Korte weergave huidige AWBZ	25
2.2 Typering cliëntgroepen	34
2.3 Omgeving van de AWBZ: Zvw en Wmo	38
2.3.1 Zvw	38
2.3.2 Wmo	41
2.4 Huidige zorguitgaven	45
3 Probleemschets AWBZ	47
3.1 Knelpunten huidige AWBZ	47
3.1.1 Zorginhoudelijke knelpunten (cliëntperspectief)	47
3.1.2 Knelpunten beheersing van de AWBZ (bestuurlijk perspectief)	49
3.2 Toekomstige ontwikkelingen	56
3.2.1 Demografische ontwikkelingen	56
3.2.2 Economische ontwikkelingen	57
3.2.3 Technologische ontwikkelingen	58
3.2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	59
3.2.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt	60
3.3 Ontwikkeling zorgvraag en zorguitgaven	61
3.3.1 Inleiding	61
3.3.2 AWBZ-uitgaven 1985-2005	62
3.3.3 Verwachte en mogelijke ontwikkelingen op de lange termijn	64
3.3.4 Vraag- en gebruiksraming ouderenzorg tot 2030 (SCP)	65
3.3.5 Technische exercitie AWBZ-uitgaven tot 2020 (VWS-deskundigen)	67
3.3.6 Mogelijke ontwikkeling AWBZ-quote op de lange termijn (CPB)	69
3.3.7 Enkele constatering	70

4	Visie van de raad	73
4.1	Beleidsopgave	73
4.2	Uitgangspunten en beleidsrichting	74
4.2.1	Cliënt centraal	74
4.2.2	Vergroten samenhang cure, care en participatie (ketenzorg)	75
4.2.3	Beschikbaarheid van de zorg en personeelstekorten voorkomen	76
4.2.4	Eigen verantwoordelijkheid	77
4.2.5	Ondernemerschap en innovatie	77
4.2.6	Houdbaarheid van de zorguitgaven	78
4.2.7	Randvoorwaarden	82
4.3	Visie op veranderingsproces en langetermijnperspectief	82
5	Voorstellen korte en middellange termijn	85
5.1	Inleiding	85
5.2	AWBZ-aanspraken toespitsen op langdurige zorg	86
5.2.1	Naar een glasheldere AWBZ-polis en een betere indicatiestelling	86
5.2.2	Herstelgerichte zorg naar Zvw en versterking eerstelijnszorg	89
5.2.3	Overheveling 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo	91
5.2.4	Betere afbakening met andere (aanpalende) domeinen	96
5.2.5	Het verder scheiden van wonen en zorg	98
5.2.5.1	Inleiding	98
5.2.5.2	Merites van de verdergaande extramuralisering van zorg	99
5.2.5.3	De grens tussen zorg thuis en intramurale zorg	102
5.2.5.4	Randvoorwaarden voor een verdergaande extramuralisering van zorg	103
5.2.6	Eigen betalingen	105
5.3	Voorstellen voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ	107
5.3.1	Kanteling naar cliëntvolgende uitvoering en bekostiging	107
5.3.2	Veranderingsopdracht tot 2012	108
5.3.3	Het versterken van vraagsturing	110
5.3.4	Van regionale uitvoering naar uitvoering voor eigen verzekerden	112
5.4	Arbeidsmarkt: het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector	115
5.4.1	Algemeen	115
5.4.2	Een brede benadering voor de collectieve sector	116
5.4.3	Voorstellen voor de zorgsector	117
5.4.4	Informeel zorg en mantelzorg	119
5.5	Gevolgen voor financiering en lastenverdeling	119

6	Beleidsrichtingen voor de lange termijn	123
6.1	Inleiding	123
6.2	Handhaven kern-AWBZ voor vroeggehandicapten en vergelijkbare groepen	123
6.3	Opties voor de zorg voor ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen	124
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	129
	A Adviesaanvraag Toekomst AWBZ van 29 mei 2007	129
	B Brief staatssecretaris VWS van 16 juli 2007	135
2	Rondetafelgesprekken	137
	A Deelnemerslijst rondetafelgesprekken van 17 september 2007	137
	B Deelnemerslijst rondetafelgesprek van 3 april 2008	138
3	Verkenning huidige AWBZ	139
4	Verkenning Zvw en Wmo	161
5	Kwantitatieve gegevens en ontwikkelingen	191
	A Secretariaatsnotitie Lastenverdeling huidige zorguitgaven	191
	B Secretariaatsnotitie Ramingen toekomstige ontwikkeling AWBZ-uitgaven	195
	C Technische exercitie VWS-deskundigen	205
	D CPB-notitie <i>Toekomstige ontwikkeling van uitgavenquotes in de AWBZ</i>	213
	E SCP-notitie <i>De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030</i>	219
6	Verkenning gevolgen voorstellen	285
	A CPB-notitie <i>Effect AWBZ-schuif op de macro lastenverdeling</i>	285
	B CPB-notitie <i>Scheiden wonen en zorg</i>	287
7	Samenstelling commissies	289
	A Samenstelling commissie Sociale Zekerheid	289
	B Samenstelling werkgroep Toekomst AWBZ	291



SAMENVATTING

1 Adviesaanvraag

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een sociale verzekering voor de langdurige zorg in Nederland. Kort gezegd regelt de AWBZ de organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten.

Op 29 mei 2007 heeft de staatssecretaris van VWS namens het kabinet de SER om advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ. Volgens het kabinet kent de huidige AWBZ fundamentele tekortkomingen en is deze onvoldoende op de toekomst voorbereid. De staatssecretaris vraagt de SER om een vergezicht voor de AWBZ op lange termijn. Daarbij is onder meer de vraag aan de orde of op de lange duur een afzonderlijke AWBZ zal blijven bestaan of dat de AWBZ-aanspraken over te hevelen zijn naar andere domeinen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Op basis van dit vergezicht vraagt de staatssecretaris om een vertaling naar maatregelen op de korte en middellange termijn (2009-2010).

2 Beleidsopgave

De raad erkent met het kabinet dat de huidige AWBZ onvoldoende op de toekomst is voorbereid. Voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op toekomstige ontwikkelingen in en rond de AWBZ, zijn aanpassingen nodig.

De raad formuleert in het advies een zestal beleidsopgaven voor de AWBZ:

- 1 Het veel meer centraal stellen van de cliënt door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden. Tegelijkertijd moet het toekomstige stelsel rekening houden met cliënten die niet of in mindere mate in staat zijn te kiezen dan wel de regie over het eigen leven te voeren.
- 2 Verbetering van de kwaliteit van de zorg en het versterken van de zorginhoudelijke en logistieke samenhang tussen curatieve zorg (cure), langdurige zorg (care) en ondersteuning bij participatie.
- 3 Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel.
- 4 Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, onder handhaving van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Dat geldt met name voor de omgeving waarin de zorg wordt verleend (de woonfunctie).
- 5 Het vergroten van de flexibiliteit en dynamiek op de zorgaanbodmarkt om meer innovatie, differentiatie en maatwerk in het zorgaanbod mogelijk te maken.
- 6 Het waarborgen van de financiële houdbaarheid en het maatschappelijk draagvlak (solidariteit) voor het zorgstelsel in de toekomst. In het kader van een brede vergrijzingstrategie moet het beleid zijn gericht op het creëren van een zo breed en zo stevig mogelijk sociaal-economisch draagvlak en op het vergroten van de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkeling van de langdurige zorg, om zo ‘onnodige’ stijgingen van de AWBZ-uitgaven te voorkomen.

Geen blauwdruk voor de toekomst

De staatssecretaris vraagt om een toekomst- of eindperspectief voor de langdurige zorg. Volgens de raad is het daarvoor op dit moment nog te vroeg. Zo is er onvoldoende zicht op het functioneren en de ontwikkeling van de – zeer recent ingevoerde – Zvw en de Wmo in de praktijk. De vraag van de staatssecretaris of een vergaande ‘herverkaveling’ van de AWBZ meerwaarde heeft, is daardoor nog niet met volle zekerheid te beantwoorden. In plaats van een blauwdruk voor de toekomst als ijkpunt voor de herziening van de AWBZ, bepleit de raad een meer geleidelijke benadering. Deze houdt in dat op korte termijn – in de komende vier jaar en dus uiterlijk in 2012 – forse verbeteringen worden gerealiseerd in het functioneren van de AWBZ; verbeteringen die volgens de raad hoe dan ook noodzakelijk zijn.

Op basis van praktijkervaring met de AWBZ-‘nieuwe stijl’, de Zvw en de Wmo kan onder ogen worden gezien welke meer vergaande veranderingen in de toekomst wenselijk zijn. De raad schetst daarvoor een aantal mogelijkheden of opties. Daarbij gaat de raad ervan uit dat er ook op lange termijn een AWBZ als volksverzekering voor de langdurige zorg voor specifieke groepen gehandhaafd blijft.

3 Voorstellen voor de eerstkomende jaren

Hierna volgt een samenvatting van de voorstellen voor de eerstkomende vier jaar, dus tot 2012. Deze zijn in de kern gericht op a) een betere toespitsing en toepassing van de AWBZ-aanspraken (via een betere afbakening van het verzekerde pakket en een verbetering van de indicatiestelling) en op b) een fundamentele kanteling van een instellingsgeoriënteerde naar een cliëntgerichte uitvoering en persoonsvolgende bekostiging (van aanbodregulering naar vraagsturing).

3.1 Betere afbakening AWBZ-aanspraken

Volgens de raad kan en moet de AWBZ beter worden afgebakend en moet deze daadwerkelijk worden toegespitst op langdurige zorg. Het advies bevat daartoe een aantal richtinggevend voorstellen. Het is niet aan de raad om tot in detail als pakketbeschrijver op te treden. Hij gaat ervan uit dat het CVZ en de Gezondheidsraad over de specifieke invulling van het pakket zullen adviseren, uitgaande van de hoofdlijnen die in dit advies worden geschetst.

Naar een heldere omschrijving van de AWBZ-aanspraken (‘glasheldere polis’)

De AWBZ-aanspraken zijn op dit moment zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoeld en ongewenst gebruik plaatsvindt. De raad bepleit de AWBZ daadwerkelijk toe te spitsen op langdurige zorg. Het gaat daarbij volgens hem – in de woorden van de staatssecretaris van VWS – om een ‘glasheldere polis’ die onbetwistbare zorg garandeert en niet-gewenst gebruik voorkomt.

Verbetering van de indicatiestelling

In een vraaggestuurde AWBZ speelt een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling een cruciale rol als het gaat om kostenbeheersing. De raad doet in het advies voorstellen voor een verdere verbetering van de indicatiestelling, onder meer door protocollering, benchmarking en een permanente kwaliteitscontrole van de indicatieorganen. Verder adviseert hij terughoudend te zijn bij mandatering van de indicatiestelling aan andere partijen. Bij de indicatiestelling acht hij van belang dat niet alleen wordt gekeken naar de beperkingen van een cliënt, maar ook naar zijn of haar mogelijkheden.

Overheveling van de herstelgerichte zorg naar Zvw

Een deel van de AWBZ-zorg is tijdelijk en hangt samen met medische ingrepen (zoals herstelgerichte revalidatiezorg of eerstelijns verpleegkundige zorg). De raad stelt voor deze kortdurende, herstelgerichte zorg naar de Zvw over te hevelen. Zo gaat de zorgketen voor herstelgerichte zorg één geheel vormen. Dit biedt meer mogelijkheden voor een goede inhoudelijke en logistieke afstemming van deze zorg. De cliënt heeft dan één aanspreekpunt en wordt niet langer geconfronteerd met knippen in de zorgverlening. Voor de uitvoeder (de zorgverzekeraar) leidt dit tot meer mogelijkheden om tot doelmatige zorgverlening te komen. De raad gaat in dat verband ook in op het belang van sterke en brede eerstelijnszorg in de lokale omgeving.

Overheveling van de 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo

Volgens de raad moeten onderdelen van de huidige AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) die gericht zijn op deelname aan de samenleving en dus raakvlakken hebben met de Wmo, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Wmo. Nader onderzoek is nodig om tot een goede afbakening te komen. De begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen en de dagbesteding in de gehandicaptenzorg moeten in ieder geval onder de AWBZ blijven vallen.

De raad wijst erop dat een effectief lokaal beleid van wezenlijk belang is voor het voorkomen dan wel beperken van het beroep op langdurige zorg. In dat verband bepleit hij dat de Wmo wordt versterkt en dat er stringentere voorwaarden worden geformuleerd waaraan het beleid van de gemeenten moet voldoen. Dat geldt met name voor de invulling van het compensatiebeginsel in de Wmo. Ook moet onderzoek worden gedaan naar prikkels voor gemeenten om het beroep op de AWBZ te beperken en naar mogelijkheden om aan de aanbestedingsprocedures bepaalde voorwaarden te verbinden.

Naar een betere afbakening met andere domeinen

De raad bepleit een betere afbakening van de AWBZ met andere (aanpalende) domeinen, zoals onderwijs- en arbeidsmarktvoorzieningen voor mensen met een beperking, en jeugdzorg. Uitgangspunt daarbij is het streven naar inclusief beleid, in de zin dat de ondersteuning voor mensen met beperkingen die nodig is om in het onderwijs of op de arbeidsmarkt te kunnen participeren, vanuit dat domein wordt geboden. De raad gaat specifiek in op de afbakening met de Jeugdzorg. Hij zal de toename van de groep

jongeren met psychische en gedragsstoornissen en de sociale en economische gevolgen daarvan, desgevraagd ook zelf nader verkennen.

Het verder scheiden van wonen en zorg

De raad is voorstander van een vergaande scheiding in de financiering van wonen en zorg, zoals hij ook in eerdere adviezen heeft bepleit. Bij een financiële scheiding van wonen en zorg wordt het wonen – uitzonderingen daargelaten – niet langer vergoed op grond van de AWBZ en brengen intramurale zorginstellingen de huur afzonderlijk in rekening. Hierdoor kan beter worden aangesloten bij de uiteenlopende woonwensen van zorgvragers. Dit voorkomt ook dat deze een steeds zwaardere belasting voor de AWBZ gaan vormen. De raad vindt dat de woonfunctie in beginsel niet in een zorgverzekering thuishoort, maar in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van burgers zelf.

De raad verwacht dat de financiële scheiding van wonen en zorg – in samenhang met de invoering van zorgpakketten naar zorgzwaarte met bijbehorende normbedragen (zie hierna) – innovaties zal uitlokken op het snijvlak van wonen, zorg, welzijn en participatie. Hij gaat in het advies nader in op enkele uitzonderingssituaties, op de regierol van gemeenten bij de afstemming van het aanbod van wonen en zorg, op de financiële toegankelijkheid van woonzorgarrangementen voor de laagste inkomensgroepen en op de overgangssituatie voor zorginstellingen.

Eigen betalingen

De raad ziet geen aanleiding om op korte of middellange termijn de eigen betalingen (inkomensafhankelijke eigen bijdragen) in de AWBZ verder te *verhogen*. De voordelen in termen van hogere opbrengsten wegen namelijk niet op tegen het risico dat mensen die zorg nodig hebben, om financiële redenen noodzakelijke AWBZ-zorg gaan mijden.

Het is in beginsel mogelijk de eigen bijdragen te *verbreden* naar de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Gegeven de beperkte omvang – een groot deel daarvan zal immers overgaan naar de Wmo of is reeds via de ggz overgegaan naar de Zvw – wegen de inningkosten echter waarschijnlijk nauwelijks op tegen de opbrengst ervan.

3.2 Verbetering uitvoering

Een publieke veranderingsopdracht voor de uitvoering

Volgens de raad moeten zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven voor de uitvoering van de AWBZ, zoals ook op dit moment het geval is. De raad stelt voor dat zij op grond van een publieke veranderingsopdracht gaan werken aan een fundamentele verbetering van de AWBZ-uitvoering. Deze veranderingsopdracht komt er, kort samengevat, op neer dat er een fundamentele kanteling plaatsvindt van de huidige aanbodgerichte uitvoering naar een vraaggestuurde, cliëntgeoriënteerde uitvoering van de AWBZ.

Hierna schetst de raad de – onderling samenhangende – onderdelen van deze veranderingsopdracht. Deze verbeteringen moeten zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk in 2012 zijn gerealiseerd.

Naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders

In de vraaggestuurde AWBZ die de raad voorstelt, krijgt de zorgaanbieder niet langer een budget vooraf (instellingsbudgettering) maar wordt hij bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Kort gezegd kiest de cliënt de zorgaanbieder en volgt het geld de cliënt (persoonsvolgende bekostiging). Goed presterende zorgaanbieders kunnen daarvoor groeien; voor slecht presterende zorgaanbieders dreigt onderbenutting of leegstand. De raad verwacht dat dit bijdraagt aan meer diversiteit en vernieuwing van het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van de zorg.

Dit vereist de invoering van een individuele AWBZ-verzekerdenadministratie en een effectief werkend declaratieverkeer tussen aanbieder en uitvoerder. Voorts moet worden gewaarborgd dat de cliënt bij iedere gekwalificeerde zorgaanbieder terecht kan. Ook het verzamelen en beschikbaar stellen van adequate informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van het zorgaanbod is van groot belang, zowel voor het keuzeproces van cliënten als voor het vergelijken van de prestaties in verschillende zorgregio's (indicatiestelling, AWBZ-uitvoerder, aanbieders).

Op weg naar zorgpakketten naar zorgzwaarte met normbedragen

De raad stelt voor de indicaties uit te drukken in zorgpakketten naar zorgzwaarte. Binnen het geïndiceerde zorgpakket naar zorgzwaarte kunnen zorgaanbieders en cliënten afspraken maken over zorg op maat. Op het moment dat daarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn, kunnen aan de genoemde zorgpakketten normbedragen worden verbonden, die de basis gaan vormen voor het persoonsvolgend budget. In 2012 (of eerder) vormen deze normbedragen de basis voor de financiering van de AWBZ-uitvoerder. In die situatie kan de AWBZ-uitvoerder geleidelijk meer financieel risico gaan lopen over de zorginkoop. Dat stimuleert de AWBZ-uitvoerder om de zorgaanbieders aan te sturen op een gunstige prijskwaliteitverhouding van de te leveren zorg.

Versterking van de positie van het pgb

Zorg in natura moet volgens de raad de standaardoptie blijven. Cliënten die dat willen, moeten echter net als nu kunnen kiezen voor een bedrag in geld – het persoonsgebonden budget (pgb) – waarmee zij zelf zorg inkopen. Het pgb zorgt ervoor dat de cliënt niet uitsluitend is aangewezen op gecertificeerd zorgaanbod. Dit draagt tevens bij aan het ontlasten van de professionele zorgverleners en aan het stimuleren van zorgvernieuwing. Het budget dat voor pgb's beschikbaar is (nu een subsidieregeling), moet onderdeel worden van de budgetten van de AWBZ-uitvoerder. De raad gaat in het advies ook in op de verbreding van de toepassing van het pgb, op het hanteren van een afslag (kortingspercentage) en op de informatievoorziening aan pgb-houders over de beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorg.

Naar uitvoering door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden

Volgens de raad kan de uitvoering van de veranderingsagenda het beste worden ingezet door gezamenlijke zorgverzekeraars. Zij zijn ook nu al formeel de uitvoerders van de AWBZ. Zo kan zo spoedig mogelijk met de veranderingsopdracht worden gestart.

De veranderingsagenda moet ertoe leiden dat zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 de uitvoering van onderdelen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden op zich kunnen nemen. Naar verwachting is er voor omvangrijke cliëntgroepen doelmatigheidswinst te behalen als de uitvoering van hun AWBZ- en Zvw-aanspraken in één hand wordt gelegd. De raad verwacht dat de voordelen van integrale uitvoering zich vooral zullen voordoen bij (delen van) de ouderenzorg, de zorg voor chronisch zieken en vergelijkbare groepen. Integrale uitvoering bevordert de totstandkoming van zorgketens tussen de AWBZ en de Zvw en daarmee de zorginhoudelijke samenhang tussen de AWBZ en de Zvw. De raad verwacht dat hier nog veel doelmatigheidswinst te behalen valt. Bovendien kan de cliënt voor deze ketenzorg dan terecht bij één loket. In de eerstkomende jaren zal in de uitvoering reeds werk moeten worden gemaakt van preventie en van het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen (ketenzorg).

3.3 *Het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector*

In het advies wijst de raad opnieuw op de cruciale betekenis van het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector. Voor de aanpak daarvan verwijst hij naar zijn advies *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector* van 2006. Daarin doet hij zowel voorstellen voor het algemeen sociaal-economische beleid en het beleid voor de collectieve sector als geheel als voor het beleid in knelpuntsectoren, waaronder de sector zorg en welzijn. De raad verwijst voorts met instemming naar het VWS-actieplan *Werken aan zorg* van 2007. Dat bevat voorstellen voor de innovatie van zorgprocessen, investeringen in het behoud van personeel en voor het vergroten van de instroom van nieuw personeel.

3.4 *Gevolgen voor financiering en lastenverdeling*

De voorgestelde overhevelingen van de ABWZ naar de Wmo en de Zvw hebben beperkte gevolgen voor de lastenverdeling tussen huishoudens, bedrijven en overheid. De bedragen die daarmee zijn gemoeid, zijn nog onbekend.

Overhevelingen naar de Wmo kunnen volgens het CPB lastenneutraal plaatsvinden door de verlaging van de AWBZ-premie gepaard te laten gaan met een evenredige stijging van het belastingtarief in de eerste en tweede schijf. Uitgaande van lastenneutraliteit voor werkgevers, werknemers, zelfstandigen en gepensioneerden moet adequate compensatie worden gevonden voor de lastenverschuivingen die het gevolg zijn van overhevelingen naar de Zvw.

De raad signaleert dat sociale partners min of meer fundamentele bezwaren hebben tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg. Als belangrijkste financiers van de Zvw-lasten moeten in ieder geval werkgevers en werknemers op korte termijn worden betrokken bij het vraagstuk van de aanpak van de verwachte forse groei van de kosten van de gezondheidszorg. De raad verwijst in dat verband tevens naar zijn eerdere verzoek om aan de hand van een brede adviesaanvraag een bijdrage te leveren aan het

maatschappelijk debat over de beheersbaarheid, financiering en verdeling van de zorgkosten.

Een volledige financiering van de AWBZ uit de algemene middelen biedt volgens de raad een oplossing voor de toenemende uitholling van de premiegrondslag door heffingskortingen.

4 Beleidsrichtingen voor de lange termijn

Tot slot schetst de raad nog enkele globale opties voor de langdurige zorg op langere termijn. Hij gaat ervan uit dat ook op de lange termijn een afzonderlijke, publiekrechtelijke en regionaal uitgevoerde sociale verzekering voor de langdurige zorg nodig blijft voor bepaalde zorgvormen of voor bepaalde cliëntgroepen. De raad denkt daarbij in ieder geval aan vroeggehandicapten – voor een groot deel verstandelijk gehandicapten – en cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. Zo is de samenhang met de curatieve zorg voor deze groepen vaak van minder betekenis. Ook is de beïnvloedbaarheid van het risico voor verzekeraars niet of nauwelijks aan de orde en werken de corrigerende mechanismen van de Zvw voor deze cliëntgroepen minder goed. Tot slot is deze groep niet of nauwelijks in staat (geweest) om zelf in een inkomen te voorzien.

Voor cliëntgroepen in de AWBZ die relatief veel gebruik maken van curatieve zorg zoals ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen, zijn op zichzelf meerdere opties denkbaar. De raad noemt als opties: een voortzetting van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden, een afzonderlijke careverzekering die privaatrechtelijk door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd of – onder stringente voorwaarden – een overheveling van onderdelen van (onderdelen van) de zorg voor deze groepen van de AWBZ naar de Zvw.

Op dit moment vindt de raad het nog te vroeg voor een finale beoordeling en is het beter om eerst de invoering van zijn voorstellen voor de AWBZ af te wachten alsook het functioneren en de ontwikkeling van de Zvw en de Wmo in de praktijk. De raad is bereid om naar aanleiding daarvan opnieuw advies uit te brengen.

5 Probleemschets

Het advies bevat een probleemschets van de huidige AWBZ en van toekomstige ontwikkelingen die voor de langdurige zorg van belang zijn.

Het advies gaat vanuit een cliëntperspectief in op een aantal zorginhoudelijke knelpunten, zoals de kwaliteit van de zorg, de samenhang tussen curatieve zorg (cure), care en maatschappelijke participatie en de positie van de cliënt in het zorgstelsel.

Vanuit bestuurlijk perspectief wordt gekeken naar de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkeling van de AWBZ. Het advies gaat in dat verband onder meer in op de afbakening van de AWBZ-aanspraken, op het functioneren van het indicatieorgaan, op de aanwezigheid van prikkels voor een doelmatige zorginkoop en op de verantwoordelijkheidsverdeling in de uitvoering van de AWBZ.

Ook bevat het advies een aantal ramingen van de ontwikkeling in de zorgvraag en de zorguitgaven van het SCP, het CPB en een technische exercitie van deskundigen van het ministerie van VWS. Geconstateerd kan worden dat het perspectief voor de lange termijn hoogst onzeker is. Zo hoeven de AWBZ-uitgaven niet uit de hand te lopen. Daarbij is wel van belang dat kostenbeheersing in het verleden voor een belangrijk deel door stringente aanbodregulering is gerealiseerd. Dit betekent dat bij een overgang naar een vraaggestuurde AWBZ andere instrumenten (gericht op vraagregulering) nodig zijn om kostenbeheersing te realiseren.

6 Over de voorbereiding van het advies

Het advies is voorbereid door een ad-hocwerkgroep Toekomst AWBZ van de commissie Sociale Zekerheid van de SER. Andere organisaties die reeds over de toekomst van de AWBZ hebben geadviseerd – CPB, CVZ, NZa, RVZ – zijn daarbij betrokken via een adviserend lidmaatschap van de werkgroep.

Vertegenwoordigers van patiënten-, consumenten- en ouderenorganisaties en van CIZ, MEE Nederland en VNG zijn via rondetafelgesprekken bij de voorbereiding van het advies betrokken. De raad is de vertegenwoordigers van deze organisaties zeer erkentelijk voor hun inbreng. Dat geldt ook voor de schriftelijke reacties die de raad van andere organisaties of instellingen heeft ontvangen.



ADVIES

1 Inleiding

1.1 Algemeen

Wat is de visie van de SER op de toekomst van de AWBZ?

Dat is de kern van de adviesaanvraag die staatssecretaris Bussemaker van VWS op 29 mei 2007 namens het kabinet aan de SER heeft voorgelegd.

De raad geeft in dit advies zijn antwoord. Het advies gaat uit van een veranderingsagenda voor de korte en middellange termijn. Deze veranderingsagenda omvat in beginsel alle elementen of onderdelen van de huidige AWBZ en heeft ook betrekking op de samenhang met aanpalende beleidsdomeinen, waaronder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In de volgende paragrafen van deze inleiding komen eerst de inhoud en plaatsbepaling van de adviesaanvraag aan de orde en vervolgens de adviesvoorbereiding en de opzet van het advies.

1.2 Adviesaanvraag

Probleemschets kabinet

Volgens het kabinet kent de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen, waardoor deze verzekering niet voldoende op de toekomst is voorbereid.

In de adviesaanvraag noemt het kabinet de volgende knelpunten:

- onvoldoende aansluiting van de zorg bij de wensen en behoeften van cliënten;
- de dreigende overlap met andere voorzieningen als gevolg van de verbreding van het AWBZ-zorgpakket, waardoor afwenteling op de AWBZ in de hand wordt gewerkt;
- te weinig prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit in de uitvoering;
- te weinig zicht op de kosten en kwaliteit.

Tijdens de eerste honderd dagen van de kabinetsperiode is staatssecretaris Bussemaker van VWS de dialoog aangegaan met cliënten en werkers in het veld van de gezondheidszorg. De uitkomst daarvan heeft een probleemstellend karakter. Als belangrijke bevindingen worden in dit verband genoemd:

- de toegenomen mondigheid van cliënten, waarbij past dat zij zelf keuzes kunnen maken over de organisatie van hun zorg;
- de ervaren hoge werkdruk en bureaucratische last die belemmerend zijn voor maatwerkoplossingen en ten koste gaan van werkplezier en het imago van de sector;
- de tijd, geld en energie die het kost voor de organisaties in de AWBZ om de keten goed te laten functioneren;
- de ervaring dat cliënten niet altijd de zorg kunnen ontvangen die het beste aansluit bij hun wensen;
- de onvoldoende kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in sommige situaties.

Het kabinet wil in deze kabinetsperiode een helder perspectief voor verandering bieden en de eerste stappen zetten op weg daar naartoe.

Adviesaanvraag SER over vergezicht en korte termijn

Het kabinet stelt behoefte te hebben aan een ‘conceptueel advies’ over (de verzekering en financiering van) de thans onder de AWBZ verzekerde zorg. De meerwaarde van een SER-advies is in het bijzonder gelegen in het creëren van een breed maatschappelijk draagvlak voor inhoudelijke veranderingen in de AWBZ-zorg.

Het kabinet vraagt de raad in het bijzonder aandacht te besteden aan:

- de inhoud en breedte van het verzekerde pakket in relatie tot lastenverdeling en solidariteitsverhoudingen;
- de afbakening ten opzichte van andere domeinen van zorg en ondersteuning (voorkomen van afwenteling);
- de financiële houdbaarheid; en
- het bereiken van meer klantgerichtheid, kwaliteit en doelmatigheid in de uitvoering.

Ook vraagt het kabinet de raad in te gaan op het bereiken van meer ondernemerschap in de zorg en op ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en het beroep dat vanuit de AWBZ op de arbeidsmarkt wordt gedaan.

Daarnaast stelt het kabinet de vraag aan de orde of op de lange duur een AWBZ zal blijven bestaan of dat deze als afzonderlijke wettelijke regeling kan komen te vervallen. Daarbij zouden de AWBZ-aanspraken worden overgeheveld naar andere domeinen, dat wil zeggen met uitvoering door (risicodragende) verzekeraars dan wel door opname in een (gemeentelijke) voorziening.

Op basis van dit ‘vergezicht’ vraagt het kabinet om een vertaling naar maatregelen op de korte en middellange termijn (2009-2010). Het vraagt de raad daarbij aan te geven welke tussenstappen in welke volgorde en volgens welk tijdpad kunnen worden gezet.

Gelet op de toenemende zelfstandigheid, mondigheid en onafhankelijkheid van mensen moet volgens het kabinet de omslag worden gemaakt van een bureaucratisch, sterk overheidsgestuurd model naar een moderne, solidaire verzekering of voorziening voor langdurige zorg die keuzemogelijkheden biedt aan mensen die goed in staat zijn die keuzes te maken.

Daarvoor zijn veranderingen in de uitvoering nodig, zoals uitvoering door de eigen verzekeraar in plaats van door het zorgkantoor, aldus het kabinet.

Daarnaast vraagt het kabinet advies over mogelijke vormen van cliëntgebonden financiering. Het denkt daarbij aan twee mogelijke basisvormen (die naast elkaar kunnen bestaan): een persoonsgebonden budget vooraf of restitutie achteraf. Ook kan worden gedacht aan een persoonsvolgende bekostiging binnen de zorg in natura.

Tot slot vraagt het kabinet de raad in het bijzonder aandacht te besteden aan de volgende aspecten:

- *Lastenverdeling, inkomenseffecten en solidariteitsverhoudingen.*
Het gaat om het in beeld brengen van de gevolgen van de SER-voorstellen voor de financiering, de systematiek van eigen bijdragen, de inkomenseffecten en solidariteitsverhoudingen;
- *Verandering uitvoeringsstructuur en cliëntgebonden financiering.*
Het kabinet vraagt de raad om zich uit te spreken over de wenselijkheid van de afschaffing van de regionale zorgkantoren en over de risicodragende uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars. Ook wordt de raad gevraagd aan te geven hoe de uitvoering eenvoudiger en begrijpelijker kan en om in te gaan op de ontwikkeling van cliëntgebonden financiering (zie hiervoor). Het kabinet vraagt de raad daarbij ook in te gaan op mogelijkheden voor budgettaire beheersing (bijvoorbeeld via een scherpere omschrijving van de aanspraken, eigen bijdragen en de hoogte van tarieven ten opzichte van zorg in natura), de mate van zelfredzaamheid van cliënten en de uitvoerbaarheid voor partijen in het veld.
- *Doelmatigheid, kwaliteit en concurrentieverhoudingen.*
De inrichting van de uitvoering van de AWBZ zou substitutie naar de goedkoopst adequate voorziening moeten bevorderen, aldus het kabinet. Het vraagt de raad om de betekenis in beeld te brengen voor de verschillende (relaties tussen) partijen in de zorg, mede gelet op de ontwikkeling naar cliëntgebonden financiering. Een specifiek punt daarbij is volgens het kabinet de relatie tussen de ontwikkeling van vormen van concurrentie enerzijds en doelmatigheid, kwaliteit en samenhang in de zorgverlening (ketenzorg) en solidariteit anderzijds. In dat licht vraagt het kabinet de raad om tevens aan te geven welke rol eigen bijdragen daarin kunnen spelen.
- *Kostenbeheersing en het recht op zorg.*
Met verwijzing naar de (door de Tweede Kamer aanvaarde) motie-Van der Veen c.s.¹ vraagt het kabinet de mening van de raad over de wijze waarop het beste kan worden omgegaan met de spanning tussen het recht op zorg en het belang van kostenbeheersing. Het vraagt de raad daarbij ook in te gaan op de wijze waarop de toegang tot de zorg (indicatiestelling) het beste kan worden georganiseerd.

1.3 Plaatsbepaling adviesaanvraag

Karakter adviesaanvraag

De adviesaanvraag heeft betrekking op de AWBZ in volle breedte en is ook zeer open geformuleerd. Wel bevat de adviesaanvraag enkele algemeen geformuleerde uitgangspunten die voor het kabinet belangrijk zijn. Ook noemt het kabinet voorbeelden van mogelijke beleidsopties, evenwel zonder een keuze te bepalen.

1 In deze motie wordt de regering verzocht onderzoek te laten verrichten naar een zodanige vormgeving van de AWBZ dat het recht op zorg te garanderen is en cliëntenstops te voorkomen zijn. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 800 XVI, nr. 55.

Lopend kabinetsbeleid: modernisering AWBZ

De adviesaanvraag komt op een moment dat er al vele – al dan niet ingrijpende – stappen zijn gezet om de AWBZ te moderniseren en waarop verdergaande stappen worden overwogen. Als onderdeel van het zogenaamde ‘groot project modernisering AWBZ’² zijn bijvoorbeeld de AWBZ-aanspraken gedefinieerd in AWBZ-brede functies, onder meer om te kunnen komen tot meer vraagsturing (functiegerichte bekostiging). Ook is de AWBZ-indicatiestelling stapsgewijs gecentraliseerd in een landelijke organisatie (CIZ). Verder zijn de afschaffing van de contracteerplicht voor extramurale zorg en de invoering van de Wet herziening overeenkomstenstelsel van belang.

In de afgelopen jaren zijn ook de Zvw en de Wmo in werking getreden en zijn onderdelen van de AWBZ in deze nieuwe regelingen opgegaan. Zo is de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging overgegaan naar de Wmo. Verder is de geneeskundige ggz – ongeveer twee derde van de totale ggz – per 1 januari 2008 overgeheveld van AWBZ naar de Zvw. Volgens het (vorige) kabinet is met de invoering van de Zvw en de Wmo meer focus aangebracht in de AWBZ als een sociale verzekering voor langdurige zware zorg³.

Adviezen andere organisaties

De adviesaanvraag wijst erop dat vele organisaties zich al over de toekomst van de AWBZ hebben uitgesproken. De in de adviesaanvraag genoemde organisaties – het Centraal Planbureau (CPB), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Interdepartementale werkgroep Organisatie romp AWBZ (IBO-werkgroep) – delen de conclusie dat de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen kent en daardoor op de lange duur onhoudbaar zal zijn⁴. Dit geldt ook voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die een rapport heeft uitgebracht dat de staatsecretaris door middel van een aanvullende brief expliciet onder de aandacht van de raad heeft gebracht⁵.

De voorgestelde oplossingsrichtingen komen alle neer op een verdere overheveling – onder randvoorwaarden – van belangrijke onderdelen van de AWBZ naar de Zvw en de Wmo. Het vorige kabinet heeft zich niet willen uitlaten over een eventueel langetermijnperspectief. Wel heeft het – in reactie op de rapporten van adviesraden en andere organisaties – mogelijke toekomstscenario’s uitgewerkt (brieven van 9 juni en 12 december 2006).

2 Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 26 631 e.v.

3 Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 597, nr. 1, p. 1.

4 Centraal Planbureau (2006) *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, CPB-document, no. 122, Den Haag, juni 2006; College voor zorgverzekeringen (2004) *Toekomst AWBZ*, Diemen, augustus 2004; College voor zorgverzekeringen (2005) *Zorg en participatie gegarandeerd: Een uitwerking van het rapport toekomst AWBZ*, Diemen, november 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) *Mensen met een beperking in Nederland: De AWBZ in perspectief*, Zoetermeer, 2005; Interdepartementale Werkgroep Organisatie romp AWBZ, *Toekomst AWBZ: Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ*, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4, Tweede Kamer, 2006-2007, 30 597, nr. 1.

5 Brief VWS d.d. 16 juli 2007 aan Sociaal-Economische Raad, zie bijlage 1B bij dit advies.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007) *Care voor de Toekomst: Uitvoeringstoets Overheveling zorgkantoortaken: Voorstellen voor de korte en lange termijn*, Utrecht, 2007.

Ten slotte wordt hier vermeld dat de RVZ op 31 januari 2008 het advies *Beter zonder AWBZ?* heeft uitgebracht, waarin (opnieuw) wordt aanbevolen de AWBZ-zorg over te hevelen naar de Zvw en de Wmo⁶.

1.4 Adviesvoorbereiding

Werkgroep Toekomst AWBZ

De adviesaanvraag is in handen gesteld van de commissie Sociale Zekerheid die de werkgroep Toekomst AWBZ heeft ingesteld ter voorbereiding van de advisering⁷. De raad heeft het advies vastgesteld in zijn vergadering van 18 april 2008. Het verslag van de raadsvergadering is aan te treffen op de website van de SER (www.ser.nl) of opvraagbaar bij het secretariaat.

Betrokkenheid veldpartijen/cliëntenorganisaties

De staatssecretaris heeft de SER expliciet verzocht om in overleg te treden met veldpartijen en de patiënten-/cliëntenorganisaties. Daarnaast verzoekt zij samenwerking aan te gaan met de organisaties die reeds over de toekomst van de AWBZ hebben geadviseerd, om met meerwaarde voort te kunnen bouwen op deze adviezen en rapporten.

Mede naar aanleiding van dit verzoek heeft de werkgroep op 17 september 2007 rondetafelgesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties en van ouderenorganisaties, evenals met vertegenwoordigers van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Verder heeft een delegatie van de werkgroep op 3 april 2008, naar aanleiding van het verschijnen van de openbare versie van het conceptadvies, een aanvullend rondetafelgesprek gevoerd met vertegenwoordigers van de patiënten-, consumenten- en ouderenorganisaties en vertegenwoordigers van CIZ, MEE Nederland en VNG⁸. Tijdens dit rondetafelgesprek hebben alle deelnemers aangegeven dat zij met de hoofdlijn van het conceptadvies kunnen instemmen⁹.

De raad is de deelnemers aan deze rondetafelgesprekken zeer erkentelijk dat zij hun inbreng zowel in woord als geschrift hebben willen leveren. Hij gaat ervan uit dat er voor de betrokken organisaties bij de verdere beleidsvorming over de toekomst van de AWBZ opnieuw gelegenheid zal zijn om hun zienswijze kenbaar te maken.

Ook wordt hier vermeld dat in de samenstelling van de werkgroep verschillende vertegenwoordigers van uiteenlopende zogeheten veldpartijen zijn aan te treffen. Daarnaast zijn instanties als CPB, CVZ, NZa en RVZ, die eveneens over de toekomst van de AWBZ hebben

6 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007) *Beter af zonder AWBZ?*, Den Haag.

7 De samenstelling van de commissie Sociale Zekerheid staat vermeld in bijlage 7A. De samenstelling van de werkgroep Toekomst AWBZ staat vermeld in bijlage 7B.

8 De deelnemers aan het rondetafelgesprek van 3 april 2008 staan vermeld in bijlage 2B.

9 De schriftelijk ontvangen reacties zijn geplaatst op de website van de SER (www.ser.nl/publicaties/adviezen).

geadviseerd, in de gelegenheid gesteld om adviserende leden voor de werkgroep aan te wijzen.

Verder heeft de raad van verschillende organisaties brieven of documenten met een visie op de toekomst van de AWBZ ontvangen. Dit betreft: de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG), de Stichting Prisma dienstverlening aan mensen met een handicap, de Federatie Opvang (FO; van instellingen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en zwerfjongerenopvang) en het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK BZ).

Tot slot wordt vermeld dat het secretariaat uiteenlopende gesprekken heeft gevoerd met vertegenwoordigers van instellingen in de zorg of instanties die betrokken zijn bij de uitvoering van de AWBZ.

De inbreng van en vanuit de betrokken organisaties en instanties heeft bijgedragen aan de voorbereiding en totstandkoming van dit advies.

1.5 Opzet advies

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 een beknopte beschrijving van de regelgeving, het functioneren en de uitvoering van de huidige AWBZ met aandacht voor de samenhang met de Zvw en de Wmo. Hoofdstuk 3 bevat de probleemstelling waarbij wordt ingegaan op de knelpunten in het huidige functioneren van de AWBZ en de achtergronden daarvan evenals op de mogelijke toekomstige ontwikkelingen en beleidsuitdagingen. In hoofdstuk 4 gaat de raad in op een aantal algemene aspecten en overwegingen die in onderlinge samenhang een algemeen kader of vertrekpunt vormen voor het toekomstig beleid ten aanzien van de AWBZ. In hoofdstuk 5 formuleert de raad zijn concrete voorstellen voor een nadere toespitsing van de aanspraken in de AWBZ en voor een aanpassing van de uitvoerings- en bekostigingsstructuur op korte en middellange termijn. In hoofdstuk 6 schetst hij mogelijke verdergaande veranderingen op langere termijn.

2 Huidige wetgeving: AWBZ, Zvw en Wmo

In dit hoofdstuk wordt een beknopte beschrijving gegeven van de AWBZ en de aanpassende wet- en regelgeving, de Zvw en de Wmo. In de bijlagen 3 (Verkenning AWBZ) en 4 (Verkenning Zvw en Wmo) zijn meer uitgebreide beschrijvingen opgenomen met bronvermelding.

2.1 Korte weergave huidige AWBZ

Volksverzekering

De AWBZ is een volksverzekering: iedere ingezetene is van rechtswege verzekerd, zoals ook geldt voor de AOW, Anw en AKW.

Aanspraken

De wettelijke aanspraken van verzekerden zijn in zeer globale, functiegerichte termen aangeduid. In nadere regelgeving zijn deze aanspraken verder ingevuld. Zo zijn in het Besluit zorgaanspraken AWBZ zes functiegerichte zorgaanspraken onderscheiden.

Deze zes aanspraken zijn:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

Daarbij gaat het om zorgaanspraken die verband houden met een somatische, psychogeriatrische of psychische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem (zeven grondslagen).

Aanspraak op verblijf

Bij verblijf gaat het om mensen die vanwege een aandoening of beperking niet (meer) thuis kunnen wonen; zij kunnen in een AWBZ-instelling therapie, bescherming en toezicht ontvangen. Het verblijf kan kortdurende of langdurend zijn. Bij kortdurend verblijf staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van de aandoening of beperking centraal. Bij langdurend verblijf staan toezicht en het garanderen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven centraal. Onder verblijf valt bijvoorbeeld ook beschermd wonen. Per 1 juli 2007 kunnen mensen met een indicatie voor verblijf, ook thuis zorg krijgen. Deze 'verblijfszorg thuis' kan men krijgen via een persoonsgebonden budget (pgb, zie hierna) of in de vorm van zorg in natura, het zogeheten 'volledige pakket thuis' (vpt). Verblijfszorg thuis is niet een afdwingbare aanspraak; een zorgaanbieder moet bereid zijn om de zorg aan huis te leveren.

Naast de zorgaanpakken die binnen de zes vermelde functies vallen, vergoedt de AWBZ onder meer ook de ziekenhuis- en revalidatiezorg vanaf de 366e dag¹.

Sinds 1 januari 2008 is de op genezing gerichte zorg voor de geestelijke gezondheid (ggz) vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw.

Indicatiestelling

Een verzekerde kan pas aanspraak maken op AWBZ-zorg wanneer het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft vastgesteld dat hij de desbetreffende zorg nodig heeft en in welke omvang. Voor extramurale zorg (zorg zonder verblijf) legt het CIZ vast op welke AWBZ-functies de verzekerde is aangewezen, in welke omvang en voor welke periode. Voor de intramurale zorg wordt sinds 1 juli 2007 gewerkt met zorgzwaartepakketten (zzp's). Daarin wordt aangegeven op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal. Het ligt in de bedoeling dat zorginstellingen vanaf 2009 per zorgzwaartepakket worden gefinancierd (zorgzwaartebekostiging).

Zorgzwaartepakketten intramurale zorg

In de intramurale zorg wordt vanaf 1 juli 2007 gewerkt met zorgzwaartepakketten. Bij de indicatie wijst het CIZ een zorgzwaartepakket toe. Daarin wordt aangegeven op welke AWBZ-functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal. Zorgverlener en cliënt leggen vervolgens in een zorgplan hun concrete afspraken vast over de dagelijkse (of wekelijkse) invulling van het zorgzwaartepakket.

De basisprincipes voor het vaststellen van een zorgzwaartepakket zijn als volgt:

- per doelgroep van zorgvragers is een beperkte reeks van pakketten vastgelegd die een naar zorgzwaarte oplopende omvang hebben;
- voor iedere individuele zorgvrager komt het indicatieorgaan tot een objectieve vaststelling van de zorgzwaarte;
- hierop aansluitend volgt de beslissing over het bij die zorgzwaarte passende pakket (het indicatiebesluit).

Voor mensen met een indicatie 'zorg met verblijf' zijn inmiddels vijf gebruikersgidsen met een beschrijving van de verschillende zorgzwaartepakketten in de langdurige zorg samengesteld.

In de gebruikersgids *Verpleging en verzorging* worden tien zorgzwaartepakketten beschreven:

- | | |
|-----------|--|
| Pakket 1: | Beschut wonen met enige begeleiding |
| Pakket 2: | Beschut wonen met begeleiding en verzorging |
| Pakket 3: | Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging |
| Pakket 4: | Beschut wonen met dementiezorg |
| Pakket 5: | Beschermd wonen met intensieve dementiezorg |

1. Tot en met de 365^e dag wordt deze zorg gefinancierd op grond van de Zvw.

- Pakket 6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
- Pakket 7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg met de nadruk op begeleiding
- Pakket 8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg met de nadruk op verzorging/verpleging
- Pakket 9: Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging
- Pakket 10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

In de gebruikersgidsen voor *Lichamelijke beperking* en voor *Verstandelijke beperking* wordt uitgegaan van zeven zorgzwaartepakketten:

- Pakket 1: Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
- Pakket 2: Wonen met begeleiding en enige verzorging
- Pakket 3: Wonen met enige begeleiding en verzorging
- Pakket 4: Wonen met begeleiding en verzorging
- Pakket 5: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- Pakket 6: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
- Pakket 7: Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.

In de gebruikersgids voor de (intramurale) *Geestelijke gezondheidszorg* wordt uitgegaan van dertien zorgzwaartepakketten waarvan zeven betrekking hebben op voortgezet verblijf met behandeling in een ggz-instelling, na 365 dagen, en zes betrekking hebben op beschermd wonen (verblijf zonder behandeling in een ggz-instelling vanaf de eerste dag van opname).

In de gebruikersgids voor *Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking* worden voor de intramurale zorg vijf zorgzwaartepakketten onderscheiden, uiteenlopend van Wonen met enige behandeling en begeleiding tot Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (in verband met ernstige gedragsproblemen).

De gebruikersgidsen zijn in februari 2008 opgesteld en gemaakt op initiatief van het NPCF, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS.

De NZa zal in de loop van 2008 de verschillende zorgzwaartepakketten voorzien van een actuele en adequate prijsstelling. Het ligt in de bedoeling dat de bekostiging van zorginstellingen vanaf 2009 niet meer op basis van capaciteit of aantal patiënten plaatsvindt, maar op basis van zorgzwaartepakketten die voor cliënten zijn geïndiceerd.

Natura of persoonsgebonden budget (pgh)

De AWBZ geeft in principe recht op zorg in natura. Deze AWBZ-zorg komt voor rekening van de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde is ingeschreven. Deze zorg kan de verzekerde betrekken van een zorgaanbieder, die door een regionaal zorgkantoor dat namens

de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoert, is gecontracteerd. Het zorgkantoor dient hiertoe voldoende zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde desgewenst te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder (zorgplicht).

Daarnaast kent de AWBZ een mogelijkheid tot geldverstrekking vooraf: het persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kan een verzekerde zelf de zorg inkopen die hij nodig heeft in plaats van aangewezen te zijn op de zorg in natura die door het zorgkantoor voor hem ter beschikking wordt gesteld. De mogelijkheid van een pgb geldt niet voor de functies behandeling en (langdurig) verblijf².

Voor de verschillende vormen van zorg, zowel natura als pgb, gelden uiteenlopende eigenbijdrageregelingen. Op de inhoud daarvan wordt verderop in deze paragraaf ingegaan.

Zorgkantoren

Zorgverzekeraars zijn volgens de AWBZ formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. Zij hebben op vrijwillige basis en met goedkeuring van het ministerie van VWS echter vrijwel al hun AWBZ-taken gemandateerd aan regionale zorgkantoren³. Het mandaat houdt in dat het zorgkantoor volmacht heeft namens alle zorgverzekeraars in de betreffende regio werkzaam te zijn. In de praktijk moeten alle verzekerden dus bij het zorgkantoor in hun regio aankloppen voor hun aanspraken op AWBZ-zorg. Er zijn 32 zorgkantoren in Nederland en deze zijn gelieerd aan een van de zorgverzekeraars, meestal de grootste in de regio. Het ministerie van VWS heeft aan de zorgkantoren concessie verleend om de AWBZ in de betrokken regio's uit te voeren. De huidige concessie loopt tot 1 januari 2009.

Het zorgkantoor onderhandelt namens alle zorgverzekeraars over de zorgcontracten met de in de regio gevestigde zorgaanbieders. De productieafspraken betreffen zowel de intramurale als extramurale zorg in natura. Voorafgaand aan een kalenderjaar wordt de omvang van de zogenaamde contracteerruimte door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld en verdeeld over de zorgkantoren. De zorgkantoren maken vervolgens, binnen deze contracteerruimte, afspraken met zorgaanbieders. Het persoonsgebonden budget komt ten laste van een aparte, landelijke subsidieregeling en staat geheel los van de regionale contracteerruimte.

De AWBZ-uitgaven kennen in beginsel een maximumbudget. Zorgkantoren kunnen eventuele knelpunten melden aan de NZa, die deze doorgeleidt naar de staatssecretaris van VWS. De staatssecretaris kan expliciet toestemming geven voor een overschrijding van het maximumbudget. Dit is een complex traject, onder meer doordat er spanning zit tussen eenjarige contracten (tussen zorgaanbieder en zorgkantoor) en meerjarige zorgcontracten (tussen zorgaanbieder en cliënten).

2 De mogelijkheid van een pgb geldt wel voor tijdelijk verblijf (logeerfunctie).

3 In de praktijk voeren zorgkantoren nagenoeg alle werkzaamheden uit. Indien sprake is van een verschil van inzicht tussen een verzekerde en een zorgkantoor, dient een verzekerde echter de verzekeraar waar hij staat ingeschreven, aan te spreken.

Contracteerruimte

Sinds 2005 is de contracteerruimte het vertrekpunt in het tarievenbeleid. De landelijke contracteerruimte is het totaal van de financiële middelen die via de tarieven beschikbaar zijn voor de AWBZ-zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangt jaarlijks een *Aanwijzing over de uitvoering van de contracteerruimte* met daarin aangegeven welke middelen voor welke doelen moeten worden ingezet. De NZa berekent vervolgens de regionale contracteerruimte.

De huidige contracteerruimte per zorgkantoorregio is opgebouwd uit de budgetten van de zorgaanbieders die destijds aan die zorgregio's gekoppeld waren via de toelating. De verdeling van de ruimte is daarmee historisch bepaald. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de contracteerplicht voor de extramurale zorg inmiddels is opgeheven en dat het aan het zorgkantoor is om te bepalen bij welke zorgaanbieder hij de zorg inkoop.

Gelet op de ontwikkeling naar vraaggestuurde bekostiging is de wens opgekomen om de verdeling meer te laten aansluiten bij de werkelijke zorgvraag per regio, in plaats van deze te baseren op het zorgaanbod dat zijn oorsprong in een verder verleden vindt. De NZa heeft de staatssecretaris van VWS in 2007 geadviseerd om de verdeling te baseren op meer reële parameters, zoals de indicatiestelling en demografische gegevens. De staatssecretaris heeft dit advies overgenomen.

De NZa voert dit nieuwe verdeelmodel van de contracteerruimte in een aantal stappen uit. In 2008 is de beschikbare financiële groeiruimte verdeeld op basis van het nieuwe verdeelmodel, dat uitgaat van onder meer de indicatiestelling in de regio. De NZa ontwikkelt het model verder, met advies van het CIZ, en zal naar verwachting voor 2009 aan de staatssecretaris een voorstel voorleggen voor de verdeling van 25 procent van de extramurale contracteerruimte. Dit voorstel hangt ook samen met een onderzoek naar regelgeving voor bovenregionaal werkende zorgaanbieders en de beoordeling of deze voor 2009 aanscherping behoeft. Het uitgangspunt hierbij is dat voor iedere zorgaanbieder gelijke spelregels gelden in 2009. De invoering van het nieuwe verdeelmodel gebeurt cumulatief, zodat de extramurale contracteerruimte over enkele jaren op deze basis zal zijn verdeeld.

Het deel van de contracteerruimte dat betrekking heeft op de intramurale zorg kent tegelijkertijd door de invoering van zorgzwaartepakketten (zzp-'en) een stapsgewijze invoering van meer vraaggestuurde bekostiging. Met de invoering van de zzp-'en krijgen de zorgaanbieders geld voor de geleverde zorg (prestatie) per cliënt. De tijdsperiode die met de herallocatie van het 'oude' naar het 'nieuwe' bekostigingssysteem gepaard gaat, is afhankelijk van de bevindingen tijdens het 'schaduwdraaien' in 2008.

- Bron: NZa.

Zorgaanbieders

De zorgvrager die zorg wenst, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze met wie een zorgkantoor een overeenkomst heeft gesloten. Hij kan ook kiezen voor een zorgaanbieder buiten de regio waar hij woont of waar hij voorafgaande aan zijn opname heeft gewoond. Voor intramurale zorgverlening is vereist dat het gaat om zorg die wordt verleend in een AWBZ-erkende instelling en dat de verzekerde een indicatie voor de desbetreffende zorg heeft. Zorgaanbieders zijn verplicht kwalitatief verantwoorde zorg te leveren. Zij leveren de zorg aan verzekerden op basis van de zorgovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de cliënt.

Ultimo 2006 zijn er bijna 2500 AWBZ-instellingen⁴.

Het aantal werkzame personen in deze instellingen bedraagt eind 2005 in totaal bijna 650.000 (367.000 fte's). Van hen werkt 22 procent in de thuiszorg, 22 procent in verpleeghuizen, 18 procent in verzorgingshuizen, 24 procent in de gehandicaptenzorg en 14 procent in de ggz-instellingen (dat was destijds nog inclusief de genezingsgerichte ggz, die inmiddels is overgegaan naar de Zvw).

Cliëntondersteuning

Op basis van een AWBZ-subsidieregeling worden MEE-organisaties gefinancierd om laagdrempelige, onafhankelijke en deskundige ondersteuning te bieden aan cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, en/of aan hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers. Hiervoor is geen indicatie van het CIZ vereist.

Bekostiging

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beheert de door de Belastingdienst in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) gestorte AWBZ-premies. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK-BZ) verricht de betalingen die zorgkantoren uit hoofde van de uitvoering van de AWBZ verschuldigd zijn aan zorgaanbieders voor de verleende zorg. Deze betalingen geschieden namens het CVZ. Op geleide van een betalingsopdracht van de zorgkantoren, verstrekt het CAK-BZ iedere maand betalingen aan de zorgaanbieders. Het CAK-BZ is tevens verantwoordelijk voor het vaststellen en innen van de eigen bijdragen van verzekerden.

Zorgkantoren verstrekken aan verzekerden desgewenst pgb's (op basis van het indicatiebesluit). Verzekerden zijn dan in de gelegenheid daarmee zelf zorg in te kopen.

⁴ Daartoe behoren 1400 verzorgingshuizen, 370 verpleeghuizen, 355 thuiszorginstellingen, 177 instellingen voor gehandicaptenzorg en 171 ggz-instellingen.

Financiering AWBZ

De AWBZ-inkomsten en uitgaven lopen via het AFBZ. De inkomsten van het AFBZ bedragen 19,3 miljard euro. Dit is gelijk aan de uitgaven plus het exploitatiesaldo van 2,1 miljard euro. Een en ander staat nader uitgesplitst in tabel 2.1.

tabel 2.1 Inkomsten en uitgaven Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in 2008 in miljarden euro's.

Inkomsten	
Ontvangsten uit procentuele premie (12,15%)	13,1
Rijksbijdrage in het kader van gedeerde premieopbrengsten (BIKK)	4,6
Eigen bijdragen	1,7
Bijdrage voor ggz vanuit het Zorgverzekeringsfonds	-*
Totaal inkomsten (incl. overig)	19,3
Uitgaven	21,4
Exploitatiesaldo	-/ 2,1

* Deze bijdrage is per 1 januari 2008 vervallen in verband met de overheveling van delen van de ggz naar de Zvw; in 2007 was deze bijdrage nog 2,8 miljard euro.

Bron: Begroting VWS 2008, p. 168 (gecorrigeerd op basis van informatie van VWS naar aanleiding van verhoging van AWBZ-premie naar 12,15%).

Procentuele premie

De AWBZ-premie bedraagt in 2008 12,15 procent over de eerste 31.589 euro aan inkomsten (eerste en tweede schijf van de loon- en inkomstenbelasting). Het premieplichtige inkomen bedraagt 240 miljard euro. De premie wordt geheven over het inkomen van alle burgers met inbegrip van 65-jarigen en ouderen en met inbegrip van de AWBZ-cliënten zelf.

Uitgaande van 12,15 procent van het premieplichtige inkomen in 2008 zou er voor circa 29,2 miljard euro aan AWBZ-premies moeten binnenkomen. Tabel 2.1 noemt een bedrag van 13,1 miljard euro aan premie-inkomsten. Het verschil ontstaat doordat de heffingskortingen in mindering komen op de opbrengsten van de premies.

Door de sterke stijging van de heffingskortingen sinds 2001 staan de premieopbrengsten voor de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ, steeds meer onder druk⁵. De ontwikkeling van het premiepercentage weerspiegelt niet meer de uitgavenontwikkeling.

Dit komt doordat autonome beleidsbeslissingen met betrekking tot de premiegrondslag (i.c. heffingskortingen) en fluctuaties in het vermogenssaldo van het AFBZ (mede in samenhang met het EMU-saldo) een belangrijke invloed hebben op de vaststelling van de AWBZ-premie.

Voor een alleenstaande (zonder kinderen) met een modaal inkomen in 2008 (belastbaar inkomen € 31.226) is de (bruto) AWBZ premie € 3794. Rekening houdend met de heffings-

5 Dat geldt zowel voor de AOW als voor de AWBZ. Zie J. Helleman, G. de Jong en A. van der Giessen (2008) Fiscalisering AOW niet door vergrijzing, *ESB*, 93 (2008) – 4527 (25 januari), pp. 36-39.

korting en het effect van de BIKK resteert een feitelijke premie van € 3508 per jaar, ofwel bijna € 300 per maand⁶.

Rijksbijdrage

De rijksbijdrage van 4,6 miljard euro (bijdrage in de kosten van de kortingen, BIKK) is een gedeeltelijke compensatie voor de bovengenoemde derving van premie-inkomsten als gevolg van de systematiek van heffingskortingen. Door de stijging van de heffingskortingen schiet de BIKK-compensatie overigens in toenemende mate tekort. Het verschil wordt opgevangen door (toenemende) tekorten van het AWBZ-fonds⁷.

Eigen betalingen

De AWBZ-uitgaven worden voor circa 1,7 miljard euro gefinancierd uit eigen betalingen dan wel eigen bijdragen. Eigen betalingen zijn inkomensafhankelijk en worden berekend op basis van het verzamelinkomen zoals dat door de Belastingdienst is vastgesteld. Er is geen vermogenstoets.

Eigen betalingen in de AWBZ^a

De eigen bijdrage voor *extramurale zorg* (verpleging en verzorging) is inkomensafhankelijk. Er is een samenloop met inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor de Wmo-voorzieningen, waaronder voor de hulp in de huishouding. De maximum eigen bijdrage is afhankelijk van leeftijd, leefsituatie en inkomen. Zo is de maximum eigen bijdrage voor gehuwden met een gezamenlijk jaarinkomen van maximaal € 21.002 indien een van beiden jonger is dan 65 jaar, € 24,20 per periode van vier weken. Voor hogere inkomens geldt een toeslag van 15 procent van het meerinkomen. Hiervoor geldt geen maximum. Voor gehuwden van 65 jaar en ouder en een jaarinkomen van € 119.837 betekent dit bijvoorbeeld dat een eigen bijdrage van € 15.139,55 per jaar verschuldigd is.

Voor de eigen bijdragen voor de AWBZ en Wmo geldt een anticumulatieregeling. Daarbij gaat de Wmo vóór op de AWBZ, dat wil zeggen dat eerst de eigen bijdrage voor de Wmo moet worden betaald en pas daarna de eigen bijdrage voor de AWBZ, indien en voor zover de maximum eigen bijdrage nog niet is bereikt. Aangezien een groot deel van de huidige AWBZ-cliënten (en waarschijnlijk in het bijzonder ouderen) óók een beroep doet op voorzieningen op grond van de Wmo (met name de huishoudelijke hulp en vervoersvoorzieningen), komen veel AWBZ-verzekerden niet aan de extramurale AWBZ-eigen bijdrage toe. De betekenis van de AWBZ-eigen bijdragen voor de AWBZ-financiering is daardoor afgenomen.

6 Voor een bijstandsgerechtigde alleenstaande zonder kinderen is de feitelijke AWBZ-premie € 1573 per jaar ofwel ongeveer € 160 per maand. (Bron: informatie CPB).

7 De tekorten van het AWBZ-fonds worden op macroniveau gecompenseerd door overschotten in andere sociale fondsen.

Voor *intramurale* zorg is er, afhankelijk van de omstandigheden, een hoge of een lage inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De hoge eigen bijdrage geldt in beginsel na zes maanden van langdurige intramurale zorg. De lage bijdrage geldt gedurende de eerste zes maanden en indien er nog een thuiswonende partner is of indien duidelijk is dat de betrokken cliënt naar een thuissituatie kan terugkeren.

De lage eigen bijdrage bedraagt 12,5 procent van het bijdrageplichtige inkomen met een minimum van € 138,60 en een maximum van € 727,60 per maand. De maximum eigen bijdrage op jaarbasis bedraagt € 1804,60 per maand (dat wil zeggen: € 21.655,20 per jaar).

De verschuldigde eigen bijdrage wordt ook ingehouden op een pgb. Wat overblijft, is het netto-rgb.

Voor ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) geldt geen eigen bijdrage. De eigen bijdrage voor OB/AB in natura is vanwege de hoge perceptie-kosten afgeschaft. Op grond van het gelijkheidsbeginsel is ook de eigen bijdrage voor OB/AB via het pgb afgeschaft.

De eigen bijdrage wordt vastgesteld door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ), aan wie deze bijdrage ook moet worden betaald.

a Feitelijke gegevens en bedragen betreffen 2008.

Negatief exploitatiesaldo

Een positief of negatief exploitatiesaldo beïnvloedt het vermogen van het AFBZ, dat wordt aangehouden in de Rijksschatkist. Het exploitatiesaldo van het AFBZ telt mee in het EMU-saldo en de vermogenspositie van het AFBZ beïnvloedt de hoogte van de overheidsschuld.

Voor 2006 en 2007 wordt thans een negatief exploitatiesaldo in het AFBZ voorzien van 0,1 respectievelijk 1,7 miljard euro. In 2008 loopt het negatieve saldo verder op tot 2,1 miljard euro.

Het vermogen in het AFBZ daalt in de jaren 2006-2008 van 210 miljoen euro positief (2006), via 1,3 miljard negatief (2007) naar 3,7 miljard negatief (2008). Uitgaande van een vermogensnorm voor 2008 ter grootte van 1,2 miljard euro positief⁸ resulteert in 2008 een negatief vermogenssaldo van 4,9 miljard euro⁹.

8 Deze vermogensnorm geldt als benodigde vermogenspositie om fluctuaties in het patroon van uitgaven en inkomsten op te vangen.

9 Zie begroting VWS 2008, Tweede Kamer 2007-2008, 31 200, nr. 2, p. 168.

2.2 Typering cliëntgroepen

Aantal cliënten

De AWBZ richt zich vooral op langdurige intramurale of extramurale zorgverlening. Het aantal AWBZ-gebruikers is volgens het ministerie van VWS ongeveer 600.000 personen¹⁰. Circa 255.000 personen verblijven in een intramurale AWBZ-instelling¹¹. De overige naar schatting 345.000 AWBZ-zorgvragers ontvangen extramurale zorg. Zij verblijven in hun eigen huis of in een zelfgekozen wooncluster en ontvangen daar AWBZ-zorg of doen mee aan dagbestedingsactiviteiten in een van de instellingen. Van deze extramurale zorgvragers ontvangen 90.000 personen een pgb waarmee ze hun zorg zelf kunnen inkopen.

Categorieën zorgvragers

De AWBZ-zorgvragers worden doorgaans ingedeeld in vier groepen¹²: chronisch zieken en ouderen¹³, verstandelijk gehandicapten¹⁴, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten¹⁵ en chronisch psychiatrische patiënten. Tabel 2.2 geeft aan hoeveel personen tot deze vier categorieën zorgvragers behoren, wat hun aandeel is in het aantal AWBZ-cliënten en wat hun aandeel is in de totale AWBZ-uitgaven. Deze gegevens hebben betrekking op 2007 en zijn eveneens afkomstig van het ministerie van VWS.

tabel 2.2 Cliëntgroepen in de AWBZ (exclusief pgb-houders)¹⁶

	Aantal cliënten (2007) ^a	Percentage van totaal aantal AWBZ-cliënten	Uitgaven (2007) ^b	Percentage totaal AWBZ-uitgaven
Chronisch zieken en ouderen	360.000	69%	11,4 mld.	65%
Verstandelijk gehandicapten	>100.000 ^c	19%	4,6 mld.	26%
Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten	15.000	3%	0,5 mld.	3%
Chronische psychiatrische patiënten	50.000	9%	1,1 mld.	6%
Totaal	525.000	100	17,6 mld.	100

a Betreft cliënten, exclusief de groep pgb-houders (circa 90.000 cliënten).

b Betreft uitgaven exclusief de uitgaven voor pgb's: in 2007 € 1,3 miljard (bron: Rijksbegroting VWS 2008).

c Waarvan circa 65.000 personen intramuraal of semimuraal (bron: CAK) en circa 45.000 extramuraal (bron: CVZ).

- 10 Op basis van gegevens van het ministerie van VWS.
- 11 In een factsheet AWBZ van het ministerie van VWS is voor ultimo 2006 vermeld: 66.000 cliënten verblijven in een verpleeghuis, 98.000 in een verzorgingshuis, 62.000 in een instelling voor gehandicaptenzorg en 20.000 in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.
- 12 IBO-rapport (2004-2005) *Toekomst AWBZ*, Den Haag, interdepartementaal beleidsonderzoek, pagina 75.
- 13 Betreft de grondslagen somatisch en psychogeriatrisch.
- 14 Betreft de grondslag verstandelijk gehandicapt.
- 15 Betreft de grondslagen lichamelijk en zintuiglijk gehandicapt.
- 16 Gegevens afkomstig van ministerie VWS.

Geen homogene cliëntgroepen

De AWBZ-gebruikers zijn in feite niet onder één noemer te brengen anders dan dat zij allen zijn aangewezen op tijdelijke of langdurige zorg. Deze diversiteit hangt samen met elementen als:

- de aard en het verloop van het ziekteproces of de handicap,
- de duur en de mogelijke onomkeerbaarheid daarvan,
- de levensfase van de zorgvrager,
- de sociale omgeving en de leef- en woonsituatie van de zorgvrager en
- de mate waarin hij of zij al dan niet in staat is de regie over het eigen leven te voeren of sturing aan het zorgproces te geven.

Deze elementen worden hieronder toegelicht.

Aard ziekteproces en handicap

Bij aandoeningen van chronisch zieken, onder wie veel ouderen, heeft het ziekteproces een zeer geleidelijk, progressief verloop, zoals bij dementie, reuma of de ziekte van Parkinson. Dit houdt in dat de beperkingen en de zorgafhankelijkheid (of zorgzwaarte) geleidelijk aan toenemen en dat de zelfredzaamheid en het vermogen om de regie over het eigen leven te voeren nog gedurende lange tijd aanwezig blijven. Het gaat hier veelal om planbare zorgverlening.

Bij *verstandelijk gehandicapten* is er na de jeugdijaren veelal sprake van een langdurige stabiele situatie. Dit geldt ook voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. De aard en de mate van de beperkingen zijn dan een min of meer vast gegeven en als zodanig niet meer te veranderen. De ernst van de aandoening of handicap bepaalt dan de mate van zorgafhankelijkheid en deze zal gedurende lange tijd hetzelfde kunnen blijven. Bij sommige cliënten is er sprake van een lichte handicap waarbij geen dagelijkse zorg maar bijvoorbeeld wekelijkse of tweewekelijkse zorg nodig is, bijvoorbeeld in de vorm van ondersteunende begeleiding (begeleid wonen). Bij anderen is er sprake van intensieve dagelijkse zorgbehoefte (behandeling, persoonlijke verzorging).

Schizofrenie, als voorbeeld van een chronische psychische aandoening, kent vaak een wisselend verloop met periodes van sociaal herstel en terugkerende psychoses.

Schizofrenie openbaart zich meestal in de leeftijd tussen zestien en dertig jaar en duurt veelal een leven lang. De beperkingen en zorgafhankelijkheid variëren zowel binnen de groep van mensen met chronische psychische stoornissen als bij één persoon gedurende het leven. Het gaat veelal om niet-planbare zorg. De cliëntgroep is een divers samengestelde groep met een uiteenlopende zorgvraag.¹⁷

17 De zorgvraag van chronisch psychiatrische patiënten varieert van ambulante begeleiding gedurende een paar uren per week, tot dagbesteding of tot intensieve begeleiding bij wonen in een groep met 24-uurstoezicht en -beveiliging in een intramurale setting, al dan niet gepaard gaand met geneeskundige ggz. De duur van het zorgaanbod varieert van enkele maanden tot tien of meer jaar.

Ook speelt een rol dat de geneeskundige ggz per 1 januari 2008 onder de Zvw is gebracht¹⁸. De ggz die na 1 januari 2008 nog onder de AWBZ valt, heeft betrekking op de niet-geneeskundige ggz, zoals:

- begeleid zelfstandig wonen¹⁹,
- kleinschalig beschermd wonen met continue begeleiding en verzorging en
- voortgezet verblijf met begeleiding en verzorging én behandeling (genezingsgerichte zorg na 365 dagen).

Duur en omkeerbaarheid

Soms wordt AWBZ-zorg verleend in situaties waarbij volledig herstel mogelijk is. Dit is het geval bij een deel van de thuiszorg of bij kortdurend verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis na een ziekenhuisopname. De verpleging en verzorging staan dan in dienst van het herstelproces en na verloop van tijd is de cliënt zover hersteld dat de zorg kan worden beëindigd of verminderd.

Voor een meerderheid van de AWBZ-gebruikers geldt evenwel dat er sprake is van een onomkeerbare situatie. Er treedt geen verder herstel meer op en de cliënt zal ermee moeten (zien te) leven dat er sprake is van langdurige of mogelijk blijvende zorgafhankelijkheid. De duur daarvan wordt bepaald door de levensfase van de cliënt.

Bij ouderen is de intensieve zorgafhankelijkheid veelal beperkt tot enkele maanden of soms enkele jaren gedurende de laatste levensfase. Vroeggehandicapten zijn hun hele leven afhankelijk van zorg.

Een deel van de groep mensen met chronische psychische stoornissen herstelt volledig na een voortgezet verblijf in het kader van geneeskundige ggz. Een ander deel blijft in wisselende mate een leven lang zorgafhankelijk.

Levensfase van zorgvrager

Een deel van de AWBZ-zorgvragers valt onder de groep vroeggehandicapten en is vanaf het begin van het leven afhankelijk van zorg. Dit is ook van invloed op de mogelijkheden om deel te nemen aan onderwijs en toe te treden tot het arbeidsproces. Bij vroeggehandicapten is er veelal sprake van een inkomen op minimumniveau gedurende het gehele leven. Voor de 18-jarige leeftijd zijn er veelal opvoedingproblemen.

Een chronische ziekte (reuma, diabetes), een traumatische aandoening (beroerte, hersen- of hartinfarct) of ouderdomsverschijnselen (dementie, ziekte van Parkinson) manifesteren zich vaak pas op latere leeftijd. Het kan eveneens gaan om vrij langdurige zorg, maar dan veelal na vele jaren zonder beperkingen. Voorafgaande aan het intreden van de

18 Meer specifiek betreft dit de ambulante geneeskundige ggz én de intramurale ggz voor zover deze korter duurt dan 365 dagen.

19 Begeleiding aan chronisch psychiatrische patiënten kan ook vallen onder de geneeskundige ggz, namelijk wanneer deze is opgenomen in het behandelplan en onder de regie van de behandelaar plaatsvindt (Zie: CVZ, *GGZ Kompas*). Als hier over begeleiding wordt gesproken, gaat het om de niet-geneeskundige variant, waarvan de verzekering per 1 januari 2008 onder de AWBZ verzekerd is gebleven.

beperkingen heeft betrokkene vaak kunnen deelnemen aan het arbeidsproces en een daarbij passend inkomen gehad.

Chronische psychische stoornissen manifesteren zich meestal bij jeugdigen en jongvolwassenen. Net als bij de groep vroeggehandicapten heeft de problematiek effect op de mogelijkheden om aan onderwijs deel te nemen en in het arbeidsproces te kunnen participeren. Veel mensen met een chronische psychische stoornis hebben een (minimum-) uitkering.

Sociale omgeving, woon- en leefsituatie

Voor de behoefte aan langdurige professionele zorg zijn, naast de medische beperkingen en mogelijkheden, ook de sociale omstandigheden van een zorgvrager van belang. Afhankelijk van de zorgzwaarte kan de zorg voor een deel informeel worden verleend door ouders van gehandicapte kinderen of door partners, kinderen of andere familieleden van ouderen dan wel door een netwerk van mantelzorgers en vrijwilligers. Daarbij zijn uiteenlopende omstandigheden van belang, zoals de mate waarin iemand in staat is om zelf sturing te geven aan de zorgvraag, de belastbaarheid van een partner, kinderen of andere verwanten in de woonomgeving, dan wel de aanwezigheid van een netwerk van vrijwillige hulpverleners. Hulpbehoevende oudere alleenstaanden zullen veelal eerder een beroep moeten doen op professionele hulp dan hulpbehoevenden die een beroep kunnen doen op informele zorg vanuit gezin of familie dan wel een sociaal netwerk. Verder wordt de mate van zorgafhankelijkheid bepaald door de woonsituatie (drempelloos wonen) en woonomgeving (vertrouwde buurt met toegankelijke voorzieningen). Dat houdt in dat het huisvestingsbeleid van een gemeente mede van invloed is op de mate waarin iemand is aangewezen op AWBZ-zorg. Dit geldt ook voor de ondersteunende activiteiten van gemeenten voor mantelzorgers en vrijwilligers in het kader van de Wmo. In de woon- en leefsituatie van mensen met chronische psychische stoornissen speelt de invloed van de stoornis op hun psychosociaal functioneren een grote rol. Deze cliëntgroep ontbeert vaak een maatschappelijk steunsysteem met informele steun.

Zelfstandig functioneren

Een belangrijke factor die meespeelt in het beroep op AWBZ-zorg, is de vraag in hoeverre iemand zelf in staat is de regie over het eigen leven te voeren. Bij veel cliëntgroepen is het mogelijk dat de cliënt de organisatie van de zorg en de afstemming van de verschillende vormen van dienstverlening in eigen hand heeft. In andere gevallen is de zorgvraag te complex voor een cliënt en is het gewenst deze te ondersteunen.

Voor andere cliëntgroepen (verstandelijk gehandicapten, mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, chronisch psychiatrische patiënten met een ernstige aandoening of bejaarde cliënten) is het niet of slechts heel beperkt mogelijk om de regie over het zorgproces te voeren. Deze is dan in handen gelegd van een zaakwaarnemer of cliëntvertegenwoordiger (een familielid of hulpverlener).

Afrondend

AWBZ-cliënten hebben verschillende achtergronden. De inhoud van de zorgvraag en de mate waarin de zorgafhankelijkheid wordt vertaald naar een beroep op zorg in de AWBZ (zorgzwaarte), zijn afhankelijk van de ernst van de aandoening, de invloed daarvan op de zelfredzaamheid en ook van de sociale omstandigheden, waaronder de samenstelling van het huishouden, de huisvesting en de woonomgeving. De duur van de zorgafhankelijkheid wordt in sterke mate bepaald door de levensfase waarin de beperkingen zich aandienen en loopt daardoor sterk uiteen voor verschillende cliëntgroepen (vroeggehandicapten, ouderen).

2.3 Omgeving van de AWBZ: Zvw en Wmo

Naast de actuele knelpunten en toekomstige ontwikkelingen (zie hoofdstuk 3), zijn de recente wijzigingen in de ‘omgeving’ van de AWBZ een belangrijke reden om het stelsel van langdurige zorg onder de loep te nemen. Met de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 en de Wmo per 1 januari 2007 is het zorgstelsel aanzienlijk veranderd. Dit heeft gevolgen voor de afbakening van en de samenhang tussen zorg en ondersteuning.

2.3.1 Zvw

Korte weergave Zvw

Alle Nederlandse ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten (verzekeringplicht). Zij sluiten daartoe een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket. Verzekeraars hebben de plicht iedere verzekeringsplichtige als verzekerde te accepteren (acceptatieplicht) voor al hun modelovereenkomsten²⁰.

Zvw-aanspraken

Het te verzekeren risico in de Zvw is de behoefte aan:

- a geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden;
- b mondzorg;
- c farmaceutische zorg;
- d hulpmiddelenzorg;
- e verpleging;
- f verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g verblijf in verband met geneeskundige zorg;

²⁰ Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekeringsspolis, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer (de verzekerde) en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten (artikel 1 Zvw).

h vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.

Sinds 1 januari 2008 maakt ook de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg deel uit van de Zvw (was voordien AWBZ).

De Zvw omschrijft de 'zorgplicht' van verzekeraars als volgt:

Tegenover de verplichting premie aan de zorgverzekeraar te betalen, heeft de verzekerde recht op:

- zorg die door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend (zorg in natura) of
- een vergoeding van de kosten van verleende zorg, al dan niet met bemiddeling van de zorgverzekeraar (restitutie).

Aanspraken

De *verzekeringsrechten of aanspraken* van de basisverzekering zijn door de wetgever bepaald. Zij zijn (net als in de AWBZ) functiegericht omschreven. De inhoud en omvang van de prestaties van de basisverzekering zijn nader geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg een eigen bijdrage dient te betalen.

Sinds 1 januari 2008 is de wettelijke no claim-regeling vervangen door een wettelijk verplicht eigen risico van 150 euro per persoon per jaar. De verzekeraar mag polissen aanbieden met een hoger eigen risico.

De beslissing over de toekenning van zorg wordt genomen door de zorgaanbieder tot wie de zorgvrager zich heeft gewend. Het is aan de zorgverzekeraar om al dan niet in de modelovereenkomsten op te nemen dat voor bepaalde zorgvormen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is (bijvoorbeeld verwijzing of machtiging). Doorgaans wordt dit aan de huisarts overgelaten.

Premies en zorgtoeslag

Naast een acceptatieplicht geldt voor zorgverzekeraars een verbod op premiedifferentiatie. Zij mogen geen verschil aanbrengen tussen de nominale premies die verzekerden zijn verschuldigd voor de basisverzekering, bijvoorbeeld naar leeftijd of risicogroep. Wel mogen zij een premiekorting van maximaal 10 procent hanteren voor een collectieve basisverzekering die een werkgever overeenkomt voor zijn werknemers, een patiëntenvereniging voor haar leden of een andere collectiviteit van verzekerden voor haar deelnemers met een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar bepaalt zelf de hoogte van de nominale premie; de nominale premie is daardoor verschillend per zorgverzekeraar. Naast de nominale premie is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd, die wordt betaald aan de Belastingdienst. Voor werknemers wordt deze inkomens-

afhankelijke bijdrage gecompenseerd door de werkgever²¹. Zelfstandigen en gepensioneerden betalen een lagere inkomensafhankelijke bijdrage, maar die wordt niet gecompenseerd²².

Om de financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering voor iedereen te waarborgen, biedt de zorgtoeslag een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. De Belastingdienst keert de zorgtoeslag uit.

Aanvullende verzekering

Zorgverzekeraars en verzekerden kunnen naast de basisverzekering aanvullende verzekeringen overeenkomen voor zorgkosten die niet onder het wettelijke basispakket vallen. Zorgverzekeraars beslissen zelf welke verstrekkingen ze in een aanvullende verzekering aanbieden en ze kunnen voor bepaalde aanvullende zorg een wachttijd hanteren. Er geldt voor aanvullende verzekeringen geen acceptatieplicht en de hoogte van de premie mag afhankelijk zijn van de leeftijd en de gezondheid van de verzekerde.

Het veld en de spelers

Marktwerking vindt in de curatieve zorg in getrapte vorm plaats:

- de verzekerde is vrij in de keuze van verzekeraar en is vrij om eenmaal per jaar te wisselen van zorgverzekeraar;
- de zorgverzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden aan de hand van de aangeboden voorwaarden en de nominale premie (zorgverzekeringsmarkt);
- dit moet de zorgverzekeraars prikkelen te zorgen voor een klantgerichte, efficiënte en doelmatige zorginkoop (zorginkoopmarkt);
- dit moet ertoe leiden dat zorgaanbieders concurreren om de gunst van zorgvragers aan de hand van kwaliteit, prijs en doelmatigheid (zorgverleningsmarkt).

Onderstaand worden de relaties tussen de onderscheiden actoren en de deelmarkten op het terrein van de Zvw beschreven.

Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar (zorgverzekeringsmarkt):

De uitvoering van de Zvw is opgedragen aan onderling concurrerende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars mogen landelijk en/of regionaal werken²³. Verzekerden worden gestimuleerd kritisch te zijn ten aanzien van kwaliteit en prijs van de zorg doordat zij:

- nominale premies betalen;
- een eigen risico hebben;
- eventueel een aanvullend eigen risico dragen.

21 De inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt in 2008 voor werknemers 7,2 procent van het loon over maximaal € 31.231 per jaar. Van de 30 miljard euro aan Zvw-uitgaven wordt 10,2 miljard betaald door werkgevers (zie tabel 2.2 in dit advies, op p. 34).

22 Voor zelfstandigen en gepensioneerden bedraagt de inkomensafhankelijke bijdrage in 2008 5,1 procent van het inkomen of het pensioen, eveneens over maximaal € 31.231 per jaar.

23 In het kader van de Zvw betekent regionaal werken: per provincie werkzaam zijn.

Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder (zorginkoopmarkt):

Aan zorgverzekeraars is in relatie met de zorgaanbieders een centrale rol toebedeeld. De veronderstelling is dat hoe doelmatiger een zorgverzekeraar contracteert, hoe lager de premie voor de verzekerden kan zijn. Er bestaat geen contracteverplichting. Verzekeraars hoeven dus niet met alle zorgaanbieders te contracteren en kunnen, al dan niet op basis van preferenties van hun verzekerden, werken met *preferred providers*²⁴. Achterliggende gedachte hierbij is dat de zorgverzekeraar als contractpartij meer ‘countervailing power’ heeft jegens de zorgaanbieder dan een individuele zorgvrager.

Relatie zorgvrager – zorgaanbieder (zorgverleningsmarkt):

Op grond van zijn naturapolis kan de verzekerde zich wenden tot een zorgaanbieder van zijn keuze, mits de zorgverzekeraar daarmee een contract heeft. Op grond van zijn restitutiepolic is de verzekerde vrij zich te wenden tot iedere zorgaanbieder van zijn keuze.

Bekostiging zorgverzekeraars en risicoverevening

De inkomsten van de zorgverzekeraar bestaan uit de nominale premies die hij ontvangt van zijn verzekerden en uit een bijdrage die hij ontvangt vanuit het Zorgverzekeringsfonds, de zogenaamde vereveningsbijdrage. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed uit de inkomensafhankelijke bijdragen en uit rijksbijdragen en staat onder beheer van het CVZ. Een goed werkend systeem van ex ante-*risicoverevening* (met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria ten aanzien van de verzekerde populatie van een verzekeraar) is een noodzakelijke voorwaarde voor een acceptatieplicht en draagt bij aan een ‘level playing field’ tussen zorgverzekeraars.

De Zvw is in 2006 ingevoerd en daarmee is meer dynamiek ontstaan op de verzekeringsmarkt. Het vereveningssysteem moet echter nog worden geperfectioneerd zodat de huidige nacalculaties (*risicoverevening ex post*) kunnen worden afgebouwd. De liberalisering van de zorginkoopmarkt is een langdurig proces dat nog maar net van start is gegaan. De problemen bij de bekostiging van de ziekenhuiszorg geven aan dat het hier om een complex proces gaat met aanzienlijke risico’s.

Pas als dit proces is voltooid, zal er sprake zijn van differentiatie van zorg en volwaardige concurrentie gericht op het leveren van de beste zorg voor de verzekerde. Kortom, de stelselwijziging in de curatieve sector is pas begonnen en er is nog een lange weg te gaan.

2.3.2 Wmo

Korte weergave Wmo

De Wmo bevat een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen gericht op maatschappelijke ondersteuning. ‘Meedoen’ is het maatschappelijke doel van

24 Met *preferred providers* worden voorkeursleveranciers bedoeld. Verzekeraars zouden verzekerden kunnen stimuleren om gebruik te maken van zorgaanbieders waar goede afspraken mee zijn gemaakt.

de Wmo. Als het mensen niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving ‘mee te doen’, dan heeft de gemeente een verantwoordelijkheid om burgers te ondersteunen. Het gaat erom mensen indien nodig te ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving, hun zelfredzaamheid te herstellen en hen toe te rusten om maatschappelijk te participeren.

Anders dan de AWBZ en de Zvw heeft de Wmo niet het karakter van een verzekering. Wel is er sprake van een compensatiebeginsel en een compensatieplicht, die een burger de mogelijkheid biedt om de gemeente aan te spreken op haar opdracht krachtens de Wmo.

De Wmo kent negen zogenoemde prestatievelden. Gemeenten hebben een grote vrijheid om het beleid ten aanzien van deze prestatievelden te bepalen; de rol van de rijksoverheid is beperkt tot het stellen van een algemeen kader, randvoorwaarden en procedure-eisen. Gemeenten zijn verplicht om een vierjaarlijks plan op te stellen waarin zij aangeven welke beleidskeuzes zij ten aanzien van deze prestatievelden hebben gemaakt en hoe zij verschillende doelgroepen bij de beleidsontwikkeling hebben betrokken.

Negen Wmo-prestatievelden

De negen prestatievelden zijn:

- 1 het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
- 2 op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden;
- 3 het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- 4 het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- 5 het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- 6 het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
- 7 het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van huiselijk geweld;
- 8 het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
- 9 het bevorderen van verslavingsbeleid.

De Wmo bepaalt dat de gemeente bij verordening regels vaststelt over de te verlenen *individuele* voorzieningen²⁵. De wet geeft geen definitie van het begrip ‘individuele voorzie-

25 Artikel 5, lid 1 Wmo.

ning'. Het begrip 'collectieve voorziening' kent de wet evenmin. Bij individuele voorzieningen gaat het om voorzieningen die aan de behoefte van het individu zijn aangepast. Het individuele gebruikskarakter van een voorziening betekent echter niet dat de gemeenten het verlenen van die voorziening niet op collectieve wijze kan vormgeven. Te denken valt aan het vervoer van gehandicapten door middel van taxibusjes waarop men een individueel beroep kan doen. Tot welke voorziening men toegang heeft, hangt af van de individuele kenmerken van de persoon met een beperking²⁶.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in zijn modelverordening het begrip 'algemene voorziening' geïntroduceerd. Het gaat daarbij om voorzieningen die aan alle burgers worden aangeboden – al dan niet met een lichte toegangsbeoordeling. Naast deze algemene voorzieningen kent de VNG in zijn modelverordening individuele voorzieningen, waar iemand aanspraak op kan maken als deze langdurig of structureel nodig zijn ter compensatie van beperkingen. Het uitgangspunt hierbij is, dat iemand niet in aanmerking komt voor een individuele voorziening als de alternatief aangeboden algemene voorziening een adequate compensatie biedt voor de beperkingen. Het is aan de rechter om te beoordelen of de beperkingen adequaat zijn gecompenseerd.

Indien de gemeente een individuele voorziening verstrekt, moet de cliënt de keuze worden geboden tussen het ontvangen van die voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar pgb, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan²⁷.

Er is in de Wmo geen sprake van een (permanente) zorgplicht (zoals voorheen in de WVG) of een wettelijk verankerd recht (zoals in de AWBZ). Wel geldt (na amendering van de wet door de Tweede Kamer) een zogenoemd compensatiebeginsel voor de prestatievelden 4, 5 en 6. Dit verplicht de gemeenten tot het compenseren van beperkingen die verband houden met: de zelfredzaamheid in het huishouden, het zich in en om de woning kunnen verplaatsen, het zich lokaal per vervoermiddel kunnen verplaatsen en het kunnen ontmoeten van medemensen en het, op basis daarvan, aangaan van sociale verbanden.

Gemeenten zijn verplicht om compenserende voorzieningen aan te bieden voor de genoemde beperkingen, maar hebben een *beleidsvrijheid* in de wijze waarop zij daaraan invulling geven. Beleidsvrijheid geldt ook voor het al dan niet toepassen van een eigenbijdrageregeling en de invulling daarvan binnen de landelijke vormgeving en maximering. Gemeenten zijn ook vrij bij het bepalen van de wijze waarop en door wie de *indicatiestelling* voor hulp of een voorziening zal plaatsvinden. De betreffende beperkingen kun-

26 Toelichting op artikel 1, eerste lid, onderdeel g onder 6 Wmo.

27 Daarbij gaat het om in de persoon of diens situatie gelegen bezwaren (bijvoorbeeld aantoonbaar misbruik in het verleden of doordat vast is komen te staan dat hij niet in staat is om een persoonsgebonden budget te beheren en er ook geen anderen (bij voorkeur wettelijke vertegenwoordigers) in zijn omgeving zijn, die deze taak kunnen overnemen. Ook overwegingen van efficiency kunnen tot de overwegende bezwaren gerekend worden. Zie ook artikel 6 Wmo.

nen immers op uiteenlopende wijze worden ‘gecompenseerd’. Ook kunnen gemeenten zelf criteria opstellen in verband met de toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld inkomenscriteria). Bij een eventueel geschil bepaalt uiteindelijk de Centrale Raad van Beroep of en in hoeverre de compensatieplicht in de betreffende individuele situatie door de gemeente in voldoende mate is ingevuld.

De Wmo kent een bredere *doelgroep* dan de zorgverzekeringen, namelijk alle burgers en daarbinnen vooral kwetsbare groepen. Kwetsbaarheid volgens de Wmo is niet altijd het gevolg van een fysieke, mentale of verstandelijke beperking of aandoening. Ook mantelzorgers, kinderen of hele gezinnen kunnen kwetsbaar zijn. Wel maken mensen met beperkingen conform de AWBZ-grondslagen onderdeel uit van de brede Wmo-doelgroep ‘kwetsbare personen’.

De Wmo geldt niet indien aan andere wetten rechten te ontnemen zijn, zoals aan de AWBZ of de Zvw²⁸. Zo stelt artikel 2 van de Wmo expliciet dat er geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning bestaat voor zover er met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.

Verder is van belang dat de Wmo van gemeenten vraagt om samenhang met andere regelingen na te streven²⁹.

Sturingsmodel

De Wmo gaat uit van horizontale (democratische) verantwoording door gemeenten aan hun burgers; er vindt geen verticale sturing of verantwoording plaats door of aan de rijksoverheid. Wel ziet het ministerie van VWS in algemene zin toe op de naleving van de wet door gemeenten en is in de wet opgenomen dat telkens na vier jaar een evaluatie dient te worden uitgebracht³⁰.

Gemeenten mogen in grote mate zelf invulling geven aan hun verantwoordelijkheden tot het bieden van maatschappelijke ondersteuning. De Wmo stelt geen inhoudelijke eisen aan het te voeren beleid; gemeenten beslissen zelf welke voorzieningen er lokaal worden aangeboden en ook in hoeverre sprake is van keuzevrijheid en eigen bijdragen. Wel stelt de Wmo procedure-eisen aan de voorbereiding van lokaal beleid en aan de verantwoording daarvan. Ook wordt gesteld dat het verlenen van maatschappelijke ondersteuning

28 In de memorie van toelichting wordt gesteld dat de AWBZ moet worden gezien als een voorliggende voorziening op de Wmo.

29 Volgens de MvT zijn er diverse momenten waarop gemeenten kunnen sturen op het realiseren van samenhang, namelijk:

- bij het opstellen van het Wmo-beleidsplan;
- bij de financiering van het zorgaanbod, waarbij de gemeenten eisen kan stellen aan zorgaanbieders met betrekking tot de samenwerking met derden;
- bij de toegang tot de verschillende stelsels, namelijk door het creëren van één loket en het bevorderen dat ook andere stelsels daarin participeren.

30 Artikel 24 Wmo.

zoveel mogelijk door derden moet worden verricht. Gemeenten zijn bij de collectieve inkoop van diensten ten behoeve van het leveren van voorzieningen gehouden aan (Europese) aanbestedingsprocedures.

Bekostiging gemeenten en verdeelmodel gemeentefonds

De inkomsten van gemeenten bestaan uit een uitkering uit het gemeentefonds en specifieke uitkeringen, eigen belastingen en overige eigen inkomsten (zoals grondexploitatie). Naast een algemeen verdeelmodel voor de middelen uit het Gemeentefonds naar de afzonderlijke gemeenten, bestaat er een specifieke verdeelsystematiek voor de toevoeging van nieuwe middelen ten behoeve van de uitvoering van de Wmo.

2.4 Huidige zorguitgaven

De AWBZ maakt onderdeel uit van de zorguitgaven in den brede. Belangrijke aanpalende domeinen zijn de Zvw, het beleid gericht op volksgezondheid in den brede en de Wmo. Tabel 2.3 geeft een samenvatting van een veel uitgebreidere tabel in bijlage 5³¹.

De tabel laat zien dat de AWBZ-uitgaven ruwweg een derde van de totale zorguitgaven beslaan. Met de AWBZ en de Zvw samen is circa 80 procent van de zorguitgaven gemoeid. De overige zorguitgaven betreffen vooral de uitgaven van het ministerie van VWS aan volksgezondheid in den brede. Andere relevante uitgaven zijn de Wmo-uitgaven die voorheen onder de AWBZ vielen (€ 1,3 miljard in 2007), de uitvoeringskosten voor de AWBZ³² en de premies voor aanvullende verzekeringen.

31 In deze gestileerde weergave is ervoor gekozen om de zorgtoeslag en de rijksbijdrage voor kinderen aan de Zvw toe te rekenen. Formeel drukken deze uitgaven op andere begrotingsposten. De cijfers in deze tabel zijn gebaseerd op de begroting van VWS voor 2007.

32 De beheerskosten AWBZ worden voor 2008 geraamd op € 210 miljoen (Begroting VWS 2008, p. 78).

tabel 2.3 Kosten en verdeling van de zorguitgaven over huishoudens, bedrijven en algemene middelen, 2007, in miljarden euro's

Regeling	Kosten	Lastenverdeling
AWBZ	20	Totaal: 20 (Huishoudens: 15,4 Alg. middelen: 4,6)
Zvw (incl. zorgtoeslag en rijksbijdrage kinderen)	30	Totaal: 30 (Huishoudens: 18,4 Werkgevers: 10,2 Alg. middelen: 1,4)
Totaal AWBZ + Zvw	50	Totaal: 50
Totaal overige zorguitgaven (w.o. volksgezondheid, overheveling huishoudelijke zorg van AWBZ naar Wmo, aanvullende verzekeringen)	12,7	Totaal: 12,7 (Alg. middelen: 10,9 Huishoudens: 1,8)
Totaal zorguitgaven	62,7	Totaal: 62,7 (Huishoudens: 35,6 Werkgevers: 10,2 Alg. middelen: 16,9)

Bron: SER-secretariaat, op basis cijfers begroting VWS 2007 en aanvullende cijfers van het CPB.

Lastenverdeling

De tabel laat ook zien hoe de zorguitgaven over huishoudens werkgevers en algemene middelen zijn verdeeld. De AWBZ-uitgaven worden voor het grootste deel opgebracht door huishoudens (15,4 van de 20 miljard euro). Het restant komt voor rekening van de algemene middelen (de eerder genoemde rijksbijdrage BIKK).

De lastenverdeling bij de AWBZ wijkt af van die voor de Zvw en de overige zorguitgaven (waaronder de Wmo). De Wmo en uitgaven voor volksgezondheid in den brede (preventie, inentingen en dergelijke) worden, in tegenstelling tot de AWBZ, volledig uit de algemene middelen gefinancierd. Bij de Zvw is er (in tegenstelling tot de AWBZ) een bijdrage van werkgevers. Aanvullende verzekeringen worden in beginsel door huishoudens betaald, maar in sommige arbeidsvoorwaardelijke regelingen zijn hierover afspraken tussen werkgever en werknemer gemaakt.

3 Probleemschets AWBZ

Dit hoofdstuk bevat een weergave van knelpunten in de huidige AWBZ en van toekomstige ontwikkelingen die voor de langdurige zorg van belang zijn. Op basis hiervan formuleert de raad in hoofdstuk 4 een beleidsopgave voor de toekomstige organisatie en financiering van de langdurige zorg. Bijlage 5 (A t/m E) bevat een beschrijving van de kwantitatieve ontwikkeling van de zorgvraag en de zorguitgaven in het verleden en van de verwachte toekomstige ontwikkeling.

3.1 Knelpunten huidige AWBZ

De knelpunten in de AWBZ zijn uiteenlopend: zorginhoudelijke knelpunten, knelpunten in verband met de beheersbaarheid van de zorgkosten en knelpunten in verband met het financiële draagvlak voor de AWBZ.

3.1.1 *Zorginhoudelijke knelpunten (cliëntperspectief)*

Kwaliteit van de zorg

Allereerst is de *kwaliteit van de zorg* niet overal en in alle sectoren optimaal¹. Dat geldt met name voor de verpleeghuiszorg². Over de kwaliteit van verzorgingshuizen is geen recent rapport beschikbaar³. De zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapten schiet volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op onderdelen tekort⁴. De benchmark voor de gehandicaptenzorg laat echter een genuanceerd beeld zien⁵.

Onvoldoende kwaliteit van de zorg heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven van mensen. In dit verband is niet alleen het kwaliteitsniveau aan de orde dat van overheidswege is aangegeven en dat de IGZ dient te handhaven: sommige instellingen leveren uitste-

- 1 Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) geeft de volgende omschrijving van kwaliteit: "Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person – and having the best possible results". Aan deze definitie kunnen vier kernaspecten van kwaliteit worden ontleend, namelijk: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Deze aspecten worden in veel internationale literatuur als de kernaspecten van kwaliteit benoemd. RIVM (2006) *Zorgbalans*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 2 Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is sinds 2004 een voorzichtige trend zichtbaar dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verbetert – mede door grote verbeteringen die door het veld (instellingen en koepelorganisaties) zijn ingezet. Zo is het risico op onverantwoorde verpleeghuiszorg kleiner geworden en voldoen instellingen op organisatieniveau beter aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Ook wordt steeds meer gebruik gemaakt van protocollen, maar is verbetering op dit punt nog wel noodzakelijk. Vanaf 2008 maken instellingen zelf deze uitkomsten openbaar in hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. IGZ (2006) *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande: Resultaat van geïntensiveerd toezicht 2005-2006*, Den Haag, Inspectie Gezondheidszorg.
- 3 Op grond van een onderzoek onder verplegenden constateert de IBO-werkgroep dat het kwaliteitsprobleem in deze sector minder ernstig lijkt. IBO (2006), p.43.
- 4 IGZ (2005) *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*, Den Haag, Inspectie Gezondheidszorg.
- 5 PriceWaterhouseCoopers (2007) *Weten voor Beter: Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg*, Den Haag.

kende zorg, terwijl andere instellingen die in beginsel over dezelfde middelen beschikken en onder dezelfde wet- en regelgeving moeten functioneren, daarin tekortschieten.

Samenhang in de zorg: cure, care en deelname aan de samenleving

In de tweede plaats is er sprake van een gebrek aan zorginhoudelijke en logistieke *samenhang* in de zorg, hetgeen ten koste gaat van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg⁶. Burgers die aangewezen zijn op AWBZ-zorg, maken immers veelal ook gebruik van andere regelingen waarbij andere uitvoerders zijn betrokken. Zo is AWBZ-zorg vaak gelijktijdig of volgtijdelijk nodig met curatieve zorg die onder de Zvw valt. Daarnaast kunnen woningaanpassingen, mobiliteitsvoorzieningen en ondersteuning bij maatschappelijke participatie nodig zijn die de gemeenten op grond van de Wmo moeten leveren.

Voor vroeggehandicapten is daarnaast in de eerste levensfase vaak sprake van een samenhang met de jeugdzorg (Wjz) of met onderwijsvoorzieningen voor gehandicapte leerlingen. Op latere leeftijd is er een samenhang met reïntegratievoorzieningen en werkplekaanpassing voor mensen die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn (via het UWV), met sociale werkvoorziening (WSW) of met een andere vorm van dagbesteding.

Voor verschillende klantgroepen en verschillende AWBZ-functies zijn dus uiteenlopende samenhangen of ‘zorgketens’ van belang⁷.

Cliënten hebben te maken met uiteenlopende regelingen en dus met verschillende instanties met elk hun eigen indicatieprocedures⁸ en beleidsregels en gescheiden financiering. Niet altijd is duidelijk waar men aanspraak op heeft en op grond van welke regeling en bij welke instantie of loket men terecht kan om deze zorg en ondersteuning te verkrijgen⁹. Ook is er vaak sprake van systeemovergangen of ‘knippen’ in de uitvoering en veranderingen van regeling en uitvoerder. Cliënten kunnen worden geconfronteerd met de situatie dat verantwoordelijkheden voor ondersteuning bij participatie worden afgeschoven. Ook kunnen ze te maken krijgen met het wijzigen of opheffen van bepaalde regelingen zonder dat elders een adequaat vangnet wordt geboden.

-
- 6 Zie ook: Finkenflügel [et al.] (2006) *Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang*, iBMG/Erasmus Medisch Centrum.
- 7 Zie onder meer: CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, Diemen; CVZ (2005) *Voorliggende voorzieningen: Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen. In het laatstgenoemde rapport adviseert het College van Zorgverzekeringen (CVZ) over manieren waarop tot een betere afbakening kan worden gekomen.
- 8 Er zijn over de verschillende domeinen heen verschillende indicatieprocedures om in aanmerking te komen voor uiteenlopende voorzieningen. Het naast elkaar bestaan van deze indicatieprocedures is niet bevorderlijk voor het verlenen van integrale zorg aan cliënten die voor uiteenlopende voorzieningen in aanmerking komen. Dit creëert onzekerheid en leidt tot onnodige bureaucratische rompslomp voor cliënten. SCP (2007) *Samenloop van regelingen: Een onderzoek naar de samenloop van een aantal regelingen in zorg en sociale zekerheid*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 11.
- 9 De ‘missie en functie’ van de AWBZ ten opzichte van de Wmo alsook ten opzichte van andere regelingen (Jeugdzorg, onderwijs, arbeidsmarkt) zijn dan voor de cliënt onduidelijk. Zie: RVZ (2005), *Mensen met een beperking in Nederland*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, p. 23.

De verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang (casemanagement) is niet goed geregeld; initiatieven voor ketenzorg zijn te veel afhankelijk van ‘het enthousiasme van een enkeling’¹⁰. Daarnaast kan regelgeving die samenhang in de weg staan.

Keuze- en regiemogelijkheden voor de cliënt

In de derde plaats staat in het huidige stelsel de cliënt nog onvoldoende centraal. Met name de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) benadrukt dat cliënten thans onvoldoende zelf sturing kunnen geven aan hun zorgvraag en daarmee onvoldoende regie over hun eigen leven kunnen voeren. Dat is op dit moment vooral mogelijk via een keuze voor een pgb. Ook de beperkte diversiteit van en flexibiliteit in het zorgaanbod spelen daarbij een rol. Dit is vooral een gevolg van de huidige aanbodgeoriënteerde uitvoeringsstructuur. Ook de korte contracteringscyclus door zorgkantoren speelt hierbij een rol.

3.1.2 *Knelpunten beheersing van de AWBZ (bestuurlijk perspectief)*

Omschrijving en afbakening AWBZ-aanspraken

Een eerste knelpunt in verband met de beheersbaarheid van de zorgkosten is de ruime omschrijving van de AWBZ-aanspraken en – in samenhang daarmee – de onduidelijke afbakening met andere maatschappelijke sectoren en stelsels op grond waarvan ondersteuning wordt verleend. De huidige AWBZ omvat ook ruime aanspraken die zijn gericht op het ondersteunen en begeleiden van mensen met beperkingen om hun zelfredzaamheid en deelname aan de samenleving (maatschappelijke participatie) te faciliteren en te bevorderen¹¹. Onder de noemer van de functies ‘ondersteunende begeleiding’ en ‘activerende begeleiding’ wordt thans een zeer breed scala van activiteiten aangeboden¹². Er is daarbij sprake van een onduidelijke afbakening en overlap van de AWBZ met ondersteuningsgerichte voorzieningen die onder verantwoordelijkheid van andere actoren of sectoren worden aangeboden. Hierdoor komt het in de praktijk voor¹³ dat afwenteling plaatsvindt van bepaalde aanspraken en kosten op de AWBZ¹⁴.

De voornaamste oorzaak van afbakenings- en afwentelingsproblemen is gelegen in de wijze waarop de inhoud van de AWBZ-aanspraken is beschreven. De functiegerichte aan-

10 IBO (2006), p. 45.

11 Het gaat hier om de AWBZ-functie ondersteunende begeleiding (OB) en delen van de AWBZ-functie activerende begeleiding (AB).

12 Zo is het bereik van de functie ondersteunende begeleiding inmiddels zo ruim dat hieronder ook activiteiten vallen die niet te maken hebben met de oorspronkelijke doelstelling, te weten het verlenen van zorg en begeleiding aan de meest kwetsbaren in onze samenleving. Uit diverse casussen blijkt dat ondersteunende begeleiding in de praktijk wordt ingezet om bijvoorbeeld zaken als huiswerkbegeleiding te financieren, een aspect dat normaal gesproken binnen de zorgstructuur rondom het onderwijs zou dienen te worden geregeld.

13 Zo stelt onderzoeksbureau Boer & Croon dat het veld de AWBZ ziet als een vangnet voor de financiering van zorg: men laat bij samenloop met andere regelingen de AWBZ voorgaan. Boer & Croon (2004) *Gebruik van AWBZ-middelen*, in: CVZ, *Signalement AWBZ (2004)*, op. cit.

14 Zie ook: CVZ (2005) *Voorliggende voorzieningen: Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen, College voor Zorgverzekeringen.

spraken van de AWBZ zijn met opzet ruim geformuleerd om een flexibele invulling van de aanspraak en daarmee vraagsturing mogelijk te maken. De overheid laat het daarbij aan het veld over om de concrete inhoud van de aanspraak vorm te geven. De aanspraken zijn op dit moment echter voor een aantal doelgroepen té ruim gedefinieerd¹⁵. Ook al kan de aanwending van AWBZ-middelen op het eerste gezicht als ‘oneigenlijk’ worden bestempeld, formeel is hier geen sprake van, omdat het gebruik binnen de ruime omschrijving valt.

De samenhang en afbakening tussen de AWBZ en *lokale voorzieningen* of regelingen zijn op dit moment onvoldoende vormgegeven. Het gaat hierbij om voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer op lokaal niveau en die onder verantwoordelijkheid van gemeenten worden aangeboden. Dit geldt ook voor de samenhang en afbakening met voorzieningen of regelingen in *andere maatschappelijke sectoren* die voorzien in de sociale begeleiding van mensen met beperkingen, zoals:

- jeugdzorg (zie hierna);
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op onderwijsdeelname;
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van participatie en reïntegratie op de reguliere arbeidsmarkt of op deelname aan gesubsidieerde arbeid, zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering jonggehandicapten (Wajong), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en Wet Werk en Bijstand (WWB).

De mate waarin voorzieningen beschikbaar zijn om de participatie van mensen met beperkingen te ondersteunen, verschilt per beleidsterrein¹⁶. Dit geldt ook voor de wijze waarop is geregeld dat participatie onder de organisatorische en financiële verantwoordelijkheid van een beleidsterrein valt. Hierdoor wordt nog lang niet voldaan aan het streven naar ‘inclusief beleid’¹⁷.

De relatief toegankelijke AWBZ met een ruime omschrijving van aanspraken en met de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen met een pgb, fungeert in de praktijk veelal als vangnet. Vanuit aanpalende terreinen wordt nu immers een beroep op de AWBZ gedaan om noodzakelijke zorg te leveren die kennelijk vanuit het andere beleidsterrein niet of (te) laat wordt geleverd. Voor de Wmo is dit in zekere zin geformaliseerd, omdat gemeenten bij een eventuele samenloop met andere regelingen de AWBZ mogen laten voorgaan¹⁸.

15 CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., p. 17.

16 Het CVZ stelt vast dat goede overzichten ontbreken.

17 Inclusief beleid wordt wel omschreven als beleid op uiteenlopende terreinen dat rekening houdt met de verschillende mogelijkheden en beperkingen van mensen; het gewenste resultaat is daarbij dat algemeen geldende voorzieningen ook beschikbaar zijn voor mensen met een beperking, zodat zij, vanzelfsprekend en op een gelijkwaardige manier, kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijk leven.

18 Zo regelt artikel 2 van de Wmo dat “er geen aanspraak bestaat op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat”. Een wetsbepaling als deze maakt het mogelijk dat de AWBZ als basisvoorziening en dus als vangnet wordt gebruikt.

Daar komt nog bij dat het functioneren van de AWBZ voor gemeenten niet een primaire doelstelling van beleid is. Gemeenten zijn in het kader van de Wmo alleen verantwoording verschuldigd aan de gemeenteraad (horizontale verantwoording).

Wat de *jeugdzorg* betreft gaat het om de afbakening tussen opvoedingsondersteuning (op grond van de Wjz), behandeling (jeugd-ggz, sinds 1 januari 2008 Zvw) en ondersteunende en activerende begeleiding van jongeren met een psychiatrische stoornis (op grond van de AWBZ). De ontwikkeling van het beroep op de pgb-regeling van de AWBZ wijst erop dat hier sprake is van afwenteling, die mogelijk samenhangt met de groeiende wachtlijsten voor de jeugdzorg. Zo groeide onder de pgb-houders in de AWBZ vooral het aandeel jeugdigen, namelijk van 16 procent in 2003 naar 27 procent in 2006. Het aandeel jeugdige pgb-houders met een psychiatrische grondslag is zelfs gestegen van 7 procent in 2003 naar 23 procent in 2006. Deze budgethouders zijn vooral voor ondersteunende en activerende begeleiding geïndiceerd. Het aantal budgethouders met een indicatie vanuit een bureau Jeugdzorg, dat zelf voor de AWBZ mag indiceren, stijgt harder dan vanuit het CIZ. De somatische en psychogeriatrische grondslag nemen beide af en de psychiatrische grondslag neemt toe.

De toegang tot de AWBZ via de bureaus Jeugdzorg was bedoeld voor de kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling. Nu blijken met name lichtere begeleidingsfuncties te worden geïndiceerd, veelal met gebruikmaking van een pgb¹⁹. Ook het grensgebied tussen jeugdzorg en de zorg aan gedragsgestoorde jongeren enerzijds en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten anderzijds is verschoven in de richting van de door de AWBZ gefinancierde zorg. Een wijziging in de indicatiecriteria heeft tot verruiming van de AWBZ-doelgroep geleid. Deze beide elementen hebben in de afgelopen jaren voor een meer dan proportionele groei van de zorgvraag binnen de AWBZ geleid.

De groeiende vraag naar zorg onder jongeren met beperkingen speelt momenteel ook op het terrein van de jeugdzorg, de jeugd-ggz, de Wajong, het speciaal onderwijs en de Tegemoetkoming Onderhoudskosten Gehandicapte kinderen (TOG). In diverse onderzoeken van TNO, de Algemene Rekenkamer en het Trimbos Instituut wordt geconcludeerd dat er sprake is van een toename van de stoornissen bij jeugdigen, mede als gevolg van een meer systematische en eerdere signalering van stoornissen. Ook is er sprake van een toename van kennis, bijvoorbeeld over stoornissen in het autismespectrum²⁰, en van een grote alertheid op afwijkend gedrag bij zowel ouders als professionals. Er is wellicht niet zozeer sprake van afwenteling als wel van een inhaalslag waardoor jeugdigen nu de noodzakelijke zorg krijgen die zij in het verleden niet of onvoldoende hebben gehad. Ter discussie staat wel waar deze nieuwe zorgvragen het best beantwoord kunnen worden (bij jeugdzorg, Zvw of AWBZ).

19 Zie kabinetsbrief *Pgb in perspectief*, Tweede Kamer 2007-2008, 26 631, nr. 232, p. 5

20 Zestig procent van de pgb-houders onder jongeren heeft een stoornis in het autistisch spectrum (Bron: GGZ Nederland).

Functioneren indicatieorgaan als poortwachter AWBZ

De brede, zo niet onduidelijke, omschrijving van de aanspraken bemoeilijkt een objectieve indicatiestelling door het CIZ. Dit geldt met name voor de aanspraken op ondersteunende en activerende begeleiding. De ruime wijze waarop de aanspraken in het Besluit Zorgaanspraken zijn omschreven²¹, maakt het lastig om deze te vertalen in objectieve beleidsregels. Het CIZ hanteert weliswaar beleidsregels die door de minister zijn vastgesteld, maar in de praktijk komen nog steeds interpretatieverschillen tussen regionale vestigingen en individuele beoordelaars voor.

Overigens heeft het CIZ ook geen prikkel om doelmatig te indiceren²². Het CIZ heeft bij de indicatiestelling alleen te maken met de cliënt zelf. Indien cliënten het niet eens zijn met het indicatiebesluit, kunnen zij bezwaar maken en in laatste instantie beroep aantekenen bij de arrondissementsrechtbank. Deze situatie kan ertoe leiden dat de neiging kan bestaan om ruim te indiceren. Daar komt nog bij dat het toezicht op het CIZ op dit moment niet is geregeld.

In een aantal gevallen is bovendien sprake van mandatering van taken aan zorgaanbieders waarbij alleen steekproefsgewijs en achteraf een *formele* controle plaatsvindt²³. Het in toenemende mate mandateren van de indicatiestelling aan zorgverleners zonder dat dit omgeven is met goede voorwaarden, kan de onafhankelijkheid en de doelmatigheid van de indicatiestelling nadelig beïnvloeden, ook al behoudt het CIZ altijd de eindverantwoordelijkheid.

Een specifiek aspect van afwenteling dat de aandacht verdient, is de mogelijkheid van zorgkantoren om via doorverwijzing naar het pgb de contracteerruimte voor zorg in natura in de AWBZ te omzeilen. Ook het bureau Jeugdzorg maakt hiervan gebruik. Op dit moment geldt er namelijk een zelfstandig landelijk budget voor pgb's als afzonderlijke subsidieregeling, los van de regionale contracteerruimte. De sterke groei van de pgb's verdient ook in dit verband de aandacht. Het kabinet neemt op korte termijn al verschillende maatregelen om de toename van de pgb's te beheersen²⁴.

Prikkels voor een doelmatige uitvoering

Ook in de uitvoering doen zich knelpunten voor als het gaat om kostenbeheersing. In de eerste plaats is de institutionele inrichting van de AWBZ-uitvoering (zie bijlage 3) niet zodanig dat deze de betrokken partijen stimuleert om doelmatig te handelen of kostenbeheersing te

21 Artikelen 4 tot en met 9 Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

22 De wijze waarop dit in het Besluit Zorgaanspraken is omschreven, geeft het CIZ weinig houvast. Artikel 2 lid 2 Besluit Zorgaanspraken AWBZ stelt namelijk: "Aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen."

23 In het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd, is opgenomen dat de Algemene Rekenkamer toezicht gaat houden op het functioneren van het CIZ. TK 2006-2007, 30926, nrs. 1-4). Dit wetsvoorstel is op verzoek van de staatssecretaris van VWS aangehouden.

24 In haar brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2007 (*PGB in perspectief*) meldt de staatssecretaris dat zij de NZa heeft gevraagd of het mogelijk is in de toekomst één financiële ruimte binnen de AWBZ af te spreken die zowel voor de zorg in natura als voor de pgb-regeling geldt. Tweede Kamer 26 631, nr. 232.

realiseren²⁵. De mate waarin op dit moment doelmatig gehandeld wordt, berust volgens het IBO-rapport in belangrijke mate op de intrinsieke motivatie van partijen²⁶. Overigens zijn empirische gegevens over de doelmatigheid van zorginkoop/zorgverlening slechts beperkt beschikbaar en zijn de bestaande doelmatigheidsonderzoeken bovendien slecht vergelijkbaar. Dit laat geen harde conclusies toe over de doelmatigheid van de geleverde zorg²⁷.

Onvoldoende doelmatigheidsprikkels in de AWBZ

Zorgvragers

Het verzekeringskarakter van de AWBZ houdt in dat zorgvragers (cliënten) niet de volledige kosten dragen van de geleverde zorg. In die zin is in de AWBZ-verzekering, evenals bij andere verzekeringen, altijd een risico van overconsumptie (moral hazard) gelegen.

De IBO-werkgroep vraagt tevens aandacht voor de zogenaamde *monetarisering* van de mantelzorg^a.

Zorgkantoren

Zorgkantoren hebben geen financiële prikkel om doelmatig zorg in te kopen, noch om aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg. Het IBO-rapport stelt dat de relatie tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar zelfs een perverse prikkel oplevert: omdat het zorgkantoor geen financieel risico loopt, is het aantrekkelijk voor de verzekeraar om kosten die worden gemaakt op het snijvlak van cure en care, af te wentelen op de AWBZ (zie ook verderop).

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders hebben voornamelijk een sterke onderhandelingspositie die de mogelijkheden voor kritische zorginkoop (selectie op of onderhandelingen over prijs/kwaliteitsverhouding) door zorgkantoren sterk beperkt^b. Dit geldt vooral voor verpleeghuizen en in mindere mate voor verzorgingstehuizen. Voor de gehandicaptensector is het beeld gemengd en dit verschilt ook per provincie. In de thuiszorg zijn er voldoende aanbieders.

Verder bevat de bekostigingssystematiek voor intramurale zorg voornamelijk weinig doelmatigheidsprikkels. De invoering van zorgzwaartebekostiging moet hierin verandering brengen. Daarmee krijgen instellingen geen geld voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. De extramurale zorg kent al langer een systeem van bekostiging op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg.

a Daarbij wordt onbetaalde mantelzorg gesubstitueerd door betaalde professionele zorg of wordt onbetaalde mantelzorg vervangen door betaalde mantelzorg door middel van een pgb. Zie ook: Ramakers en Van den Wijngaart (2005) *Persoonsgebonden budget en mantelzorg: Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*, ITS (onderzoek in opdracht van CVZ).

b Daarbij spelen toetredingseisen een rol. Daarnaast ontlenen aanbieders van intramurale zorg een zekere macht aan het vastgoedbezit.

25 CPB (2006) *Handle with care: Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, Den Haag, Centraal Planbureau; IBO (2006), p. 46 e.v.

26 IBO (2006), p. 7.

27 IBO (2006), p. 7; CPB-memorandum nr. 121.

Sturingsconcept en verdeling van verantwoordelijkheden

In de tweede plaats is de verdeling van verantwoordelijkheden in de uitvoering van de AWBZ onduidelijk en is het sturingsconcept van de AWBZ niet (meer) helder. De verantwoordelijkheidsverdeling is in de loop der tijd gecompliceerd “door toevoeging van hulporganen als het CIZ, zorgkantoren en het CAK die door wet, mandaat- en volmachtconstructies en uitvoeringsregelingen intussen van hulpinstanties tot hoofduitvoerders zijn geworden. Daardoor is er als het ware een nieuwe uitvoeringsorganisatie naast de wettelijke komen te staan” (zie kader)²⁸.

Knelpunten zorgkantoren

Het zorgkantoor wordt geacht zorgaanbieders te contracteren die goede en doelmatige zorg leveren. Het zorgkantoor loopt echter uitsluitend risico op zijn beheerskosten en niet op de kosten van de zorgverlening. Er bestaan, althans volgens de NZa, nauwelijks prikkels om te luisteren naar de wensen van de consumenten of om te letten op de verhouding tussen kwaliteit en prijs van de ingekochte zorg^a. Voor een groot deel van de AWBZ bestaat er nog steeds een contracteerplicht. Ook heeft het zorgkantoor volgens de NZa niet altijd kunnen controleren of zorgaanbieders gemaakte afspraken wel nakomen^b. Een en ander heeft de afgelopen jaren geleid tot een vrij zware rol van de overheid. De overheid maakt eerst duidelijk – via detailregels – welke prestaties van zorgkantoren worden verwacht en stuurt er vervolgens via toezicht op aan de geleverde prestaties inzichtelijk te maken en zo nodig bij te sturen. Innovaties in het veld kunnen zo moeilijk een plek veroveren. Inmiddels wordt er bij veel zorgkantoren wel controle uitgeoefend op de prijs-kwaliteitverhouding.

a NZa (2007) *Care voor de toekomst: Uitvoeringstoets overheveling zorgkantoor taken: Voorstellen voor de korte en de lange termijn*, z.p., Nederlandse Zorgautoriteit, p. 11.

b NZa (2007) *Care voor de toekomst*, op.cit., pp. 35-42.

Het ontbreken van een formele eindverantwoordelijkheid beperkt de mogelijkheden voor de toezichthouder, de NZa. De huidige mandaatconstructie zorgkantoor – zorgverzekeraars belemmert adequate verantwoordings- en toezichtsmogelijkheden.

De AWBZ is wel eens getypeerd als een “amalgam van publieke en private verantwoordelijkheid én van medische en maatschappelijke zorg”²⁹. Ook is sprake van een hybride vermenging van verzekeringsaspecten en een voorzieningenwet³⁰.

Enerzijds hebben zorgkantoren de opdracht te contracteren binnen de historisch vastgestelde regionale contracteerruimte. Anderzijds hebben zij zorgplicht voor cliënten in de regio die zijn geïndiceerd voor zorgverlening. Op deze wijze is er sprake van een duale

28 CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., pp. 6-7.

29 RVZ (2005) op.cit.

30 Het voorzieningenkarakter blijkt onder meer uit de (aanbod)financiering van zorginstellingen, de regio-oriëntatie van zorgkantoren en het denken in termen van zorgplichten (blijkend uit de ‘wachlijsttolerantie’) in plaats van verzekeringsrechten. CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., p. 7.

sturing: aan de voorkant bij de indicaties die recht geven op AWBZ-zorg en aan de achterkant door het vaststellen van de contracteerruimte van een zorgkantoor voor zijn regio. Dit knelt omdat er geen directe relatie is tussen de indicaties en de contracteerruimte in de regio.

Ontwikkeling pgb-gebruik

De ontwikkeling van het pgb-gebruik verdient afzonderlijke aandacht. Enerzijds is dit een gewenste ontwikkeling, omdat het pgb een instrument is om meer regie- en keuzemogelijkheden voor cliënten te realiseren. Anderzijds is er soms sprake van een te ruime bestedingsvrijheid en heeft het pgb een aanzuigende werking, in die zin dat het pgb latente zorgvraag manifest kan maken en niet altijd gepaard gaat met een vermindering van de vraag naar zorg in natura. Dit kan ook leiden tot zogenoemde ‘monetarisering’ van mantelzorg. Vaststaat dat er sprake is van een sterke toename van het gebruik van het pgb en van de daaraan verbonden uitgaven (zie kader).

Enkele feitelijke gegevens over toekenning van pgb's

Het aantal pgb-houders is in de periode 2003-2006 toegenomen van 62.500 naar 95.000 personen.

De uitgaven in het kader van de pgb-subsidieregeling zijn volgens het CVZ gestegen van € 635 miljoen in 2003 naar € 1136 miljoen in 2006. In 2007 zullen de uitgaven naar raming uitkomen op € 1455 miljoen. Op dit moment wordt jaarlijks een plafond bepaald voor het landelijke budget dat jaarlijks beschikbaar is voor het verlenen van pgb's.

De groei van de pgb's doet zich voor bij alle grondslagen en functies. In de periode 2003-2006 heeft de groei zich vooral voorgedaan bij ondersteunende en activerende begeleiding, zo wordt in een evaluatieonderzoek van ITS aangetoond. Dit evaluatieonderzoek laat ook zien dat 35 procent van de pgb-houders alleen zorg inkoop bij professionele hulpverleners: zorginstellingen, zelfstandig werkende hulpverleners c.q. begeleiders, freelancers of particulieren. Eenderde deel van de budgethouders koopt alleen hulp in van bij mantelzorgers en eveneens een derde koopt een combinatie van professionele en mantelzorg in. VWS schetst in de brief *PGB met perspectief* van 9 november 2007 een scenario waarbij de uitgaven voor pgb's jaarlijks met € 400 miljoen groeien. Dit houdt in dat de uitgaven voor pgb's tot en met 2011 zullen toenemen met € 1,6 miljard en daarmee beslag zouden leggen op twee derde van de voor de AWBZ beschikbare groeiruimte ter grootte van € 2,4 miljard euro^a.

a Tweede Kamer, 26 631, nr. 232.

Financiering AWBZ (inkomsten AWBZ-kas)

Wat de financiering van de oplopende zorguitgaven betreft is van belang dat de heffingsgrondslag voor de AWBZ-premie wordt uitgehold door de heffingskortingen waarbij de

zogenaamde BIKK weliswaar tegemoetkomt aan de gederfde premie-inkomsten maar deze onvoldoende compenseert. Dat heeft tot gevolg dat het marginale tarief in de eerste schijven van het belastingstelsel onder opwaartse druk staat. Dit heeft consequenties voor de ontwikkeling van loonkosten, netto-inkomens en werkgelegenheid. De AWBZ-premie draagt op deze wijze bij aan het verhogen van de marginale druk aan de onderkant van het inkomensgebouw.

3.2 Toekomstige ontwikkelingen

Naast de in de vorige paragraaf geschetste knelpunten die zich op dit moment manifesteren, doen zich op (middel)lange termijn bepaalde trends en ontwikkelingen voor die van invloed zijn op het stelsel van langdurige zorg. Zij geven aan waar een stelsel in organisatorische en financiële zin 'tegen bestand moet zijn' of aan tegemoet moet kunnen komen. Het gaat daarbij onder meer om ontwikkelingen in de volksgezondheid, demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening), technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, economische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Hierna volgt een kwalitatieve schets op hoofdlijnen van deze relatief autonome ontwikkelingen.

3.2.1 Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke kracht achter de toekomstige ontwikkelingen in gezondheid en zorg is de demografische opbouw van de bevolking. In 2010 bereiken de eerste omvangrijke naoorlogse generaties de 65-jarige leeftijd. De vergrijzing komt rond 2040 op haar hoogtepunt (zie kader).

(Dubbele) vergrijzing in Nederland

In de komende decennia neemt het aantal 65-plussers sterk toe: van 2,3 miljoen in 2005 naar 4 miljoen in 2040. Daarbij is in de komende decennia ook sprake van een forse toename van het aantal hoogbejaarden (75-plussers) en van hun aandeel in de totale bevolking. Men spreekt in dit verband van dubbele vergrijzing. Na 2020 vindt een versnelling plaats en in 2050 wordt met 2 miljoen 75-plussers het maximaal aantal bereikt. Het aandeel van 75-plussers in de totale bevolking zal dan zijn verdubbeld van 6 procent nu naar 12 procent in 2050.

- Zie: SER (2005) *Van alle leeftijden*.

Omdat de meeste ziekten vooral bij ouderen voorkomen, zal de ziektelast toenemen en daarmee ook het zorggebruik. In de komende 20 jaar zal hierdoor (en overigens ook door leefstijl en overgewicht), de ziektelast van chronische (ouderdoms)ziekten met soms 40

procent of meer toenemen³¹. Dit vraagt om meer zorg, maar ook om andere vormen van zorg, onder andere een verdere verschuiving van genezing naar verzorging en van genezing of verzorging naar preventie³².

Met name de ouderenzorg is zeer vergrijzingsgevoelig; in andere sectoren manifesteert de vergrijzing zich niet zozeer in de omvang van de groep als wel in de samenstelling daarvan (zie bijvoorbeeld een relatief groter aandeel ouderen binnen een gelijkblijvend totaal van verstandelijk gehandicapten).

Een specifiek aspect van de demografische ontwikkeling is de verwachte toename van het aantal eenpersoonshuishoudens³³. Deze toename is een gevolg van de voortschrijdende vergrijzing (meer ouderen, en ouderen wonen relatief vaak alleen). Alleenstaande ouderen maken eerder gebruik van thuiszorg en de intramurale zorg dan ouderen met een partner³⁴.

Bij een vrijwel gelijkblijvende absolute omvang van de (potentiële) beroepsbevolking, leidt de vergrijzing tot een forse wijziging van de verhouding tussen het aantal 65-plussers en het aantal (potentiële) actieven³⁵. Dit heeft gevolgen voor het economisch draagvlak voor collectieve voorzieningen. Daarnaast heeft de stagnerende beroepsbevolking gevolgen voor het arbeidsaanbod. Daardoor komt ook de personeelsvoorziening in de zorgsector onder druk te staan, wat kan leiden tot capaciteitsproblemen.

Vergrijzing is uiteraard niet alleen een kostenpost, maar ook een verworvenheid: Nederlanders leven langer en langer in goede gezondheid. Beide zijn als welvaartswinst te karakteriseren. Bovendien biedt de vergrijzing ook kansen, bijvoorbeeld op het terrein van maatschappelijke participatie, mantelzorg en vrijwilligerswerk door ouderen³⁶.

3.2.2 Economische ontwikkelingen

Economische ontwikkelingen zijn op verschillende manieren van invloed op de langdurige en/of zware zorg.

-
- 31 Het gaat om aandoeningen zoals kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, cara en aandoeningen van het bewegingsapparaat.
- 32 RIVM (2006) *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2006*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 33 Het gaat om een toename van 2,4 miljoen in 2004 tot 3,5 miljoen eenpersoonshuishoudens in 2050. In 2050 is naar schatting 43 procent van de huishoudens een eenpersoonshuishouden; in 2005 was dit 35 procent. RIVM (2007) *Nationaal kompas volksgezondheid*.
- 34 RIVM (2007) *Nationaal kompas volksgezondheid*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 35 Tussen 2010 en 2035 stijgt het percentage 65-plussers ten opzichte van de 20-64-jarigen (de grijze druk) van rond 25 naar ruim 40 procent.
- 36 Zie: SER (2005) *Van alle leeftijden*, Den Haag, publicatienr. 05/02.

In de *eerste* plaats is de welvaartsontwikkeling relevant. De verwachting is dat er in de komende decennia – ondanks een verwachte afname van het *tempo* van de welvaarts groei – nog steeds sprake zal zijn van een toename van de welvaart³⁷. Meer in het bijzonder zal de gemiddelde inkomens- en vermogenspositie van toekomstige generaties ouderen naar verwachting (aanzienlijk) verbeteren, ook ten opzichte van 65-minners³⁸, zij het dat de inkomensverschillen tussen verschillende groepen ouderen kunnen toenemen.

Enerzijds wordt aangenomen dat een toename van de welvaart leidt tot een groei van de uitgaven aan (gezondheids)zorg: mensen zijn eerder geneigd een groter deel van hun inkomen aan de benodigde (gezondheids)zorg te besteden en zij hebben hogere verwachtingen ten aanzien van maatwerk en luxe van de geleverde zorg. Anderzijds kan een hoger inkomen ook gepaard gaan met een betere gezondheid en dientengevolge juist een lager gebruik van zorgvoorzieningen³⁹.

Niet iedereen zal echter in dezelfde mate van de verwachte welvaartsstijging profiteren. Een stijging van de uitgaven aan (gezondheids)zorg zal voor groepen met een lagere sociaal-economische positie moeilijker op te vangen zijn, terwijl het zorggebruik van personen met een lage sociaal-economische positie, waaronder niet-westerse allochtonen, juist hoger dan gemiddeld ligt⁴⁰.

In de *tweede* plaats is de loonkostenontwikkeling in de gezondheidszorg van belang. Indien deze gelijke tred houdt met de gemiddelde loonkostenontwikkeling, terwijl de productiviteit in de (gezondheids)zorg achterblijft bij de macroproductiviteit, zal het aandeel van de zorguitgaven, macro gezien, toenemen. Van belang is ook dat de loonkostenontwikkeling onder opwaartse druk kan komen te staan als gevolg van knelpunten op de arbeidsmarkt zowel op macroniveau als op het niveau van de zorgsector.

3.2.3 *Technologische ontwikkelingen*

Ook ontwikkelingen in de medische technologie en informatietechnologie zijn van belang.

De effecten van *medisch-technologische ontwikkelingen* op volksgezondheid en zorg zijn moeilijk te voorspellen. Naar verwachting zal medisch-technologische innovatie in de curatieve zorg op zichzelf leiden tot een betere voorspelbaarheid, preventie, diagnosticering en behandeling van aandoeningen. Dit zal enerzijds leiden tot opbrengsten in termen van efficiency, productiviteit, kwaliteit van leven en levensverwachting. Anderzijds leidt dit

37 Volgens het CPB 1,9 procent per jaar.

38 Dit is onder meer het gevolg van een betere pensioendeckking, van de toegenomen pensioenopbouw en van vermogensopbouw. SER (2005) *Van alle leeftijden*, op.cit.

39 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 00/12, Den Haag, p. 50.

40 De gezondheidssituatie van mensen met een lage sociaal-economische status is op bijna alle fronten slechter dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Zij ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. Ook allochtonen vormen in dit verband een kwetsbare groep.

ook tot hogere kosten, als gevolg van de ontwikkelingskosten van nieuwe medische producten en van een verwachte toename van de vraag naar nieuwe behandelmethoden. Ook kan dit ertoe leiden dat in de laatste levensfase een groter beroep wordt gedaan op curatieve zorg of op zorgvoorzieningen, omdat de ziekte of aandoening slechts ten dele geneest⁴¹. Van de verdere inzet van *informatietechnologie* (bijvoorbeeld in het kader van domotica) is een belangrijke bijdrage te verwachten bij het realiseren van procesinnovaties in de (gezondheids)zorg. Hierbij is van belang dat ICT voor sommige cliënten ook nieuwe drempels kan opwerpen.

3.2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Diverse sociaal-culturele ontwikkelingen zijn van belang voor de langdurige zorg. Maatschappelijke trends zoals individualisering, een steeds hoger gemiddeld opleidingsniveau en, daarmee samenhangend, een toenemende mondigheid van burgers, beïnvloeden de wensen, voorkeuren en het gedrag van zorgcliënten.

In de eerste plaats kan worden gesteld dat er sprake is van emancipatie van de cliënt ten opzichte van andere partijen in de gezondheidszorg, zoals artsen, zorgaanbieders en verzekeraars. Cliënten (of hun vertegenwoordigers, zoals ouders van gehandicapte kinderen) stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg.

Verder mag worden verwacht dat de reeds aanwezige behoefte aan keuzemogelijkheden uit het zorgaanbod, in de toekomst verder zal toenemen⁴². In de woorden van de RVZ: “De tijd dat de patiënt vooral geacht werd te doen wat het woord zelf zegt: dulden en lijden, is voorbij”⁴³. Zoals de SER al in 2000 stelde, zullen cliënten meer dan nu “zelf willen beslissen wie wanneer en hoe lang de zorg verleent en van welke kwaliteit de zorg moet zijn (meer of minder luxe)”⁴⁴.

Onvoldoende kwaliteit van de AWBZ-zorg kan ertoe leiden dat financieel draagkrachtige cliënten (midden- en hogere inkomensgroepen) op zoek gaan naar oplossingen in de private sfeer, hetgeen op termijn het draagvlak (solidariteit) voor langdurige zorg als collectieve voorziening kan ondermijnen. De RVZ spreekt in dit verband van het overblijven van ‘armenzorg’⁴⁵.

41 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 49.

42 Uit onderzoek van TNS-NIPO in opdracht van de RVZ blijkt dat de zorgconsument grote behoefte heeft om zelf te kiezen. Keuzemogelijkheden zijn bij chronische aandoeningen het belangrijkste en bij acute situaties het minst belangrijk. In het algemeen blijkt dat in die landen waar het aanbod meer vraaggestuurd is (Frankrijk, Duitsland, België) dan in andere landen (Nederland, Verenigd Koninkrijk), de keuzebehoefte tevens het grootst is. Het aanbod lijkt de vraag dus (deels) te bepalen. Bijlage van TNS-NIPO bij: RVZ (2003) *De wensen van zorgcliënten in Europa*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

43 RVZ (2003) *De wensen van zorgcliënten in Europa*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Mede op basis van onderzoek van TNS-NIPO naar het gedrag en de opvattingen van cliënten.

44 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 51.

45 RVZ (2005) *Mensen met een beperking in Nederland*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, p. 24.

Uit onderzoek blijkt dat mondiger en kapitaalkrachtiger zorgvragers, zoals delen van de toekomstige generaties ouderen, naar verwachting wel bereid en in staat zijn om meer zelf te organiseren en te financieren. Dit betreft vooral de omgeving waarbinnen de zorg aan hen wordt verleend (wonen, woonservice of ‘hoteldiensten’) en de persoonlijke dienstverlening of particuliere hulp (zoals huishoudelijke hulp, boodschappen- en maaltijdservice et cetera). De verwachting is echter dat ook deze groepen voor de daadwerkelijke zorgverlening (persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling) een beroep zullen blijven doen op collectief georganiseerde en gefinancierde zorg⁴⁶.

De RVZ verwacht bovendien dat de bereidheid toeneemt om zelf de financiële gevolgen van meer keuzemogelijkheden te dragen⁴⁷.

Tegelijkertijd zullen er ook in de toekomst categorieën minder zelfredzame of zelfs wilsonbekwame cliënten blijven die geen vertegenwoordiger hebben (zoals een ouder of kind). Deze groepen hebben geen behoefte aan keuzemogelijkheden of zijn in het geheel niet in staat om zelf keuzes te maken.

In de tweede plaats zijn ook de opvattingen over de maatschappelijke positie van burgers met een chronische ziekte of handicap aan verandering onderhevig. Het gaat daarbij om de wens om zoveel mogelijk regie te hebben over de inrichting van het eigen leven (waaronder zelfstandig wonen⁴⁸) en om maatschappelijke participatie en integratie (zo mogelijk ook op de arbeidsmarkt⁴⁹). Dit stelt hogere eisen aan de afstemming en samenwerking tussen de instituties die voorzien in de ondersteuning van deze participatie in de verschillende domeinen (op het terrein van zorg en welzijn maar bijvoorbeeld ook op het terrein van onderwijs en arbeidsmarkt).

3.2.5 *Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt*

Door de toenemende zorgvraag en ontwikkelingen in het arbeidsaanbod zal er naar verwachting krapte ontstaan op de arbeidsmarkt in de zorg. Als de ontwikkelingen in de afgelopen jaren zich onveranderd voortzetten, zullen er in de periode tot 2020 circa

46 Uit SCP-ramingen (zie: SCP (2004) *Verpleging en verzorging verklaard*) blijkt dat het bij particuliere (zelfbetaalde) zorg vooral gaat om huishoudelijke hulp. De invloed van het inkomen op het particulier inkopen van begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging is aanzienlijk minder, vermoedelijk omdat de kosten daarvan hoger zijn dan die van huishoudelijke hulp.

47 Zo blijkt uit Europees vergelijkend onderzoek van TNS-NIPO dat Nederlanders bereid zijn om daadwerkelijk meer te betalen voor extra keuzemogelijkheden en voor verbeteringen in de zorg. Consumenten stellen daarbij wel als voorwaarde dat duidelijk is wat die extra premie oplevert.

48 Ook nu al geven grote groepen ouderen, zieken en gehandicapten er de voorkeur aan zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Volgens het RIVM lijken de wensen van de nieuwe (toekomstige) generatie senioren ten aanzien van wonen en zorg sterk te veranderen. Een verpleeg- of verzorgingshuis wordt door de jongere senioren steeds minder als een optie voor de toekomst gezien. Het zijn overigens juist de midden- en hoge inkomens die de traditionele zorgvormen de rug toekeren. Provoost en Delfgaauw (2003), in: RIVM, *Zorgbalans*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

49 Zie bijvoorbeeld het op 24 augustus 2007 vastgestelde SER-advies *Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, publicatienr. 07/06, Den Haag.

500.000 werkenden in de zorg bij moeten komen. Dat aantal is beduidend hoger dan de stijging van het totale arbeidsaanbod in Nederland tot 2020. Het beroep van de zorgsector op de arbeidsmarkt stijgt in dat geval van 13 procent naar ruim 20 procent⁵⁰. De personeelstekorten dreigen vooral in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingstehuizen (zie kader).

SER-advies *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector (2006)*

In dit advies van mei 2006 wijst de raad op de problematiek van de arbeidsmarkt in onder meer de sector zorg en welzijn. Hij verwacht dat de werkgelegenheid in de zorg over een langere termijn met 30.000 arbeidsplaatsen (fte's) per jaar zal toenemen. Dit zou betekenen dat de gehele groei van het arbeidsaanbod naar de zorg zou moeten. Volgens een rapport van Ecorys zal de stijgende zorgconsumptie leiden tot grote tekorten aan verzorgend en verplegend personeel, zij het dat deze verschillend kunnen zijn voor de intramurale zorg en de thuiszorg enerzijds en voor de extra- en semimurale zorg anderzijds^a. Voor de intramurale zorg en de thuiszorg is de prognose dat het toekomstige aanbod van vbo/mbo-verzorgers en mbo/hbo-verpleegkundigen vanaf 2011/2012 niet voldoende zal zijn om in de vraag te voorzien. Deze knelpunten gelden ook voor de extramurale en semimurale zorg, zij het in mindere mate^b. Rond 2015 wordt een geleidelijke, maar substantiële toename van de verpleegbehoefte verwacht, in samenhang met de toename van het aantal 75-plussers.

- a Ecorys, SEOR (2006) *Vraag en aanbod van personeel in de collectieve sector tot 2013*, Den Haag.
 b SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag, p. 91.

Al met al dreigt door de toenemende zorgvraag en de beperkte groei van de beroepsbevolking een forse discrepantie tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te ontstaan. Zonder nader beleid leidt dat tot problemen in de zorgvoorziening, zoals langere wachttijden en wachtlijsten, het onder druk staan van de zorgkwaliteit, verhoging van de werkdruk en een opwaartse druk op de lonen⁵¹. Dit heeft ook gevolgen voor de rest van de economie.

3.3 Ontwikkeling zorgvraag en zorguitgaven

3.3.1 Inleiding

In deze paragraaf gaat het om de verwachte ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven op de lange termijn. Kennis hiervan is van belang om te bezien in hoeverre er op termijn mogelijk sprake zal zijn van een houdbaarheidsprobleem (te hoge AWBZ-uitgaven). Van een

50 Zie ook: VWS, *Arbeidsmarktbrief 2007: Werken aan de zorg*, Tweede Kamer, 29 282, nr. 46.

51 VWS, *Arbeidsmarktbrief 2007: Werken aan de zorg*, Tweede Kamer, 29 282, nr. 46, p. 3/4.

houdbaarheidsprobleem kan ook sprake zijn in een situatie waarin de zorg doelmatig wordt geleverd en aansluit bij de maatschappelijke behoefte. Tegen deze achtergrond verdient de houdbaarheidsvraag dus afzonderlijke aandacht.

De houdbaarheidsvraag kan niet aan de hand van een enkele raming worden beantwoord. Daarvoor is het onderwerp te complex en de toekomst te onzeker. Daarom heeft de raad verschillende deskundigen gevraagd om langetermijnontwikkelingen rond de AWBZ-uitgaven in kaart te brengen. In dit verband wordt ook verwezen naar de bijlagen 5A tot en met 5E bij dit advies.

Paragraaf 3.3.2 bevat een terugblik over de periode 1985-2005. In paragraaf 3.3.3 wordt aandacht besteed aan vooruitblikken tot 2020 en 2030.

3.3.2 AWBZ-uitgaven 1985-2005⁵²

Volgens het SCP zijn de reële AWBZ-kosten in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3 procent per jaar gestegen. De reële kostenontwikkeling is de optelsom van de volumeontwikkeling van de uitgaven en de reële prijsontwikkeling⁵³. Het volume van de AWBZ-uitgaven is toegenomen met 1,3 procent per jaar. De reële prijzen zijn jaarlijks met 2,0 procent gestegen⁵⁴.

Het SCP analyseert de reële uitgavengroei van 3,3 procent per jaar onder meer naar subperiode en naar sector. Andere invalshoeken zijn een nadere analyse van volumeontwikkelingen (waaronder vergrijzing en extramuralisering) en prijsontwikkelingen (waaronder de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit). In het onderstaande worden deze invalshoeken kort langsgelopen.

Analyse naar subperiodes

Het SCP signaleert een opmerkelijk sterke kostenstijging tussen 2000 en 2003. Deze hobbel verhoogt de gemiddelde kostenstijging over de periode 1995-2005. Het SCP schrijft de uitgavenverhoging toe aan het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en aan een andere invulling van het recht op zorg. Een andere factor is de stijging van de arbeidskosten naar aanleiding van de voorstellen van de commissie-Van Rijn. Volgens het SCP vlakt de kostengroei in 2004 weer af tot een meer gebruikelijk niveau⁵⁵. Dit is mede veroorzaakt door het convenant AWBZ 2005-2007, waarbij beheersingsafspraken zijn gemaakt tussen overheid en zorgaanbieders.

52 Zie de SCP-notitie *De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging*.

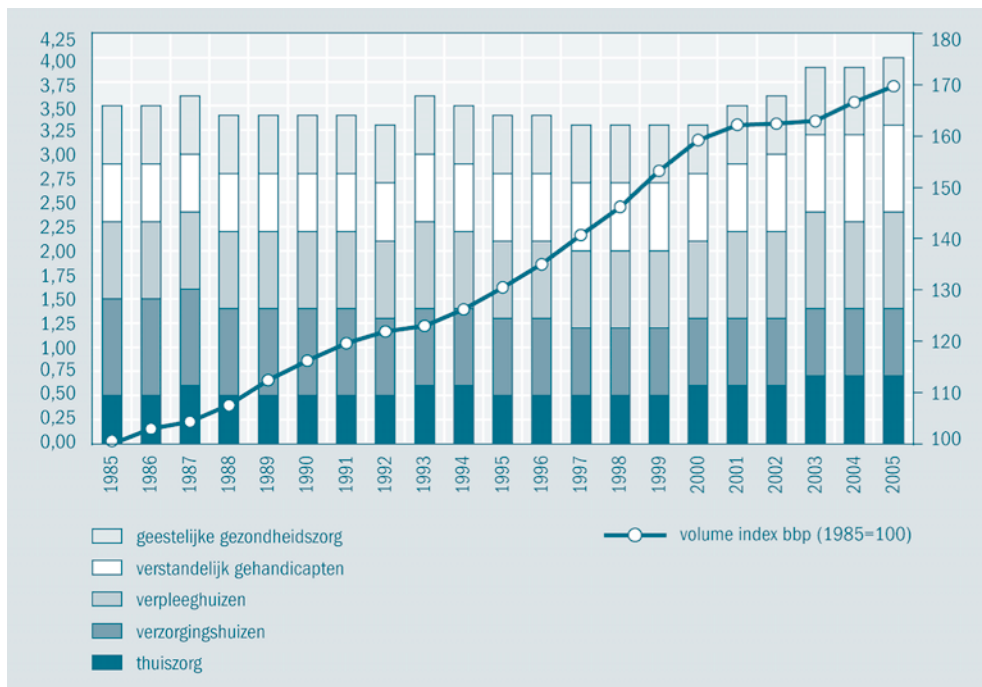
53 De reële prijsontwikkeling is de prijsontwikkeling van de zorguitgaven minus de prijsontwikkeling van het bbp.

54 Uit bijlage 5B blijkt dat het niet eenvoudig is om prijs- en volumeontwikkelingen van elkaar te scheiden. De verschillende ramingen gaan uit van uiteenlopende veronderstellingen, waardoor prijs- en volume-effecten ook onderling slecht vergelijkbaar zijn. Deze problematiek komt in deze samenvattende beschouwingen slechts zijdelings aan de orde.

55 Zie ook CVZ (2007) *Zorg in cijfers*, Den Haag, College voor zorgverzekeringen.

De hobbels van 2000-2003 worden ook op een andere manier geïdentificeerd. Het aandeel van de bruto-AWBZ-kosten in het bbp is tot en met 2001 op het niveau van circa 3,5 procent bbp gebleven, waarna het aandeel in twee jaar tijd is gestegen tot het niveau van 4 procent bbp. Het SCP spreekt van een eenmalige niveauperhoging van circa 0,5 procent bbp.

figuur 3.1 Ontwikkeling van brutokosten AWBZ-voorzieningen als percentage van het bbp, 1985-2005 (1985 = 100)



Bron: SCP, Gegevensbank Quartaire Sector (GEQS).

Ontwikkelingen per sector

Het SCP beziet per sector de ontwikkeling van de volumes en de prijzen. Opvallend is dat voor verzorgingshuizen de volumeontwikkeling over de afgelopen 20 jaar negatief is geweest. Alle andere AWBZ-sectoren (inclusief verpleeghuizen) hadden over deze periode een positieve volumeontwikkeling. Het SCP wijst voor de verzorgingshuizen op een substitutieproces in de richting van de thuiszorg (extramuralisering).

Vergrijzing, extramuralisering en intensiteit van de zorg

Het SCP onderscheidt binnen de volumeontwikkeling van 1,3 procent per jaar een demografische en een autonome component. De autonome component meet de ontwikkeling van de deelname per demografische groep.

Voor de ouderenzorg als geheel (verpleging, verzorging, thuiszorg) stijgt de demografische component met 1,8 procent per jaar. Door een negatieve autonome component van 0,9 procent per jaar (als gevolg van extramuralisering) resulteert een volumegroei van 0,9 procent per jaar. Dit is lager dan de 1,3 procent volumegroei van de AWBZ als geheel.

Voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is het beeld andersom. De volumegroei is hier veel sterker dan op grond van de demografische ontwikkeling mocht worden verwacht. Bij de gehandicaptenzorg is sprake van een sterke verruiming van de doelgroep met zwakbegaafden, licht verstandelijk gehandicapte jongeren en mensen met een complexe problematiek.

Arbeidsproductiviteit

Het SCP splitst de reële prijsontwikkeling van 2,0 procent per jaar in drie componenten: de reële personeelskosten per arbeidsjaar (1,2 procent), de reële materiële kosten (waaronder huisvestingskosten; 0,5 procent) en de negatieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit (een aanvullende kostenpost van 0,3 procent).

In de AWBZ-zorg is over de afgelopen 20 jaar sprake geweest van een dalende arbeidsproductiviteit van circa 0,3 procent per jaar. Dit kan zowel wijzen op een toenemende ondoelmatigheid als op een betere kwaliteit van zorg. Het is in de praktijk heel moeilijk om de kwaliteit van de dienstverlening (zoals beoogd met meer handen aan het bed) goed te meten.

Opvallend is dat de thuiszorg over de afgelopen 20 jaar juist een stijgende arbeidsproductiviteit heeft gekend van 0,8 procent per jaar. Ook dit is onvoldoende om de stijging van de uurloren in deze sector (1,7 procent per jaar) te compenseren.

3.3.3 *Verwachte en mogelijke ontwikkelingen op de lange termijn*

Voor de ontwikkelingen op de lange termijn heeft de raad de beschikking gekregen over analyses van het SCP, van deskundigen van het ministerie van VWS en van het CPB.

De SCP-analyse betreft een raming van de vraag naar ouderenzorg tot 2030 en bestrijkt dus niet de gehele AWBZ. De VWS-deskundigen hebben een technische analyse gemaakt van de AWBZ-uitgaven tot 2020. Deze bestrijkt de hele AWBZ en sluit zoveel mogelijk aan bij de aannames die het CPB voor de middellange termijn (2008-2011) heeft gemaakt.

In aanvulling hierop heeft het CPB geanalyseerd hoe de AWBZ-quote als percentage van het bbp zich op de lange termijn kan ontwikkelen.

De drie analyses hebben een duidelijk verschillende invalshoek en vullen elkaar wat dat betreft goed aan. De analyses van VWS en SCP zijn opgenomen in bijlage 5C en 5D. De SCP-analyse is als afzonderlijke publicatie verschenen⁵⁶. Bijlage 5B bevat een meer uitvoerige beschrijving en vergelijking van de analyses. Op deze plaats wordt volstaan met een korte weergave.

56 Zie bijlage 5 E.

3.3.4 Vraag- en gebruiksraming ouderenzorg tot 2030 (SCP)

Het SCP heeft voor de ouderenzorg de verwachte vraag- en gebruiksontwikkeling tot 2030 in kaart gebracht. In deze analyse staat de vraag van het individu centraal. Het SCP maakt onderscheid tussen de potentiële vraag naar ouderenzorg en het verwachte feitelijke gebruik. Dit onderscheid houdt rekening met het ervaringsfeit dat niet alle zorgbehovenden een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Het verschil tussen potentiële vraag en feitelijk gebruik is evenwel gevoelig voor veranderingen in preferenties en beleid (zie kader).

Potentiële vraag naar en gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg

Het verschil tussen potentiële vraag en het verwachte gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg (AWBZ en de huishoudelijke ondersteuning van de Wmo) is gevoelig voor veranderingen in beleid en preferenties. Het SCP gaat noodgedwongen uit van ongewijzigde preferenties en ongewijzigd beleid, maar dat hoeft niet zo te zijn. Tot de denkbare veranderingen behoren:

- een verruiming of inkrimping van het pakket;
- een meer soepele of strikte indicatiestelling;
- meer of minder mogelijkheden voor het pgb;
- het wegwerken of juist accepteren van wachtlijsten;
- het verlagen of verhogen van eigen betalingen;
- het verlagen of verhogen van de kwaliteit van AWBZ-zorg.

Verder is het nog mogelijk dat voorkeuren om zorg en ondersteuning zelf te regelen, al dan niet via informele zorg, veranderen.

Indien alle denkbare veranderingen tegelijkertijd leiden tot meer zorgvraag, zal het gebruik in de buurt komen van de potentiële vraag. Het is evenwel ook denkbaar dat de vraag naar collectief gefinancierde zorg dan niet vervuld kan worden vanwege knelpunten op de arbeidsmarkt. In dat geval zal het gerealiseerde gebruik van collectief gefinancierde zorg dus lager uitvallen dan geraamd.

Het SCP gaat uit van 586.000 gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg in 2005. Dit neemt toe tot 757.000 cliënten in 2030. De groei bedraagt 1 procent per jaar en 29 procent cumulatief.

Het gebruik is om te rekenen naar een kostenplaatje door het toevoegen van de prijzen en tarieven van 2005. Bij constante prijzen nemen de collectieve zorguitgaven dan toe van 9,8 miljard euro in 2005 tot 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een stijging van 1,3 procent per jaar, ofwel 37 procent cumulatief tot 2030.

In 2030 komen de collectieve zorguitgaven dan voor 89 procent voor rekening van de AWBZ en voor 11 procent voor rekening van de Wmo. Dit is overigens vergelijkbaar met de huidige situatie.

De collectief gefinancierde zorguitgaven stijgen dus aanzienlijk sneller dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (cumulatief 37 versus 29 procent).

Tabel 3.1 geeft inzicht in de achterliggende oorzaken.

tabel 3.1 Verdeling van gebruik en uitgaven collectief gefinancierde ouderenzorg, 2005 en 2030

	uitgaven per gebruiker per jaar (in euro)	aandeel gebruikers (%)	Aandeel uitgaven (%)	groei gebruikers cq uitgaven per pakket*	aandeel gebruikers	aandeel uitgaven
		2005	2005	2030 (2005=100)	2030	2030
Huishoudelijke verzorging	3800	35	8	119	32	7
Persoonlijke verzorging	11.900	11	7	137	11	7
Verpleging	16.200	13	12	140	14	13
Begeleiding	32.700	4	8	128	4	8
Verblijf kort	3100	10	2	128	9	2
Verblijf lang verzorging	23.300	18	24	128	17	23
Verblijf lang verpleging	61.300	10	38	148	12	41
Totale groei (2005=100)					129	137
Totaal absoluut (aantallen)		586.000			757.000	
Totaal absoluut (euro)			9.8 mrd.			13 mrd.

* Uitgaande van constante prijzen is de gebruikersgroei gelijk aan de groeivoet van de uitgaven.
Bron: SCP.

De tabel laat zien dat in 2005 tien procent van de gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg een beroep doet op verpleeghuiszorg. Dit is met ruim 61.000 euro per gebruiker per jaar veruit de duurste voorziening. Het beroep op verpleeghuiszorg zoals geraamd voor 2030 (in de tabel: 'verblijf lang verpleging') neemt toe met 48 procent ten opzichte van 2005. Daarmee is dit de voorziening die de sterkste stijging in het gebruik kent. Genoemde ontwikkeling verklaart in belangrijke mate waarom de collectief gefinancierde zorguitgaven sneller stijgen dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg.

Het SCP verwacht geen noemenswaardige kostenbesparing als gevolg van de voortgaande trend van extramuralisering. In de periode 1985-2005 leverde de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg juist wel een belangrijke besparing op. Het SCP signaleert echter dat de zwaardere vormen van AWBZ-zorg aan huis duurder zijn dan de gemid-

delde kosten van intramurale verzorging⁵⁷. En het ligt in de verwachting dat de verdergaande extramuralisering cliënten zal betreffen die meer zorgbehoevend zijn.

Al met al is de geraamde jaarlijkse uitgavenstijging tot 2030 in constante prijzen (1,3 procent) hoger dan de groei van het productievolume in de periode 1985-2005 (0,9 procent), maar grosso modo gelijk aan de historische uitgavenstijging in de periode 1995-2005 (1,2 procent per jaar). Voor de (reële) prijsstijging gaat het SCP uit van een laag scenario (2,0 procent per jaar) en een hoog scenario (2,4 procent per jaar)⁵⁸. In combinatie met de volumegroei van 1,3 procent per jaar resulteert voor de ouderenzorg een collectieve uitgavengroei van 3,3 à 3,7 procent per jaar. Het SCP merkt op dat de toekomstige prijsontwikkelingen dus minstens zo belangrijk zullen zijn voor de ontwikkeling van de collectieve uitgaven als de verwachte volumeontwikkeling.

3.3.5 Technische exercitie AWBZ-uitgaven tot 2020 (VWS-deskundigen)

Deskundigen van het ministerie van VWS hebben een technische exercitie gemaakt van alle AWBZ-uitgaven (dus niet alleen de ouderenzorg, zoals in de SCP-ramingen) voor de periode 2008-2020. Bij deze raming zijn de onderscheiden sectoren afzonderlijk in beeld gebracht.

Veronderstellingen

De basisraming gaat ervan uit dat het procentuele zorggebruik binnen elke bevolkingsgroep gelijk blijft. Vervolgens wordt de basisraming gevoed met de nieuwste CBS-bevolkingsprognose. Dit geeft bij elkaar genomen een volumeraming van het zorggebruik in de periode 2008-2020. De volumeraming wordt voorts uitgebreid met de kosten per product, uitgaande van het prijsniveau 2006. De technische exercitie maakt op verschillende plaatsen gebruik van de middellangetermijnraming van het CPB⁵⁹. Dit betreft de veronderstellingen over de extramuralisering, de intensivering van de zorg en de ontwikkeling van de reële AWBZ-prijzen (zie kader).

Aanvullende veronderstellingen

Extramuralisering

De exercitie gaat ervan uit dat de trend van extramuralisering zal doorzetten en besparingen zal blijven opleveren. Dit wordt onder meer veroorzaakt door de introductie van het volledig pakket thuis. In het model is dit als volgt gekwantificeerd:

57 In tabel 3.1 zijn de kosten van dagelijkse begeleiding aan huis hoger dan de kosten van intramurale verzorging ('verblijf lang verzorging').

58 De reële prijsontwikkeling meet de ontwikkeling van de prijs van de zorg minus de bbp-prijs.

59 De MLT-raming wordt besproken in bijlage 5B.

- afname aantal verpleeghuisbedden: - 0,4% per jaar
- afname aantal verzorgingshuisbedden: -1,1% per jaar
- afname intramuraal: wordt geheel opgevangen in de thuiszorg.

Intensiteit van de zorg

De VWS-deskundigen signaleren in verschillende sectoren een trendmatige groei van de intensiteit van de zorg. Dit leidt tot een hogere groei van het zorgvolume bovenop de demografisch bepaalde groei (vergrijzing).

In het model zijn met betrekking tot de jaarlijkse groei van de intensiteit de volgende veronderstellingen gehanteerd:

- extra intensiteit thuiszorg: 1,5 procent
- extra intensiteit verpleeghuizen: 1,0 procent
- extra intensiteit verzorgingshuizen: 1,0 procent
- extra intensiteit verstandelijke gehandicaptenzorg: 2,5 procent
- extra intensiteit geestelijke gezondheidszorg (ggz): 1,5 procent.

Ontwikkeling van de prijzen

De technische exercitie sluit voor de prijsontwikkeling aan bij de veronderstellingen die het CPB voor de periode 2008-2011 heeft gemaakt. De prijscomponent betreft de reële prijsontwikkeling, dat wil zeggen de prijs van zorg minus de bbp-prijs.

Raming AWBZ-uitgaven

Worden bovenstaande aanvullende veronderstellingen ingebracht in het ramingmodel, dan ontstaan voor de verschillende sectoren groeipercentages zoals weergegeven in tabel 3.2.

tabel 3.2 Uitgavengroei voor verschillende AWBZ-sectoren voor de periode 2008-2020

Verpleging & verzorging			Gehandicaptenzorg			GGZ			AWBZ totaal		
Volume*	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.
2,4	1,2	3,6	2,5	1,2	3,7	1,9	1,2	3,1	2,5	1,2	3,7
(=2,4 + 1,2 - 1,2)			(=0,3+ 2,2)			(=0,5+ 1,4)			(=1,7 + 1,5 - 0,7)		

* Volumegroei bestaat uit: groei aantal zorgvragers (demografische component) + intensivering van de zorg – trend van extramuralisering; dit laatste is alleen aan de orde bij verpleging en verzorging (en bij AWBZ totaal).

Tabel 3.2 laat zien dat de geraamde reële groei van de AWBZ-uitgaven circa 3,7 procent per jaar bedraagt⁶⁰. Hetzelfde groeicijfer geldt voor de gehandicaptenzorg (voor het merendeel de zorg aan verstandelijk gehandicapten). Bij deze sector is de volumegroei voor het grootste deel het gevolg van de intensivering van de zorg (2,2 van de 2,5 procent) en maar voor een klein deel het gevolg van de demografische ontwikkeling (0,3 van de 2,5 procent).

Voor de geestelijke gezondheidszorg ligt de reële uitgavengroei wat lager (3,1 procent).

60 De optelsom van de reële groei en de bbp-inflatie heeft als uitkomst de nominale groei.

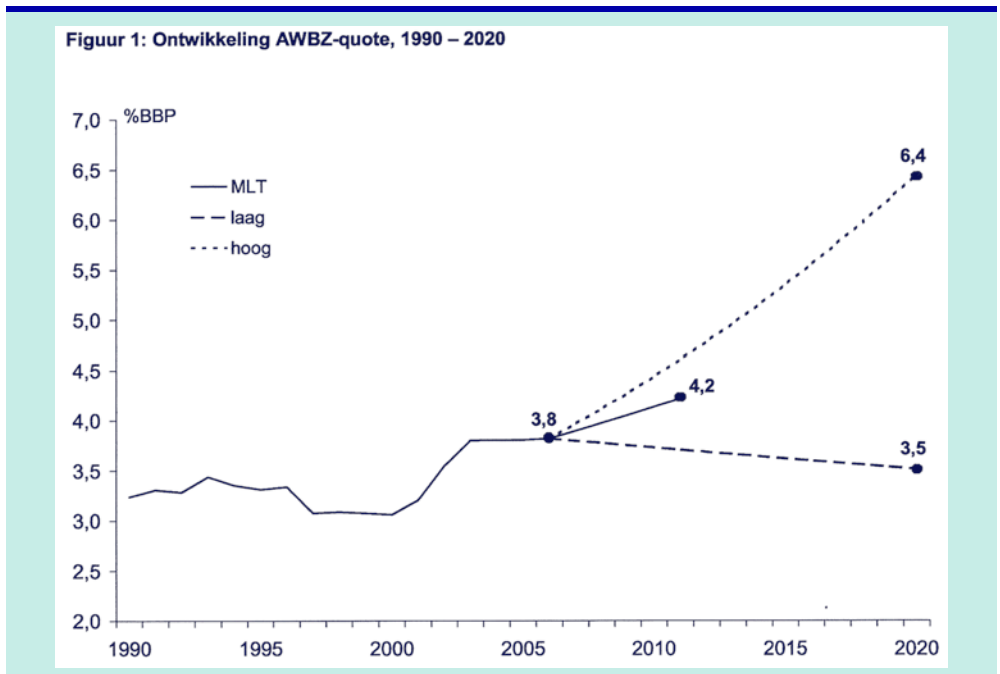
Ook hier geldt dat de veronderstelde intensivering van de geleverde zorg meer gewicht in de schaal legt dan de demografisch bepaalde groei.

Voor de sector verpleging en verzorging is het beeld wat complexer. Het verwachte reële groeipercentage van 3,6 procent is iets lager dan dat voor de AWBZ als geheel. Aan deze 3,6 procent levert de demografische groei de belangrijkste individuele bijdrage (2,4 procent). De veronderstelde intensivering van de zorg en de reële prijsontwikkeling voegen elk 1,2 procentpunt toe, terwijl de trend van extramuralisering de jaarlijkse uitgaven-groei voor 1,2 procentpunt drukt.

3.3.6 Mogelijke ontwikkeling AWBZ-quote op de lange termijn (CPB)

Het CPB heeft twee scenario's gemaakt van hoe de AWBZ-quote zich op de lange termijn zou kunnen ontwikkelen⁶¹. Daarbij is aansluiting gezocht bij twee relevante periodes in het verleden: de periode 2000-2006, waarin de aanbodregulering werd losgelaten en de AWBZ-quote in korte tijd fors opliep, en de periode 1990-2000, waarin mede door een strakke aanbodregulering de AWBZ-quote zeer stabiel bleef. Figuur 3.2 geeft een overzicht. Daaruit blijkt dat de bandbreedte tussen de hoge en lage scenario's zeer fors is. De tussenvallende lijn betreft de middellangetermijnraming van het CPB voor de periode 2008-2011.

figuur 3.2 Twee scenario's voor de AWBZ-quote tot 2020



61 De CPB-notitie is opgenomen in bijlage 5D.

3.3.7 Enkele constatering

In deze paragraaf (3.3) is nader ingegaan op verschillende ramingen en analyses van de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven op langere termijn. Meer informatie is te vinden in bijlage 5B.

De verschillende ramingen zijn niet eenduidig, zodat kan worden geconstateerd dat het perspectief voor de lange termijn hoogst onzeker is. De verschillen tussen de ramingen komen met name voort uit verschillende aannames ten aanzien van de prijsontwikkeling en de zorgintensiteit (kwaliteit).

Ontwikkeling AWBZ-uitgaven hoogst onzeker

Uit de analyse over 1985–2005 en uit de CPB-scenario's voor de toekomstige AWBZ-quote blijkt dat de AWBZ-uitgaven niet uit de hand hoeven te lopen. Opmerkelijk is dat de ouderenzorg (die toch demografisch gevoelig is) relatief minder stijgt dan de gemiddelde uitgavenontwikkeling in de AWBZ. Verder valt op dat de stijging zich relatief sterker voordoet bij jeugdige gehandicapten en jeugdigen met psychiatrische problemen en vooral bij de pgb aan jeugdigen (zie ook paragraaf 3.1.2).

Van belang is dat de gewenste kostenbeheersing in het verleden voor een belangrijk deel is gerealiseerd door aanbodregulering. Het centraal stellen van de cliënt en het hanteren van het uitgangspunt van vraagsturing in de toekomst (met ruimte voor pgb's) zal gepaard moeten gaan met vormen van vraagregulering om het oplopen van AWBZ-uitgaven op langere termijn te beperken en het ontstaan van wachtlijsten en wachttijden te voorkomen. In dit verband is van belang dat het SCP constateert dat er nog een verschil is tussen de potentiële vraag naar zorg en het verwachte gebruik van AWBZ-zorg in de toekomst.

Gedurende een lange periode is het aandeel van de AWBZ-uitgaven in het nationaal inkomen, ondanks een voortdurend stijgende zorgvraag, redelijk constant gebleven, afgezien van een inhaalslag als gevolg van wachtlijsten en arbeidsmarktknelpunten aan het begin van deze eeuw. De ramingen voor de ontwikkeling van de zorgvraag in de toekomst wijken niet af van de gerealiseerde groei in de afgelopen jaren. Relevant daarbij is ook dat ook de premiegrondslag voor de AWBZ stijgt niet alleen door de algemeen sociaal-economische ontwikkeling, maar ook als gevolg van een stijging van het gemiddelde inkomen van ouderen.

Demografische factor

Alle ramingen laten zien dat de demografische factor relevant is voor de toekomstige stijging van AWBZ-uitgaven en meer in het algemeen de zorguitgaven. De mate waarin deze factor dominant is, verschilt per raming. De factor *intensivering van de zorg*, de trend van extramuralisering en de prijsfactor spelen in de verschillende ramingen een minstens zo belangrijke rol.

Intensivering van de zorg

De terugblik over de periode 1985-2005 wijst voor verschillende sectoren op een trend van voortgaande intensivering van de geleverde zorg, naast de demografisch bepaalde toename van de zorgbehoefte. De intensivering van de zorgbehoefte speelt sterker in de sectoren van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg dan in de ouderenzorg. Het is voor de toekomst van groot belang in hoeverre in de toekomst rekening moet worden gehouden met verdergaande intensivering van de zorgbehoefte.

Trend van extramuralisering

In het verleden leverde de substitutie van zorg in een verzorgingshuis door thuiszorg een kostenbesparing op. De veronderstellingen voor de toekomst lopen op dit punt uiteen. De deskundigen van VWS gaan in hun technische exercitie uit van een blijvende kostenbesparing. Het SCP wijst op het risico dat AWBZ-zorg thuis in de toekomst wel eens duurder kan uitvallen dan vergelijkbare zorg in een intramurale setting.

Prijzontwikkelingen

Hoewel de verschillende ramingen uiteenlopende veronderstellingen hanteren over het relatieve gewicht van prijs- en volume-effecten, is duidelijk dat de relatieve prijsontwikkeling in de zorgsector een belangrijke rol zal spelen bij de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven in de toekomst. Het beleid zal dus handvatten moeten bevatten om onnodige prijsinflatie in de zorgsector tegen te gaan. In dit verband kan worden gewezen op de bestaande praktijk rond de arbeidsvoorwaardenontwikkeling.

4 Visie van de raad

In dit hoofdstuk formuleert de raad de beleidsopgave voor de toekomst en de algemene uitgangspunten die hij voor het toekomstig beleid ten aanzien van de langdurige zorg van belang acht.

4.1 Beleidsopgave

Volgens de raad zijn beleidsaanpassingen nodig voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op de in de toekomst te verwachten ontwikkelingen in en rond de AWBZ. Hij onderschrijft de stelling van het kabinet dat de huidige vormgeving van de AWBZ niet voldoende op de toekomst is voorbereid en dat aanpassingen nodig zijn. De voornaamste uitdagingen voor het toekomstige beleid ten aanzien van de langdurige zorg zijn volgens de raad:

- 1 Het centraal stellen van de positie van de cliënt door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden om de zorg op eigen omstandigheden en wensen af te stemmen (zie 4.2.1).
- 2 Het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en het versterken van de samenhang tussen de verschillende vormen van zorg – cure en care – en ondersteuning bij deelname aan de samenleving (zie 4.2.2).
- 3 Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg, en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel, zodat de noodzakelijke zorg en ondersteuning ook daadwerkelijk kunnen worden verleend (zie 4.2.3).
- 4 Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, onder handhaving van de toegankelijkheid van langdurende zorg in financiële zin (zie 4.2.4).
- 5 Het tot stand brengen van meer flexibiliteit en dynamiek op de zorgaanbodmarkt, zodat meer diversiteit in het zorgaanbod kan ontstaan en meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het zorgaanbod af te stemmen op de gedifferentieerde vraag (zie 4.2.5).
- 6 Het waarborgen van de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel in de toekomst en de doelmatigheid of (kosten)effectiviteit van de zorgverlening (zie 4.2.6).

De raad realiseert zich dat er tussen de diverse beleidsopgaven een zekere spanning kan bestaan¹. Voor het te voeren beleid is het dan ook een uitdaging om hierin richting en

1 Deze spanning manifesteert zich niet alleen op beleidsniveau, bijvoorbeeld tussen financiële houdbaarheid en kwaliteit, maar ook op het niveau van de burger, die immers verschillende rollen heeft zoals de rol van gebruiker, verzekerde, belastingbetaler, mantelzorger of werknemer in de zorgsector. De burger verwacht bijvoorbeeld tegelijkertijd het tegengaan van stijgende ziektekostenpremies (betaalbare zorg) én de beschikbaarheid van alle zorg voor iedereen. Zie ook: Ministerie VWS (2007) *Niet van later zorg*, Den Haag.

evenwicht te vinden en spanningen zo mogelijk te overbruggen. Hierna schetst de raad per beleidsuitdaging de uitgangspunten en de richting van het te voeren beleid.

4.2 Uitgangspunten en beleidsrichting

4.2.1 *Cliënt centraal*

Volgens de raad moet de positie van de cliënt in het stelsel van langdurige zorg veel meer centraal komen te staan. Dit houdt in dat in het stelsel uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met de verschillen in mogelijkheden en wensen van zorgvragers. In het verleden werden cliënten te veel als onmondige mensen beschouwd. Terecht ligt thans meer nadruk op capaciteiten en mogelijkheden waarover cliënten beschikken om de regie over hun leven in eigen hand te houden.

Tegelijkertijd moet in het stelsel ook rekening worden gehouden met cliënten die niet of in veel mindere mate dan anderen kunnen kiezen of regie over het eigen leven kunnen voeren. Ook voor cliënten die niet mondig genoeg zijn om te kiezen, is het van belang dat hun zorgbehoefte als uitgangspunt wordt genomen en niet het zorgaanbod dat (toevallig) aanwezig is. Daarnaast zijn er algemene voorzieningen voor cliëntondersteuning.

De raad gaat er dan ook van uit dat de cliënt, binnen de AWBZ als verzekering, een keuze moet hebben tussen zorg in natura dan wel een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee hij zelf of via een vertegenwoordiger (zaakwaarnemer) zorg inkoop.

In een toekomstbestendig zorgstelsel zal volgens de raad ook meer ruimte moeten zijn voor differentiatie of diversiteit van het zorgaanbod naar de wensen en mogelijkheden van cliënten. Daarbij is wenselijk dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen zorgverlening als zodanig en de omgeving waarin de zorg wordt verleend (woonfunctie). In het verlengde daarvan kan er ook behoefte zijn aan differentiatie naar woonservice, persoonlijke dienstverlening en welzijnsachtige dienstverlening.

Een verdergaande scheiding van wonen en zorg draagt eraan bij dat er meer differentiatie mogelijk wordt op het gebied van wonen en woonservice, terwijl tegelijkertijd de waarborg bestaat dat een collectief verzekerd zorgpakket voor iedereen in gelijke mate beschikbaar is.

Het beleid tot beheersing van de zorgkosten zal zich volgens de raad, uitgaande van het meer centraal stellen van vraagsturing, meer moeten gaan richten op factoren en omstandigheden die van invloed zijn op de vraag naar langdurige zorg (de determinanten van de zorgvraag). In dat verband gaat het onder meer om preventie en de samenhang in de zorgketens, om ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en om het introduceren van prikkels die vermijdbaar of oneigenlijk gebruik van zorgvoorzieningen voorkomen. Daarnaast is het van belang om een beheerste prijsontwikkeling te bevorderen.

4.2.2 *Vergroten samenhang cure, care en participatie (ketenzorg)*

Vergroten samenhang cure, care en participatie

Volgens de raad kan en moet de zorginhoudelijke en logistieke samenhang tussen de verschillende onderdelen van het zorgstelsel (cure, care en maatschappelijke participatie) waar mogelijk worden vergroot.

Samenhang cure en care

Langdurige zorg thuis gaat veelal samen met huisartsenzorg (eerstelijnszorg) en staat, onder meer bij veel ouderen, vaak in samenhang met of volgt op een ziekenhuisopname. Dat maakt het wenselijk te denken en te handelen in termen van zorgketens, die zowel cure als care omvatten. Ook is er een samenhang met openbare gezondheidszorg en met preventiebeleid. Het nadrukkelijk onderkennen en erkennen van de samenhang tussen cure en care kan bijdragen aan beheersing of preventie van de vraag naar langdurende zorg. De raad stelt vast dat een scherp onderscheid tussen cure en care niet altijd mogelijk is (zie kader).

Cure en care niet eenduidig te scheiden

Cure verwijst naar genezing bij specifieke ziekten of aandoeningen of na een ongeval. Daarbij is er veelal geen sprake van blijvend verlies aan zelfredzaamheid. Cure kan ook betrekking hebben op geneeskundige zorg ter voorkoming van verergering van chronische ziekten of gericht op het vertragen van de verergering van een aandoening.

Voor bepaalde categorieën patiënten kan cure langdurig zijn. Cure slaat ook op de geneeskundige behandeling van mensen met chronische aandoeningen. Dit geldt zowel voor somatische als psychische ziekten die langdurende en telkens terugkerende behandelcontacten vragen, al dan niet met opname in een ziekenhuis of in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz-instelling). Daarbij hoeft op zichzelf genomen nog geen sprake te zijn van een (blijvende) beperking van de zelfredzaamheid van een patiënt. Dit geldt bijvoorbeeld voor diabetici, COPD-patiënten en nierpatiënten (nierdialyse) of voor mensen met een ambulante te behandelen langdurende psychische aandoening.

Care duidt vooral op verzorging, begeleiding en verpleging en houdt verband met de gevolgen van doorgaans onomkeerbare chronische aandoeningen en daarmee samenhangende blijvende functiebeperkingen. In beginsel heeft care dan ook betrekking op langdurende zorg (verpleging en verzorging, behandeling en begeleiding). Daarbij kan de intensiteit van de zorgbehoefte (de behoefte aan dagelijkse of wekelijkse zorg) verschillen naar de ernst van de beperkingen. In de huidige AWBZ zit voor een deel ook kortdurende zorg, zoals zorg (thuis of intramuraal) na een ziekenhuisopname en kortdurende zorg voor (visueel, auditief of lichamelijk) gehandicapten of ouderen om te leren omgaan met (nieuwe) hulpmiddelen.

Van belang is te onderkennen dat care en cure in veel gevallen met elkaar samenhangen, vooral bij ouderen, chronisch zieken en mensen met een chronisch psychische stoornis. Na een beroerte of een ernstig ongeval leidend tot blijvende beperkingen, volgt – in aansluiting op een medische behandeling van de aandoening als zodanig – veelal blijvende zorg (volgtijdige samenhang). Bij andere categorieën kunnen care en cure gelijktijdig nodig zijn (bijvoorbeeld bij dementie- of ernstige hartpatiënten).

Samenhang care en deelname aan de samenleving

Ook is er een samenhang tussen langdurende zorg en maatschappelijke ondersteuning die is gericht op het behoud van zelfredzaamheid en participatie in de samenleving. Deze ondersteuning varieert van voorzieningen in het kader van de Wmo tot regelingen in de sfeer van onderwijs, jeugdzorg, welzijn, vrijetijdsbesteding of maatschappelijke opvang en regelingen of voorzieningen tot behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid of ter bevordering van arbeidsparticipatie. Daarnaast is ook het beleid ten aanzien van volkshuisvesting en ruimtelijke ordening van belang voor de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen. Het beroep op AWBZ-voorzieningen is mede afhankelijk van de mate waarin op deze beleidsdomeinen is gewaarborgd dat er sprake is van (ondersteuning bij) zelfredzaamheid en sociale participatie van mensen met beperkingen. Daarnaast kunnen onderlinge dienstverlening, informele zorg en vrijwilligerswerk behulpzaam zijn bij het voorkomen of beperken van afhankelijkheid van professionele zorg. Volgens de raad moet het beleid erop zijn gericht om, via uiteenlopende beleidsinstrumenten, mensen met beperkingen te laten functioneren en participeren in de samenleving. Dit draagt impliciet bij aan het voorkómen van (langdurige) zorgafhankelijkheid in de toekomst.

Preventie: het voorkomen van zorgafhankelijkheid

Het toekomstige zorgbeleid zal volgens de raad meer en meer gericht moeten zijn op het – waar mogelijk – voorkomen van zorgafhankelijkheid. Het preventiebeleid heeft een brede strekking en is gericht op het tegengaan van gezondheidsrisico's en het bevorderen van een gezonde leefstijl². In dit verband is ook van belang dat innovatie (ICT, domotica) kan bijdragen aan het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en aan het beperken van zorgafhankelijkheid.

4.2.3 Beschikbaarheid van de zorg en personeelstekorten voorkomen

De te verwachten problematiek op de arbeidsmarkt in de zorgsector heeft als achtergrond dat de ontgroening van de beroepsbevolking leidt tot een vermindering van het personeelsaanbod in de zorgsector, terwijl de vergrijzing tegelijkertijd leidt tot een toename van de zorgvraag.

² Minister VWS, *Kaderbrief 2007-2011, visie op gezondheid en preventie*, 24 september 2007 en de daarbij gevoegde VWS-nota *Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie*, Tweede Kamer, 2007-2008, 22 894, nr. 134.

De raad hanteert als uitgangpunten dat langdurige zorg beschikbaar en bereikbaar moet blijven voor allen die daarop zijn aangewezen en dat deze moet voldoen aan de kwaliteitseisen (professionaliteit en veiligheid) die daarvoor gelden. Hij constateert dat, alleen al om demografische redenen, het een belangrijke beleidsopgave is om te waarborgen dat de langdurige zorg die nodig is voor mensen met beperkingen, ook daadwerkelijk kan worden verleend. Uitgaande van schaarste zal de beschikbaarheid van zorg naar behoefte en niet op basis van koopkracht moeten worden verdeeld. Vooral de beschikbaarheid van voldoende personeel in de zorgsector met de vereiste professionele kwalificaties is een belangrijke beleidsuitdaging. Dat stelt hoge eisen aan het onderwijs- en arbeidsmarktbeleid, maar doet ook een beroep op creativiteit en innovatie om de arbeidsproductiviteit in de zorgsector te vergroten. Van belang is dat veranderingen in de AWBZ aansluiten bij het beleid dat is gericht op het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel voor de zorgsector.

Ook de beschikbaarheid van mantelzorgers is een belangrijk aandachtspunt. Bij een toenemende arbeidsparticipatie in de leeftijdscategorieën tot 65 jaar zal voor de beschikbaarheid van mantelzorgers meer een beroep moeten kunnen worden gedaan op de inzet van ‘gezonde’ ouderen. Het bij elkaar wonen van en voor elkaar zorgen door ouderen zou dan ook moeten worden bevorderd.

4.2.4 *Eigen verantwoordelijkheid*

Mede gelet op de naar verwachting toenemende (gemiddelde) welvaartspositie van ouderen is het te rechtvaardigen een beroep op hun eigen verantwoordelijkheid voor de woonomgeving en voor eventuele extra faciliteiten. Daarmee hangt samen dat het dan ook aan de keuze van de cliënten is van welke woonvoorzieningen en welzijnsachtige faciliteiten zij gebruik willen maken. Deze behoren immers in beginsel tot het private domein waarvoor de mogelijkheden van de markt beschikbaar zijn.

Bij het verlenen van noodzakelijke langdurige zorg als zodanig is een onderscheid naar de inkomenspositie van burgers niet gewenst; dit is evenmin het geval bij de zorg die onder het basispakket van de Zvw valt. De kwaliteit en beschikbaarheid van zorg moeten voor allen in gelijke mate zijn gewaarborgd.

Verder gaat het bij de eigen verantwoordelijkheid ook om het verlenen van informele zorg aan zorgbehoevenden in de eigen omgeving voor zover deze als gebruikelijke zorg is te beschouwen³. Een adequate ondersteuning van deze informele zorg draagt mogelijk bij aan het beperken van het beroep op professionele zorg.

4.2.5 *Ondernemerschap en innovatie*

In de sector van de langdurige zorg heeft sturing op het aanbod van zorg lange tijd vooropgestaan. Dat heeft geleid tot beperking van de ruimte voor ondernemerschap en inno-

3 Bij de indicatiestelling wordt hiermee op dit moment al rekening gehouden.

vatie en tot een aanzienlijke administratieve last. Nodig is dat professionals in de zorg ervaren dat zij de ruimte hebben om nieuwe ontwikkelingen tot stand te brengen die kunnen bijdragen aan vernieuwingen in de zorg. Deze kunnen bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg en aan kostenbeheersing. Het gaat hierbij om onder meer:

- het zoeken naar een betere aansluiting op de diversiteit in de zorgvraag van cliënten en naar organisatievormen die dat mogelijk maken;
- het toepassen van nieuwe zorgvormen en technologieën (werkwijzen en hulpmiddelen) die leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg en tot minder afhankelijkheid van professionele zorg;
- het verbeteren van de productiviteit.

Innovatie in de zorgsector is ook van belang voor de nationale economie en een wezenlijk element in de kenniseconomie.

De raad heeft zijn visie op ondernemerschap en innovatie in de zorgsector ook verwoord in zijn advies *Ondernemerschap voor de publieke zaak*⁴. De raad gaat daar in op verschillende aspecten van ondernemerschap en de verdeling van verantwoordelijkheden. Zo schetst hij een beeld van de zorgconsument als 'koopkrachtige' klant, de overheid als systeemverantwoordelijke, de zorgverzekeraar als regisseur en de zorgaanbieder als ondernemer. Concurrentie om de gunst van de klant is een belangrijke stimulans voor ondernemerschap. Zorgaanbieders die door ondernemerschap en innovatie beter inspelen op de behoeften van cliënten, moeten kunnen groeien ten koste van aanbieders die hier niet in slagen.

De raad heeft met instemming kennis genomen van het voornemen tot het opzetten van het Zorginnovatieplatform, waarin het ministerie van VWS gaat samenwerken met veldpartijen, bedrijfsleven, wetenschappers en kennisinstututen om innovaties in de zorg sneller in te voeren. Innovatie via de introductie van nieuwe producten, diensten en werkprocessen is noodzakelijk om ook op lange termijn een kwalitatief hoog niveau van gezondheidszorg te garanderen. De inzet van ICT, domotica en andere technische hulpmiddelen helpt daarbij, evenals een ketenaanpak en het inzichtelijk maken van best practices. Ook in verband met de veranderende arbeidsmarkt en het groeiende aantal chronische zieken is een andere innovatieve aanpak in de zorgverlening noodzakelijk.

4.2.6 *Houdbaarheid van de zorguitgaven*

Belang van het waarborgen van een toekomstbestendig zorgstelsel

In de visie van de raad gaat het in het stelsel van langdurige zorg in Nederland om zorg en ondersteuning die mensen nodig hebben voor een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit en om te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven.

4 SER (2005) Advies *Ondernemerschap voor de publieke zaak*, publikatienr. 05/04, Den Haag, p. 136 e.v.

Het waarborgen van de houdbaarheid van het zorgstelsel, zowel in financiële zin als in de zin van het behoud van maatschappelijk draagvlak (solidariteit), is misschien wel de belangrijkste beleidsopgave. Een toekomstbestendig stelsel van langdurende zorg is van essentieel belang voor mensen die deze zorg nodig hebben. De ontwikkeling van de zorgquote is afhankelijk van de uitgavenontwikkeling in de zorgsector enerzijds en de ontwikkeling van het bbp anderzijds.

Zoals blijkt uit de probleemanalyse zullen de zorguitgaven in de komende decennia toenemen, mede als gevolg van de vergrijzing. Dit geldt voor de uitgaven in de sfeer van zowel de Zvw als de AWBZ. Een toename van de zorgquote⁵ in de komende decennia lijkt hoe dan ook onafwendbaar, maar de mate waarin dat het geval zal zijn, is beleidsmatig beïnvloedbaar.

Of en in welke mate een toename van de zorguitgaven maatschappelijk en financieel houdbaar zal zijn, is mede afhankelijk van (i) de toekomstige welvaartsontwikkeling (groei van het nationaal inkomen) en (ii) de maatschappelijke preferenties en het maatschappelijke draagvlak.

De maatschappelijke acceptatie van een toename van de zorgquote is ook afhankelijk van de mate waarin de uitgaven doelmatig worden besteed aan zorg van goede kwaliteit. Daarnaast is de maatschappelijke acceptatie afhankelijk van de wijze waarop de lasten zijn verdeeld over verschillende generaties en naar inkomens- en bevolkingsgroepen, evenals van het antwoord op de vraag in welke mate zorgvragers zelf bijdragen aan de kosten van de zorg.

In dit verband is ook van betekenis of inhoud en kwaliteit van de verleende zorg overeenstemmen met de preferenties in brede lagen van de bevolking.

Kort gezegd gaat het om het streven naar *value for money*. Dit betreft de overtuiging dat de juiste zorg van goede kwaliteit op de juiste plaats en voor de juiste personen beschikbaar is voor een redelijke prijs.

De raad verwacht dat hogere uitgaven in de toekomst in wezen onvermijdelijk zijn, gezien de demografische en medisch-technologische ontwikkelingen. In het beleid zal het dan ook moeten gaan om:

- Het creëren van een zo breed en stevig mogelijk sociaal-economisch draagvlak om deze uitgaven op te vangen in het kader van een brede vergrijzingstrategie. Daarbij gaat het vooral om het versterken van het draagvlak voor de financiering van collectieve voorzieningen en het bevorderen van duurzame economische groei via verhoging van arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit.
- Het vergroten van de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkelingen van langdurige zorg om zo ‘onnodige’ stijgingen van de AWBZ-uitgaven te voorkomen.

5 De zorgquote is de procentuele verhouding tussen de zorguitgaven en het nationaal inkomen.

Breed sociaal-economisch beleidskader

Volgens de raad speelt het algemeen sociaal-economische beleid een belangrijke rol in het opvangen van de toenemende vergrijzingslasten, met inbegrip van de zorguitgaven. In zijn advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* heeft de raad gesteld dat de opvang van de vergrijzingslasten een brede aanpak vraagt⁶. De raad bepleit dan ook een mix van maatregelen om deze vergrijzingslasten op te vangen (zie kader).

SER over opvang vergrijzingslasten

De door de raad voorgestelde mix bestaat uit: draagvlakverbreding door een ambitieuze participatiedoelstelling, een aanpassing van vergrijzingsgerelateerde instituties en vermindering van de staatsschuld door te streven naar een structureel overschot van het EMU-saldo. De SER wil de helft van de vergrijzingslast opvangen via een hogere arbeidsparticipatie. Voor de andere helft zal dit gebeuren via het aanpassen van vergrijzingsgevoelige instituties en het verbeteren van het EMU-saldo. Daarbij stelt de raad voor dat kabinet en sociale partners gezamenlijk komen tot een invulling van de participatiedoelstelling.

Uitgaande van een brede mix van maatregelen pleit de raad vervolgens voor verdere fiscalisering van de AOW binnen een aantal randvoorwaarden, en voor een hoger begrotingsoverschot na 2011. Ook sluit de raad niet uit dat er op termijn ruimte ontstaat tussen de ontwikkeling van de verdiende lonen en de contractlonen, hetgeen zal leiden tot een minder snelle groei van de AOW-uitgaven als percentage van het bbp en daarmee ook tot een kleinere vergrijzingslast.

Mocht het pakket aan maatregelen en opties niet voldoende blijken te zijn om de vergrijzingsproblematiek op te vangen, dan komt volgens de raad het geheel van relevante vergrijzingsgevoelige instituties voor beleidsaanpassing in beeld.

Om institutionele hervormingen beter hanteerbaar te maken en om vertrouwensverlies en maatschappelijke onrust te voorkomen, is volgens de raad een transparant en voorspelbaar overheidsbeleid nodig^a. Bij de herijking van instituties gaat het zowel om de richting van de beleidsaanpassingen als om het tempo en de maatvoering hiervan. Institutionele koerswijzigingen moeten volgens de raad tijdig worden aangekondigd en dienen te voorzien in voldoende ruime overgangsregimes en heldere tijdspaden. Dit is van belang om onzekerheden te beperken en om burgers en bedrijven de mogelijkheid te geven om op basis van een reëel toekomstperspectief op dergelijke wijzigingen te kunnen inspelen; zij moeten kunnen uitgaan van een betrouwbare en consistente overheid.

a SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, p. 25.

Vergroten van de beheersbaarheid van de zorguitgaven

De omslag van aanbodregulering naar vraagsturing doet het belang van instrumenten toenemen die erop zijn gericht de AWBZ-volume- en uitgavenontwikkeling beheersbaar

6 SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, publicatienummer 06/08, Den Haag, pp. 130 e.v.

te houden. De mogelijkheden tot kostenbeheersing waren in het verleden immers in belangrijke mate gelegen in het budgetteren van de contracteerruimte voor zorgkantoren en zorgaanbieders (aanbodregulering). Daarvoor in de plaats zal het accent in een AWBZ-‘nieuwe stijl’ meer moeten komen te liggen op ‘vraagregulering’. Daaronder verstaat de raad het sturen op aspecten die kunnen leiden tot een beheerste ontwikkeling van het beroep op de AWBZ (volumeontwikkeling) of tot een beheerste kostenontwikkeling (prijs- of uitgavenontwikkeling). Mede in dat kader zijn aanpassingen noodzakelijk die gericht zijn op:

- een duidelijk omschreven en goed afgebakende AWBZ-polis, zodat de AWBZ ook daadwerkelijk gereserveerd blijft voor noodzakelijke, langdurende zorg en een oneigenlijk beroep op AWBZ-zorg wordt voorkomen;
- het lonend maken van investeringen om zorgafhankelijkheid te voorkomen (preventie) en substitutie van duurdere zorg naar goedkopere adequate voorzieningen over verschillende domeinen heen mogelijk te maken;
- een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling, zodat de AWBZ wordt voorzien van een goed functionerende poortwachter;
- prikkels in de uitvoering om doelmatig en (kosten)efficiënt gebruik van de AWBZ te bevorderen en onnodige zorguitgaven te voorkomen;
- meer ruimte voor ondernemerschap en risicodragend kapitaal.

Heffingsgrondslag AWBZ

In de afgelopen jaren is de heffingsgrondslag voor de AWBZ-premie door uiteenlopende beleidsmaatregelen versmald of uitgehold, met name door de introductie en uitbreiding van de heffingskortingen. Dit heeft voor een deel geleid tot een verhoging van de (marginale) AWBZ-premie, en voor een ander deel tot toenemende tekorten in het AWBZ-fonds (AFBZ) omdat de compenserende bijdrage van de rijksoverheid voor de heffingskortingen (de BIKK-bijdrage) niet toereikend is. Het gevolg is dat het marginale tarief van de eerste en de tweede schijf in de loon- en inkomstenbelasting (waarvan de AWBZ-premie een onderdeel is) onder een aanhoudende opwaartse druk staat. Een eventuele verhoging van de AWBZ-premie roept veelal gelijktijdig een verhoging van de heffingskorting op. Ook is er nu al sprake van een geleidelijke fiscalisering omdat de BIKK-bijdragen worden verhoogd om de tekorten van het AFBZ aan te vullen of niet verder te laten toenemen. De raad is er voorstander van dat de heffingsgrondslag voor de AWBZ zo breed mogelijk is om te vermijden dat het tarief in de onderste twee schijven van de loon- en inkomstenbelasting te veel onder opwaartse druk staat wanneer de AWBZ zouden toenemen. In dat verband heeft hij in eerdere adviezen dan ook bepleit om te streven naar verbreding van de heffingsgrondslag door fiscalisering van de AWBZ-premie (zie ook paragraaf 5.5)⁷.

7 Zie: SER (2005) *Advies Van alle leeftijden* en SER (2006) *Advies Welvaartsgroei door en voor iedereen*. In beide adviezen heeft de vertegenwoordiger van de MHP zich uitgesproken tegen (verdergaande) fiscalisering.

4.2.7 Randvoorwaarden

Voor de beleidsmaatregelen ten aanzien van de AWBZ, of meer algemeen op het terrein van de ziektekostenverzekeringen, gelden volgens de raad enkele randvoorwaarden die hij in dit advies niet onbenoemd wil laten⁸. In kwalitatieve zin gaat het om de volgende algemene randvoorwaarden:

- Beleidsmaatregelen dienen aan te sluiten bij de grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid voor het waarborgen van de kwaliteit en toegang tot de zorg.
- Zij dienen te voldoen aan internationale verplichtingen (richtlijnen, verordeningen en verdragen).
- Zij dienen ertoe te leiden dat er sprake is van een evenwichtige lastenverdeling tussen burgers onderling (inkomens, generaties, risico's).
- Beleidsmaatregelen moeten zoveel als mogelijk is inkomens- en loonkostenneutraal worden gerealiseerd of goed zijn in te passen in het van jaar tot jaar te voeren sociaal-economische beleid. Zij mogen niet leiden tot (plotselinge) grote inkomensverschillen op individueel niveau. Ook is van belang dat rekening wordt gehouden met andere beleidsontwikkelingen die inkomenseffecten teweeg kunnen brengen (waaronder AOW, woningmarkt, et cetera).
- In verband met de te verwachten arbeidsmarktknelpunten mogen veranderingen in de AWBZ niet haaks staan op het beleid (in het bijzonder het onderwijs- en arbeidsmarktbeleid) dat is gericht op het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel voor de zorgsector.

4.3 Visie op veranderingsproces en langetermijnperspectief

Geen blauwdruk maar stapsgewijs veranderingsproces

De staatssecretaris geeft in de adviesaanvraag aan dat zij behoefte heeft aan een conceptueel advies over de lange termijn. Op basis van dit 'vergezicht' zou volgens haar een vertaling kunnen worden gemaakt naar maatregelen op de korte (en middellange) termijn (2009-2010). Zij verzoekt daarbij aan te geven welke tussenstappen in welke volgorde en volgens welk tijdpad kunnen worden gezet.

Volgens de raad is het nog te vroeg en daarom niet verstandig om in dit stadium al definitieve uitspraken te doen over het eindperspectief voor de langdurige zorg. Op dit moment bestaat er namelijk nog geen voldoende zicht op het functioneren van de Zvw en de Wmo in de praktijk. De vraag of een vergaande herverkaveling van de AWBZ meerwaarde heeft, kan op dit moment dan ook nog niet met volle zekerheid worden beantwoord.

In plaats van een blauwdruk voor een toekomstperspectief te schetsen, kiest de raad voor een meer evolutionaire of stapsgewijze benadering. Die benadering is erop gericht om op

⁸ Zie ook: SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekering*, publicatienr. 00/12, Den Haag, pp. 96-97.

korte termijn te komen tot een forse verbetering van het functioneren van de AWBZ. Hierbij gaat het onder meer om een toespitsing van de AWBZ op langdurige zorg, een betere afstemming met beleidsterreinen en versterking van doelmatigheidsprirrels in de uitvoering en bij de zorginkoop. Het zijn beleidsopgaven die hoe dan ook – in ieder scenario voor de toekomst – noodzakelijk zijn.

Perspectief op lange termijn

Tijdens een geleidelijk veranderingsproces kan onder ogen worden gezien of en welke meer vergaande veranderingen in de toekomst wenselijk zijn. Daarbij zal het onder meer gaan om het antwoord op de vraag of en wanneer het vanuit een oogpunt van doelmatigheid, kwaliteit en samenhang wenselijk is te komen tot verdergaande veranderingen, zoals een meer omvattende overheveling van aanspraken vanuit de AWBZ naar aanpalende regelingen (als de Zvw en de Wmo) dan wel het handhaven van een goed functioneert afzonderlijke care-verzekering (zie hoofdstuk 6).

Een en ander impliceert dat de uitkomst of het eindperspectief van het op korte en middellange termijn in gang te zetten veranderingsproces niet vooraf met zekerheid kan worden bepaald, maar dat wel een route kan worden aangegeven die leidt tot fundamentele verbeteringen in het functioneren van de AWBZ op korte, middellange en lange termijn. Uitgaande van deze algemene benadering formuleert de raad in hoofdstuk 5 zijn concrete voorstellen voor zowel een nadere toespitsing van de aanspraken in de AWBZ op langdurige zorg als een aanpassing van de uitvoerings- en bekostigingsstructuur op korte en middellange termijn. In hoofdstuk 6 geeft hij een zeer beknopte schets van mogelijk verdergaande veranderingen op langere termijn.

5 Voorstellen korte en middellange termijn

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de raad een hervormingsagenda voor de AWBZ voor de korte termijn, die uiterlijk in 2012 moet zijn gerealiseerd. Deze agenda is in de kern gericht op een betere toespitsing en toepassing van de AWBZ-aanspraken en op een fundamentele kanteling in de uitvoering van aanbodregulering naar vraagsturing.

Paragraaf 5.2 bevat voorstellen van de raad die ertoe moeten leiden dat de AWBZ beter wordt afgebakend en daadwerkelijk wordt toegespitst op langdurige zorg. Deze voorstellen betreffen:

- het duidelijk beschrijven en afbakenen van de verzekerde aanspraken (een 'glas-heldere AWBZ-polis') en een verdere verbetering van de indicatiestelling als 'poortwachter' voor de AWBZ;
- overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zvw;
- overheveling van 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo;
- een betere afbakening met andere domeinen, zoals met onderwijs- en arbeidsmarktvoorzieningen voor mensen met een beperking en met de jeugdzorg;
- het financieel scheiden van wonen en zorg.

In paragraaf 5.3 formuleert de raad voorstellen voor verbetering van de AWBZ-uitvoering die in de kern neerkomen op een fundamentele kanteling van aanbodregulering naar vraagsturing in de AWBZ. Het gaat met name om voorstellen voor:

- een omslag van instellingsbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders;
- de ontwikkeling van zorgpakketten naar zorgzwaarte en daarbij behorende realistische normbedragen als basis voor de vaststelling van persoonsvolgende budgetten (pvh); binnen het geïndiceerde zorgpakket kunnen zorgaanbieders en cliënten afspraken maken over zorg op maat;
- de opdracht om te werken aan preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen (ketenzorg);
- versterking van de positie van het pgb.

Volgens de raad kunnen deze hervormingen het beste worden ingezet door de gezamenlijke zorgverzekeraars. Zij zijn ook op dit moment al formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Zo kan zo spoedig mogelijk met de inhoudelijke veranderingsopdracht worden begonnen.

Deze veranderingen leiden er tevens toe dat zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 de uitvoering van *onderdelen* van de AWBZ op zich kunnen nemen voor hun eigen (Zvw-) verzekerden. Voor vroeggehandicapten en vergelijkbare groepen blijft in ieder geval de (verbeterde) regionale uitvoeringstructuur van de AWBZ gehandhaafd.

In paragraaf 5.4 benadrukt de raad opnieuw de cruciale betekenis van de aanpak van dreigende personeelstekorten in de zorgsector en recapituleert hij zijn voorstellen uit 2006¹. Paragraaf 5.5 gaat over de gevolgen van de voorstellen in dit advies voor de financiering en de lastenverdeling.

De raad wijst erop dat zijn voorstellen onderling sterk met elkaar samenhangen. Het verzekeringskarakter van de AWBZ leidt ertoe dat de AWBZ-uitgaven in beginsel een open-eindekarakter hebben. Voor een beheerste volume- en kostenontwikkeling van de AWBZ – en zeker van een vraaggestuurde AWBZ – zijn een heldere en goed afgebakende AWBZ-polis en een goed functionerend indicatieorgaan dat objectief, onafhankelijk en bindend het recht op AWBZ-zorg vaststelt, van cruciale betekenis. Ook preventie en het realiseren van meer samenhang en doelmatigheid in de uitvoering dragen daartoe bij.

5.2 AWBZ-aanspraken toespitsen op langdurige zorg

5.2.1 Naar een glasheldere AWBZ-polis en een betere indicatiestelling

De AWBZ-aanspraken zijn volgens de raad op dit moment zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoeld en ongewenst gebruik plaatsvindt². De collectief gefinancierde zorg moet naar zijn mening worden toegespitst op zorg die echt noodzakelijk is. Het gaat in de woorden van de staatssecretaris om “een heldere polis die onbetwistbare zorg garandeert en niet-gewenst gebruik voorkomt”. De op dit moment als ‘ruime containers’ geformuleerde aanspraken moeten volgens de staatssecretaris opnieuw worden verwoord en worden vastgelegd in een ‘glasheldere polis’ die, veel duidelijker dan nu het geval is, voor burgers helder maakt wie, waar en onder welke omstandigheden een verzekerd recht op zorg heeft, waarvoor de samenleving solidariteit kan en wil opbrengen³.

Een heldere AWBZ-polis is vanuit verschillende invalshoeken van belang.

Allereerst is een heldere polis van belang voor de positie van de cliënt. Een heldere polis maakt transparant waarop hij aanspraak heeft en draagt zo bij aan rechtszekerheid.

Randvoorwaarde hierbij is dat de noodzakelijke zorg voor ieder toegankelijk blijft.

In de tweede plaats biedt een heldere omschrijving van de aanspraken een goed houvast voor de indicatiestelling. De ruimte voor interpretatieverschillen wordt kleiner. Het gaat om objectieve en verifieerbare zorgbehoefte die samenhangt met de grondslagen die gelden voor de zorgverlening op grond van de AWBZ.

1 SER (2006) Advies *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag.

2 Zie ook: Brief staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer *PGB in perspectief*, 9 november 2007, Tweede Kamer 26 631, nr. 232, p. 13.

3 Zie: Brief staatssecretaris VWS d.d. 12 november 2007, *Uitwerking maatregel kwetsbare groepen*, Tweede Kamer 2007-2008, 26 631, nr. 231.

In de derde plaats draagt een heldere AWBZ-polis bij aan een adequate afbakening van de AWBZ ten opzichte van aanpalende beleidsdomeinen. Overlap tussen regelingen wordt zo tegengegaan en samenhang en afstemming tussen regelingen worden bevorderd.

In de vierde plaats is een heldere polis van belang voor het doelmatig en (kosten)effectief inzetten van AWBZ-middelen en het beheersen van de uitgavenontwikkeling in de AWBZ. De formulering van de heldere polis is het aangrijpingspunt bij uitstek om tot uitdrukking te brengen waar de grens ligt van de ‘onbetwistbare zorg’ die dient te vallen onder de verplichte verzekering met de daaraan verbonden solidaire financiering. Hiervan uitgaande zal oneigenlijk gebruik van de AWBZ vooral moeten worden tegengegaan door het aanpassen en preciseren van de regelgeving die de basis vormt voor een indicatiestelling.

‘AWBZ nieuwe stijl’

Naar het oordeel van de raad kan de ‘AWBZ nieuwe stijl’ naar zijn aard worden omschreven als een sociale verzekering die is gericht op het verlenen van langdurige zorg die op de persoon is toegesneden en niet primair op herstel is gericht. Het gaat om zorg die samenhangt met blijvende en niet-omkeerbare aandoeningen en daarmee gepaard gaande beperkingen. Deze zorg laat zich onderscheiden van de zorg in het kader van de Zvw in die zin dat de Zvw is te omschrijven als een wettelijk geregelde privaatrechtelijke verzekering (binnen publieke randvoorwaarden) die in beginsel betrekking heeft op herstelgerichte zorg. De Wmo op zijn beurt kan worden omschreven als een sociale voorziening die niet is gericht op medische zorg, maar op sociale hulp- en dienstverlening aan personen en groepen van personen.

De raad meent dat de huidige systematiek van de AWBZ-aanspraken die gebaseerd is op grondslagen en functies, in beginsel een goed aanknopingspunt biedt voor het verhelderen van de AWBZ-polis. Die systematiek ligt ook ten grondslag aan de formulering van zorgzwaartepakketten bij intramurale zorg waarbij onderscheid wordt gemaakt naar doelgroepen.

Wenselijk is dat de formulering van de zorgzwaartepakketten zowel voor burgers als voor uitvoerders niet alleen transparant en toegankelijk maar ook verifieerbaar zijn. Daarbij is een toespitsing op doelgroepen van belang.

Aan de omschrijving van de aanspraken in de glasheldere AWBZ-polis zullen volgens de raad vooral zorginhoudelijke overwegingen ten grondslag moeten liggen. Het gaat om noodzakelijke zorg die, gegeven de beperkingen en mogelijkheden van de zorgvrager, is vast te stellen op basis van een onafhankelijke indicatiestelling naar objectieve maatstaven. In feite geldt voor de afbakening van de AWBZ-polis hetzelfde als voor de afbakening van de basispolis (het basispakket) in de Zvw: de afbakening is de resultante van sociaal-politieke besluitvorming die in de loop van de tijd kan variëren.

Dit geldt ook voor het bepalen van drempelwaarden in het kader van de AWBZ. Daarmee wordt bedoeld op de minimale omvang van de beperkingen om in aanmerking te komen voor bepaalde aanspraken op zorg op basis van de AWBZ. Soms zijn er werkbare, min of meer harde criteria voorhanden: de mate waarin bij een cliënt sprake is van lichamelijke,

zintuiglijke of verstandelijke beperkingen (IQ-niveau) laat zich vrij eenduidig vaststellen. Andere criteria zijn minder eenduidig, mede omdat de beperkingen en mogelijkheden van een zorgvrager van dag tot dag kunnen verschillen (zoals bij reumatische aandoeningen, dementie of schizofrenie)⁴.

De raad bepleit de systematiek van zorgzwaartepakketten integraal toe te passen. De zorgzwaartepakketten en de daaraan gekoppelde realistische normbedragen moeten door onafhankelijke deskundigen worden vastgesteld. Anders dreigt het gevaar van bezuinigingen via de kaasschaafmethode, waardoor de zorg verschaalt. Denkbaar is wel dat in wet- en regelgeving wordt aangeduid dat een beroep op AWBZ-zorg alleen aan de orde is als iemands zorgzwaarte een bepaalde drempelwaarde overstijgt; is dat niet het geval dan behoort de zorg tot het private domein (eigen risico of aanvullende verzekering) dan wel tot het domein van de Wmo of Zvw.

De raad meent dat het vooral op de weg ligt van het College van Zorgverkeringen (als pakketbeheerder van de AWBZ) of van de Gezondheidsraad om over de precieze invulling van de AWBZ-polis te adviseren. Dit vooropstellend formuleert hij in de navolgende paragrafen in meer algemene zin een aantal voorstellen voor de afbakening van de 'AWBZ-nieuwe stijl' ten opzichte van de Zvw, de Wmo en het woondomein.

Wettelijke verankering en belang van indicatiestelling

De 'AWBZ nieuwe stijl' staat of valt met een goed functionerende indicatiestelling. In een vraaggestuurd systeem hebben alle partijen immers baat bij zo zwaar mogelijke indicaties. De publieke poortwachter moet daarom goed functioneren, zowel in het belang van de cliënt (rechtszekerheid) als in het publieke belang (rechtvaardigheid en voorkomen oneigenlijk gebruik). Vraagsturing via persoonsgebonden financiering zoals de raad voorstaat, vraagt om een glasheldere AWBZ-polis en een eenduidige, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Bij de indicatiestelling zal worden gelet op de beperkingen van een cliënt in samenhang met zijn mogelijkheden en resterende vaardigheden.

Naar het oordeel van de raad zullen de indicatiestelling en de positie van de CIZ als indicatieorgaan moeten worden voorzien van een stevige wettelijke en publiekrechtelijke verankering die op basis van transparante indicatieprotocollen wordt uitgewerkt. De toegang tot de AWBZ wordt immers bepaald door, enerzijds, wat in de glasheldere polis als aanspraken is omschreven en, anderzijds, door de interpretatie van feiten en omstandigheden bij de indicatiestelling. Ook is de indicatiestelling van belang om zorgzwaartepakketten te bepalen, waaraan normbedragen zullen moeten worden verbonden die een realistische beprijzing zijn van de kosten van de zorg (zie verder paragraaf 5.3.3).

4 In dit verband is van belang dat de mate van zorgafhankelijkheid meetbaar is in samenhang met internationale classificaties functiebeperkingen zoals de ICF (International Classification of Functioning, disability and health) van de WHO (World Health Organisation).

Verdere verbeteringen van de indicatiestelling

Zoals gezegd benadrukt de raad dat juist in een vraaggestuurde AWBZ een goed functionerende ‘poortwachter’ noodzakelijk is.

Met de totstandkoming van het CIZ is volgens de raad al een belangrijke verbetering gerealiseerd. Aangrijpingspunten om de indicatiestelling verder te verbeteren zijn:

- een helder omschreven en goed afgebakende AWBZ-polis (zie het begin van deze paragraaf);
- eenduidige, transparante en landelijk uniforme indicatieprotocollen;
- het uitdrukken van indicaties in zorgzwaartepakketten en normbedragen;
- het systematisch monitoren en benchmarken van de indicatieorganen;
- het introduceren van de mogelijkheid voor de AWBZ-uitvoerder om een hernieuwde toetsing of herindicatie aan te vragen om te ruime indicaties tegen te gaan;
- een wettelijke grondslag voor de indicatiestelling;
- het beëindigen van het mandateren van de indicatiestelling aan andere partijen (zoals het bureau Jeugdzorg).

De poortwachterrol van het indicatieorgaan mag overigens de afstemming met andere indicatieorganen niet in de weg staan. Vanuit het perspectief van de cliënt is het immers van belang dat de afstemming tussen aanpalende domeinen goed is geregeld en dat in de praktijk een integrale zorg- en dienstverlening mogelijk is.

De raad realiseert zich dat de objectieve en onafhankelijke indicatiestelling in het voorstelde systeem een cruciale rol speelt voor de budgettaire beheersbaarheid van het systeem. De voorgestelde verbeteringen van de indicatiestelling zijn cruciaal om een dergelijk systeem te kunnen laten functioneren. Volledige objectiviteit zal echter niet haalbaar zijn. Het risico op een sluipende indicatieverruiming valt dan niet uit te sluiten. Vanwege het grote budgettaire belang van de indicatiestelling zal het daarom nodig zijn om mechanismen te ontwikkelen voor een permanente kwaliteitscontrole van het CIZ die, indien noodzakelijk, bijsturing van de praktijk van indicatiestelling mogelijk maken.

5.2.2 *Herstelgerichte zorg naar Zvw en versterking eerstelijnszorg*

Herstelgerichte zorg naar Zvw

De raad constateert dat een deel van de huidige AWBZ-zorg een tijdelijk karakter heeft en in feite onderdeel uitmaakt van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg (thuiszorg)⁵. Deze kortdurende zorg zou naar zijn oordeel naar de Zvw moeten worden overgeheveld⁶. Dit zou volgens hem ook kunnen gelden voor het zogeheten ‘verlengd verblijf’ (na 365 dagen) in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of

5 Voorbeelden hiervan zijn de thuiszorg of een kort verblijf in een verpleeghuis na een heupoperatie of na een beroerte.

6 Zie ook: CVZ (2007) *Pakketadvies 2007*, Den Haag, College voor zorgverzekeringen.

ggz-instelling⁷, wanneer de behandeling en verpleging eveneens zijn gericht op herstel. De raad is van oordeel dat de zorgverlening in deze situaties in feite een onderdeel is van een zorgketen die is gericht op het terugkeren naar de situatie vóór de aandoening of een ongeval⁸. Voor de cliënt heeft overheveling van deze zorg naar de Zvw als voordeel dat de zorgketen één geheel gaat vormen. De overgang van ziekenhuis naar thuiszorg of tijdelijk verblijf in een verpleeghuis wordt dan immers niet langer beïnvloed door de omstandigheid dat de ziekenhuiszorg op grond van de Zvw risicodragend is ondergebracht bij een zorgverzekeraar, terwijl thuiszorg en kort verblijf in een verpleeghuis voor de zorgverzekeraar op grond van de AWBZ geen financieel risico met zich brengen. Regie en risico dienen in één hand te zijn. Door de verschillende systemen bij elkaar te brengen is veel winst te boeken in de sfeer van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid.

De samenhang tussen cure en care zou volgens de raad tot uitdrukking kunnen worden gebracht door bepaalde zorgvormen mee te nemen in de systematiek van de diagnose-behandelcombinaties (dbc)⁹. Het gaat hierbij om de herstelgerichte thuiszorg of het herstelgerichte verblijf, evenals het verlengde verblijf dat op herstel is gericht. Omdat deze zorgvormen in feite samenhangen met medische interventies in het curatieve segment, zijn deze goed te onderscheiden van langdurige zorg. Voorwaarde voor overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zvw is wel dat de daaraan verbonden zorgkosten worden betrokken bij de algemene vereveningssystematiek van de Zvw.

Versterking eerstelijnszorg

Voor de extramuralisering van langdurige zorg is van groot belang dat cliënten een beroep kunnen doen op brede eerstelijnszorg in de lokale omgeving. Goed opgezette eerstelijnszorg die uitgaat van een multidisciplinaire benadering van cliënten, voorkomt dat zij aangewezen zijn op complexere en duurdere zorg. Tussen de betrokken hulpverleners zal steeds sprake moeten zijn van goede afstemming en coördinatie en zij zullen op de hoogte moeten zijn van elkaars activiteiten. Voor de samenhang in de extramurale zorg is van grote betekenis dat diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter één voordeur worden georganiseerd die voor de cliënt herkenbaar is.

Vanuit de eerstelijnszorg kunnen verbindingen worden gelegd naar zowel de tweedelijns curatieve zorg als naar de care en maatschappelijke ondersteuning (sociale hulp- en dienstverlening). De 'eerste lijn' heeft daarbij drie functies: de diagnostische functie in brede zin (ten aanzien van beperkingen en sociale aspecten), de hulpfunctie in brede zin

7 Het gaat hier om de behandeling en verpleging na 365 dagen die thans voor rekening van de AWBZ komt.

8 Een knelpunt in de huidige situatie is de gefragmenteerde organisatie van de zorg. Als ziekenhuizen de duur van de opname voor bepaalde patiënten beperken, heeft dit elders in de zorgketen consequenties. Dit geldt vooral voor kortdurende thuiszorg of voor kortdurend verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname als gevolg van een operatie of een ongeval. Het gaat hier vooral om ambulante verpleging en verzorging die is gericht op kortdurende hulp.

9 Zoals ook het geval is bij de overheveling van delen van de ggz van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2008.

(behandeling, voorschrijven van medicijnen, begeleiding, coördinatie, bemiddelingsadvisering) en de doorverwijsfunctie (poortwachterfunctie en indicatiestelling voor curatieve zorg).

De raad neemt met instemming kennis van de reeds gerealiseerde en beoogde ontwikkelingen in de eerstelijnszorg zoals weergegeven in de nota *Dynamische eerstelijnszorg* van de minister van VWS¹⁰. Daarin wordt de nadruk gelegd op vier thema's, namelijk (i) meer samenhang in de zorg, (ii) meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop, (iii) meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid en (iv) betere organisatie van acute zorg.

Het streven naar goede afstemming tussen curatieve en langdurende zorg is volgens de raad van groot belang voor de houdbaarheid van het zorgstelsel. Bestaande belemmeringen voor het versterken en verbreden van de eerstelijnszorg moeten naar zijn oordeel worden weggenomen. Ook is het betrekken van geriatrische en psychogeriatrische deskundigheid in de eerstelijnszorg van groot belang, nu steeds meer ouderen kiezen voor zelfstandig wonen en extramurale zorg. De lokale situatie is dan ook steeds belangrijker voor de concrete zorgverlening en ondersteuning. Afstemming op lokaal niveau biedt in een groot aantal situaties ook aanknopingspunten om een toename van zorgafhankelijkheid te voorkomen.

In dit verband is van belang dat er ruimte komt voor experimenten om de bekostigingssystemen van Zvw en AWBZ zodanig in te richten dat ketenzorg voor cliënten wordt gestimuleerd. Dit vereist het definiëren van nieuwe producten (juiste functionele omschrijving met kwaliteitsinformatie over geleverde prestaties), waarbij sommige prestatievelden met dbc's bekostigd worden uit de Zvw en andere met zzp'en uit de AWBZ (zie verder paragraaf 5.3 over de uitvoering).

Een voorbeeld kan zijn de financiering van een gezondheidscentrum met huisartsen, wijkverpleegkundigen en geriatrische deskundigen die zorg verlenen aan dementiepatiënten die nog thuis wonen. Verder zouden zorgaanbieders moeten worden gestimuleerd om nieuwe ketens in te richten waarop de bekostigingssystemen van Zvw en AWBZ kunnen worden aangepast.

5.2.3 Overheveling 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo

De raad ziet het bevorderen en faciliteren van deelname van mensen met beperkingen aan het lokale maatschappelijk verkeer in beginsel als een verantwoordelijkheid voor de lokale overheid. Met het kabinet, de RVZ en het CVZ bepleit hij dat onderdelen van de

¹⁰ Ministerie VWS, *Nota Dynamische eerstelijnszorg, visie op de eerstelijnszorg*, 25 januari 2008, Tweede Kamer 2007-2008, 29 247, nr. 56.

AWBZ-functies ondersteunende begeleiding en van activerende begeleiding die daarop betrekking hebben, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Wmo. Deze sluiten immers goed aan bij de participatiedoelstelling van de Wmo¹¹. Als onderdelen van de functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ eveneens onder de gemeentelijke regierol vallen, versterkt dit de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden. Daarmee zijn ook mogelijke hiaten in het zorgaanbod zoveel mogelijk te voorkomen.

Het aanbod van sociale hulp- of dienstverlening dat wordt geboden op grond van de AWBZ-functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’, is thans zeer divers. Ook is de grens tussen ondersteunende en activerende begeleiding in de praktijk niet altijd even scherp¹². De raad is er geen voorstander van om de huidige AWBZ-functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ als geheel en zonder meer over te hevelen naar het gemeentelijk domein. Nader onderzoek zal nodig zijn om te kunnen bepalen welke specifieke onderdelen van deze functies zich lenen voor overheveling naar de Wmo. De raad denkt in ieder geval aan die vormen van sociale dienst- of hulpverlening die duidelijke raakvlakken hebben met de prestaties waartoe gemeenten op grond van de Wmo verplicht zijn (de negen prestatievelden, zie hoofdstuk 2 en bijlage 4). Bij het aanwijzen van de onderdelen moet rekening worden gehouden met de praktische, dagelijkse samenhang van zorg en ondersteuning op het niveau van individuele cliënten. Ook moet worden gezien op welke activiteiten gemeenten meerwaarde kunnen leveren, gegeven hun verantwoordelijkheden in het kader van de Wmo. Tot slot moet worden voorkomen dat er hiaten in het zorgaanbod ontstaan (sluitend zorgaanbod). De resultaten van een aantal pilots kunnen daarbij de helpende hand bieden¹³.

Het is niet aan de raad om tot in detail als ‘pakketbeschrijver’ op te treden. Wel vraagt hij alvast de aandacht voor twee specifieke onderdelen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding, te weten de begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen en de dagbesteding. Deze onderdelen zouden naar zijn oordeel onder de AWBZ moeten blijven.

-
- 11 Hierna wordt de term ‘sociale hulp- en dienstverlening’ gebruikt om die onderdelen aan te duiden die volgens de raad naar de Wmo kunnen worden overgeheveld.
 - 12 Zo heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de staatssecretaris geadviseerd dat het deel van de activerende begeleiding dat onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de behandeling, onder één aanspraak ‘behandeling’ te brengen. De op maatschappelijke participatie gerichte activerende begeleiding (bijvoorbeeld sociale of arbeidsmatige activiteiten) vormt dan samen met ondersteunende begeleiding de aanspraak ‘begeleiding’.
 - 13 Sinds 2005 wordt in vier pilots geëxperimenteerd met uitvoering van ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ door gemeenten. De doelgroepen en thema’s van deze pilots lopen uiteen; in slechts één gemeente is sprake van een integrale voorziening voor alle bewoners met een ondersteuningsbehoefte. Kuperus, K. en W.R. van der Veen (2007) *Ondersteunende en activerende begeleiding: Overhevelen naar de WMO?* Adviesrapport op basis van de resultaten van pilots bij zeven gemeenten, Amstelveen, Deloitte Consulting.

Begeleid zelfstandig wonen verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten

Een eerste aandachtspunt betreft de intensieve begeleiding in het kader van het langdurig begeleid zelfstandig wonen¹⁴. Het gaat hier om intensieve dagelijkse begeleiding die een voorwaarde is voor mensen met beperkingen om thuis te kunnen blijven wonen. In de praktijk gaat het om mensen met relatief ernstige beperkingen als gevolg van een chronisch psychiatrische aandoening of verstandelijke handicap, die zonder begeleiding niet zelfstandig kunnen wonen en niet in staat zijn om hun leven geheel zelfstandig in te richten. Vaak is deze begeleiding een leven lang nodig en zijn daarvoor gekwalificeerde professionele hulpverleners vereist. Deze onderdelen van de functie OB/AB zijn daarmee van essentieel belang voor de gewenste extramuralisering van zorg en voor de substitutie van intramurale door extramurale zorg. Zou deze begeleiding komen te vervallen, dan bestaat het risico dat de betrokken cliënten niet langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Ook zou de druk op intramurale voorzieningen sterk toenemen. Om deze redenen is het van belang dat de begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen *niet* overgaat naar gemeenten, maar goed en ‘in één hand’ geregeld blijft op grond van de AWBZ.

Dagbesteding

Een tweede aandachtspunt betreft de voorzieningen voor dagbesteding. Deze zijn thans beschikbaar op grond van de AWBZ-functies ondersteunende of activerende begeleiding. De raad gaat ervan uit dat de dagbesteding in de gehandicaptenzorg onderdeel blijft van de AWBZ en niet onder de Wmo wordt gebracht¹⁵. Voor gehandicapten die op 24-uurszorg door professionele zorgverleners zijn aangewezen, is de samenhang met het lokale domein immers maar zeer beperkt¹⁶.

De dagbesteding voor thuiswonende ouderen met lichamelijke gebreken (somatische grondslag) kan wel door gemeenten in het kader van de Wmo worden uitgevoerd. Gemeenten kunnen voor deze cliënten dagelijkse of wekelijkse bezigheden organiseren. Te denken valt bijvoorbeeld aan sociaal-culturele ontmoetings- en buurtcentra, de opvang en begeleiding van eenzame ouderen, sociale restaurants et cetera. Dit sluit goed aan bij de verantwoordelijkheden die gemeenten hebben op grond van de Wmo voor het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.

14 Hiermee wordt dus *niet* bedoeld op tijdelijke, herstelgerichte verpleging en verzorging thuis (bijvoorbeeld na een medische ingreep).

15 Op basis van de grondslagen verstandelijke handicap, lichamelijke handicap en zintuiglijke handicap.

16 Vanaf 1 januari 2008 kunnen nieuwe cliënten geen aanspraak meer maken op ‘OB algemeen’ met grondslag somatisch; voor cliënten die al ‘OB algemeen’ krijgen is een overgangperiode van één jaar vastgesteld. De ondersteunende begeleiding voor de groeiende groep thuiswonende cliënten met lichamelijke beperking (somatische grondslag) is sinds 1 januari 2008 uit de AWBZ gehaald.

Naar een verbeterde Wmo

Met het in werking treden van de Wmo per 1 januari 2007 is een bundeling van onder meer lokale zorg-, vervoers- en welzijnsvoorzieningen in één integrale lokale regeling tot stand gekomen. Volgens de sturingsfilosofie van de Wmo (met beleidsvrijheid en democratische verantwoording op lokaal niveau) zijn gemeenten primair zelf verantwoordelijk voor de invulling van het lokale ondersteunings- en participatiebeleid¹⁷. Eén jaar na invoering is het nog te vroeg om een definitief oordeel te vormen over het feitelijk functioneren van de Wmo.

Vooruitlopend op de eerste evaluatie van de Wmo wijst de raad erop dat een effectief lokaal beleid in het kader van de Wmo van wezenlijk belang is om een beroep op professionele zorgverlening te voorkomen en daarmee essentieel is voor de beheersbaarheid van de zorgkosten. Eenodeloos beroep op AWBZ-zorg wordt tegengegaan wanneer gemeenten daadwerkelijk de voorzieningen leveren die cliënten nodig hebben.

Verhouding tussen Wmo en AWBZ

In de Wmo (artikel 2) is thans bepaald dat een beroep op de Wmo niet mogelijk is als het gaat om voorzieningen waaraan krachtens andere wettelijke regelingen aanspraken kunnen worden ontleend. De raad bepleit dat deze verhouding wordt genuanceerd. Op individueel niveau geldt dat een AWBZ-aanspraak als wettelijk recht voorgaat op een Wmo-voorziening en daarop ziet artikel 2 van de Wmo.

Beleidsmatig gezien zou de Wmo naar het oordeel van de raad moeten worden versterkt, in die zin dat wordt onderkend dat deze als voorliggende regeling voor de AWBZ kan worden gekarakteriseerd. Een goede toepassing van de Wmo (bijvoorbeeld bij de toekenning van vervoers- of woonvoorzieningen) is van invloed op het beroep op de AWBZ. Gemeenten zouden volgens de raad krachtens de Wmo de opdracht moeten krijgen om een preventieve rol te vervullen ter beperking van het gebruik van de AWBZ en in dat verband een regierol op zich moeten nemen. Om dit bereiken zal het nodig zijn voorwaarden te formuleren waaraan het gemeentelijk beleid moet voldoen. De raad denkt daarbij onder meer aan de invulling van het compensatiebeginsel voor de verlening van diensten aan individuele burgers¹⁸.

Bij wijze van voorbeeld verwijst de raad naar de Wet werk en bijstand (Wwb), waar de gemeentelijke beleidsvrijheid en verantwoordelijkheid eveneens vooropstaan, maar waarbij deze moeten worden ingevuld binnen landelijk geldende normen en kaders. Ook wijst de raad met instemming op het RVZ-advies waarin wordt bepleit om de compensatieplicht in de Wmo nader te preciseren en per doelgroep aan te geven wat voor het bereiken van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie nodig is¹⁹. Om de

17 Gemeenten zijn verplicht om compenserende voorzieningen aan te bieden voor de beperkingen die de betreffende groepen ondervinden, maar hebben een beleidsvrijheid in de wijze waarop zij daaraan invulling geven (zogenoeten *compensatiebeginsel*). Zie hoofdstuk 2 en bijlage 4.

18 Het compensatiebeginsel in de Wmo geldt voor drie prestatievelden die betrekking hebben op maatschappelijke ondersteuning aan individuele burgers (zie paragraaf 2.3.2 en bijlage 4).

19 RVZ (2008) *Advies Beter zonder AWBZ?*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, p. 48.

preventieve rol en de bijbehorende regierol op te pakken zullen de gemeenten moeten beschikken over adequate instrumenten. De raad beveelt aan om deze in kaart te brengen en van een passende invulling te voorzien.

Een belangrijk aandachtspunt is dat er voor gemeenten op zichzelf genomen geen financiële prikkel is om het beroep op de AWBZ te beperken. Dit heeft tot gevolg dat gemeenten die minder dan andere gemeenten investeren in het tegengaan van zorgafhankelijkheid, niet de financiële consequenties daarvan worden geconfronteerd²⁰. Omgekeerd geldt ook dat gemeenten die wél investeren in het voorkomen van zorgafhankelijkheid, de resultaten daarvan niet terugzien. De raad bepleit een onderzoek in te stellen naar de wijze waarop positieve financiële prikkels voor gemeenten zijn in te bouwen voor het streven naar beperking van het beroep op de AWBZ. Dat kan bijvoorbeeld door in de verdeling van Wmo-budgetten rekening te houden met de mate waarin gemeenten erin slagen het beroep op de AWBZ te beperken (waarbij uiteraard rekening wordt gehouden met de kenmerken van de bevolkingssamenstelling van gemeenten).

Een ander aandachtspunt is dat gemeenten thans de vrijheid hebben om al dan niet een eigen-bijdrageregeling in de Wmo toe te passen. Wettelijk is wel bepaald dat zij gehouden zijn aan een (landelijke) maximumnorm en een anticumulatieregeling tussen de eigen bijdragen voor Wmo en AWBZ waarbij de eigen bijdragen voor de Wmo voorgaan op de eigen bijdrage voor de AWBZ. Dit houdt in dat de individuele lasten van cliënten per gemeente verschillen en dat de opbrengst van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ mede worden bepaald door de vraag of gemeenten al dan niet een eigenbijdrageregeling voor de Wmo hanteren.

Verder vraagt de raad, vooruitlopend op de evaluatie van de Wmo in 2010, nu reeds de aandacht voor het functioneren van de huidige aanbestedingsprocedures voor onder meer huishoudelijke verzorging en voor lokale vervoersvoorzieningen in het kader van de Wmo. De korte looptijd leidt tot onnodige administratieve lasten voor gemeenten en zorgaanbieders en tot onzekerheid en onrust bij de zorgverleners (zorgaanbieders en zorgpersoneel). Dat heeft ook gevolgen voor de continuïteit en het investeringsgedrag van de instellingen, zeker wanneer bij de aanbesteding vooral of uitsluitend op de prijs wordt gelet. Binnen het kader van Europese regelgeving moet volgens de raad worden gezocht naar mogelijkheden om de aanbestedingsprocedures aan een aantal minimumvoorwaarden te binden. Zo zouden de concessies op basis van de aanbestedingen voor een periode van vier jaar moeten gelden, overeenkomstig de beleidscyclus van de gemeenten ingevolge de Wmo. Verder zou uitgangspunt moeten zijn dat in beginsel wordt gegarandeerd dat het personeel van een instelling door een andere partij (een nieuwe concessie-

20 Een vergelijkbaar element is de eigenbijdrageregeling in het kader van de AWBZ. Gemeenten zijn vrij om al dan niet te kiezen voor het introduceren van een eigenbijdrageregeling. Als zij dat doen leidt dat tot een beperking van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ vanwege de geldende anticumulatieregeling. Bezien vanuit de positie van de AWBZ-verzekeraar is het dus voordelig als gemeenten geen eigen bijdragen heffen.

houder) wordt overgenomen. Ook zou moeten worden uitgegaan van een kwaliteitsborging bij aanbestedingsprocedures, bijvoorbeeld via een vorm van certificering. De raad meent dat deze voorstellen ten goede komen aan de kwaliteit en continuïteit in de dienstverlening. Hij constateert met instemming dat het kabinet maatregelen in het vooruitzicht heeft gesteld die moeten leiden tot meer bescherming van cliënten en werkenden in de thuiszorg²¹.

5.2.4 *Betere afbakening met andere (aanpalende) domeinen*

De raad bepleit ook een duidelijker afbakening van de AWBZ ten opzichte van andere voorzieningen of regelingen (dan de Wmo) die betrekking hebben op de begeleiding²² van mensen met beperkingen in andere domeinen. Het gaat hierbij om:

- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op onderwijsdeelname (vooral van belang voor jonggehandicapten);
- jeugdzorg voor opvoed- en opgroei problemen voor jongeren²³;
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van participatie en (re-)integratie op de reguliere arbeidsmarkt (via het UWV of via de gemeenten in het kader van de WWB);
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op deelname aan gesubsidieerde arbeid (Wet sociale werkvoorziening (WSW)).

Inclusief beleid als uitgangspunt

Met de RVZ en het CVZ kiest de raad als uitgangspunt het streven naar *inclusief beleid*. Dat is te omschrijven als beleid dat op uiteenlopende terreinen rekening houdt met de verschillen in mogelijkheden en beperkingen van mensen; het gewenste resultaat is daarbij dat algemeen geldende voorzieningen ook beschikbaar zijn voor mensen met een beperking, zodat zij, vanzelfsprekend en op een gelijkwaardige manier, kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijke leven.

-
- 21 Kaderbrief *Tussenrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning* van 15 februari 2008, Tweede Kamer, 2007-2008, 29 538, nr. 70. Het kabinet stelt voor de Wmo zodanig te wijzigen dat alleen een alfahulp kan worden ingezet nadat de gemeente de burger daarover terdege heeft geïnformeerd en deze vervolgens expliciet instemt met een andere keuze dan zorg in natura. Daarnaast wordt geregeld dat thuiszorgaanbieders bij de aanbesteding in hun offerte moeten aangeven op welke manier zij met de oude aanbieders van huishoudelijke hulp overleg voeren over de mogelijke overname van personeel.
- 22 In deze paragraaf gaat het over (voorzieningen voor) het faciliteren van de deelname van mensen met beperkingen aan de samenleving (zoals onderwijsdeelname, arbeidsdeelname) als vormen van maatschappelijke participatie. Daarnaast hebben mensen met beperkingen uiteraard ook te maken met inkomensregelingen (zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering jonggehandicapten (Wajong), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) of de bijstand (Wet Werk en Bijstand)).
- 23 Illustratief in dit verband zijn de ontwikkelingen bij de pgb-regeling in de AWBZ. Het aandeel jeugdigen in de pgb-regeling groeit van 16 procent in 2003 naar 27 procent in 2006. Het aandeel jeugdigen met een psychiatrische grondslag stijgt van 7 procent in 2003 tot 23 procent in 2006. Dit betreft vooral de indicatie ondersteunende en activerende begeleiding. Het aantal budgethouders met een indicatie vanuit het Bureau Jeugdzorg stijgt harder dan vanuit het CIZ. De indicaties op basis van de somatische en psychogeriatrische grondslag nemen af en de indicaties op basis van de psychiatrische grondslag zijn in de betrokken periode toegenomen.

Dit uitgangspunt impliceert volgens de raad dat wanneer op bepaalde terreinen ondersteuning nodig is om maatschappelijk of sociaal te kunnen participeren (bijvoorbeeld in het onderwijs of op de arbeidsmarkt), die ondersteuning in beginsel vanuit die domeinen dient te worden geboden en te worden gefinancierd²⁴.

Zoals gezegd, is dit op dit moment nog niet in afdoende mate het geval, en dit zal ook niet van de ene op de andere dag te realiseren zijn. In sommige gevallen is daarvoor een betere wettelijke verankering nodig. Voordat wordt overgegaan tot overheveling van de verantwoordelijkheid voor een deel van de functieondersteunende begeleiding naar het gemeentelijk domein, moet grondig worden nagegaan in hoeverre op andere terreinen voldoende mogelijkheden en voorzieningen voor ondersteuning bij sociale participatie aanwezig zijn op. Hierover zou de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) nader advies kunnen uitbrengen.

Het is immers alleen mogelijk de AWBZ-aanspraken te beperken als tegelijkertijd is gewaarborgd dat op het betreffende beleidsterrein ook daadwerkelijk sprake is van inclusief beleid. Anders leidt dit eerder tot beperking van de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen of een verstandelijke handicap.

Door cliëntondersteuning kan worden bevorderd dat organisaties op diverse terreinen (zoals woningcorporaties, scholen, sportverenigingen) zich ook richten op mensen met een handicap.

Jongerenproblematiek

In par. 3.1.2 is geconstateerd dat jongeren met beperkingen in toenemende mate gebruik maken van zorg op grond van de AWBZ en van andere collectief gefinancierde regelingen²⁵. De raad gaat ervan uit dat met zijn voorstellen voor een glasheldere AWBZ-polis en een verbetering van de indicatiestelling op deze ontwikkeling kan worden ingespeeld. Daaraan voegt hij toe dat de indicatiestelling door bureaus Jeugdzorg voor de AWBZ, mede gezien de overheveling van de ggz naar de Zvw, dient te worden heroverwogen. De raad wijst er verder op dat voor deze jongeren, naast een groeiend beroep op uiteenlopende zorg- en andere regelingen, ook nog andere maatschappelijke problemen spelen. Daarom neemt hij zich voor om de achtergronden en sociaal-economische gevolgen van de toename van de groep van jongeren met psychische of gedragsstoornissen nader te gaan verkennen. De raad wil zo meer zicht krijgen op de kenmerken van deze zeer specifieke groep jongeren, de factoren en processen die leiden tot een toename van deze groep jongeren en vooral ook op hun mogelijkheden en voorwaarden voor deelname aan het

-
- 24 Het CVZ stelt dat een betere afbakening van de AWBZ mogelijk is op twee manieren:
1. Afbakening van het AWBZ-domein zelf: Door het omschrijven van die levensterreinen of beleidsterreinen waarop zorgverlening ten laste van de AWBZ komt. Daarmee is tegelijk bepaald dat daarbuiten géén aanspraak op AWBZ-zorg bestaat.
 2. Uitsluiten van bepaalde beleidsterreinen: Het benoemen van die terreinen waarop AWBZ-zorg is uitgesloten, door het limitatief benoemen van beleidsterreinen waarop zorgverlening vanuit de AWBZ niet of in beperkte mate mogelijk is. Op alle terreinen die niet zijn genoemd, is dan wel AWBZ-zorg mogelijk.
- 25 Zoals: jeugdzorg, jeugd-ggz, Wajong, speciaal onderwijs en de Tegemoetkoming Onderhoudskosten Gehandicapte kinderen (TOG).

arbeidsproces dan wel tot maatschappelijke participatie. Desgevraagd is hij bereid daarover een beleidsadvies uit te brengen, waarbij ook de indicatiestelling een onderwerp zal kunnen zijn.

Participatiebudget

Tot slot verdient volgens de raad de mogelijkheid van een integraal participatiebudget nadere verkenning. Zo hebben de ministeries van VWS en SZW gezamenlijk een *pilot* ‘participatiebudget werk en zorg’ gestart, waarbij voorzieningen vanuit het persoonsgebonden budget van AWBZ en WIA in één budget worden gebundeld. Ook zal er een pilot komen waarin voorzieningen vanuit de AWBZ worden gecombineerd met voorzieningen op het terrein van onderwijs. Het doel van deze pilots is te bezien of er verbetering optreedt in keuzemogelijkheden, participatie en kwaliteit van leven, meer zorg op maat en vermindering in administratieve lasten.

De raad bepleit verbreding van het participatiebudget met, naast AWBZ en WIA, regelingen op het terrein van de WMO, Wsw, Zvw, IRO/PRB en vervoersvoorzieningen. Daarbij verdient tevens het hanteren van een integrale indicatie nadere verkenning en afweging.

De raad brengt in herinnering dat hij in zijn advies *Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, heeft aanbevolen om te komen tot een persoonlijk integratiebudget met ‘ontschotte’ middelen van de ministeries van SZW, OCW en VWS. De raad ziet de invoering van een dergelijk persoonsgebonden participatie- of integratiebudget als een potentieel kansrijk instrument om jongeren met functiebeperkingen (en hun ouders) expliciet het stuur in handen te geven. Hij heeft aanbevolen de pro’s en contra’s van een dergelijke ingrijpende beleidsmaatregel zorgvuldig in kaart te brengen en af te wegen en daarbij meerdere modaliteiten te verkennen. Daarbij zou gezorgd moeten worden voor een goede balans tussen basisfinanciering van scholen (voor toerusting op arbeidsvoorbereiding van leerlingen die extra zorg nodig hebben) en individuele financiering via het persoonlijke integratiebudget (voor maatwerkondersteuning)²⁶.

5.2.5 *Het verder scheiden van wonen en zorg*

5.2.5.1 *Inleiding*

De meeste AWBZ-cliënten (circa twee derde van hen) ontvangen AWBZ-zorg aan huis. Voor hen is de facto sprake van een financiële scheiding van wonen en zorg, omdat zij hun eigen woonlasten dragen.

26 SER (2007) *Advies Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, publicatienr. 07/06, Den Haag, pp. 148 en 159.

De discussie over het financieel scheiden van wonen en zorg heeft in wezen betrekking op een klein deel van de AWBZ-cliënten, te weten de groep cliënten die voor de AWBZ-functie verblijf is geïndiceerd. Deze groep komt op grond van de verblijfsindicatie in aanmerking voor intramuraal verblijf, waarbij wonen uit de AWBZ wordt gefinancierd. Het financieel scheiden van wonen en zorg zou inhouden dat ook voor deze groep de woonfunctie uit de verblijfsfunctie, en daarmee uit de AWBZ, wordt gehaald.

In paragraaf 5.2.5.2 plaatst de raad het scheiden van wonen en zorg in het perspectief van extramuralisering in den brede. In paragraaf 5.2.5.3 gaat hij in op de vraag tot welke zorgzwaarte sprake kan zijn van AWBZ-zorg aan huis. Paragraaf 5.2.5.4 benoemt randvoorwaarden voor het financieel scheiden van wonen en zorg.

5.2.5.2 *Merites van de verdergaande extramuralisering van zorg*

Maatschappelijke preferenties

De raad plaatst het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ vooral in het perspectief van het honoreren van gewijzigde maatschappelijke preferenties.

In de AWBZ zijn (waren) aanspraken op zorg, wonen en welzijn in hoge mate geïntegreerd. Voor sommige kwetsbare zorgvragers biedt dit het voordeel van een samenhangend intramuraal aanbod. Andere zorgvragers ervaren het geïntegreerde woonaanbod in de AWBZ als een onnodige beperking van hun keuzemogelijkheden. Dat heeft te maken met zowel de kwaliteit van het woonaanbod in intramurale AWBZ-instellingen als met de toenemende behoefte van ouderen en gehandicapten om zelfstandig te (blijven) wonen.

Redenen voor scheiden wonen en zorg

Er zijn drie redenen voor het financieel scheiden van wonen en zorg. In de eerste plaats kan door de woonfunctie zoveel mogelijk uit de AWBZ-aanspraken te verwijderen, beter worden aangesloten bij de woonwensen van zorgvragers. De zorg, die voor iedere verzekerde van gelijke kwaliteit behoort te zijn, volgt dan het wonen. Verzekerden ontvangen dan de noodzakelijke AWBZ-zorg thuis²⁷.

De extramuralisering van zorg biedt, in de tweede plaats, ook ruimte voor doelmatigheidswinst, omdat gemeenten meer dan nu worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden op het gebied van huisvesting en maatschappelijke dienstverlening. Als een deel van de gewenste ondersteuning in het gemeentelijke domein kan worden opgevangen, kan de AWBZ-zorg zich concentreren op mensen met zwaardere beperkingen.

27 Bij het financieel scheiden van wonen en zorg kunnen zorgvragers blijven kiezen voor intramuraal wonen. Zij betalen dan apart voor hun huur. De huurprijs zal dan afgestemd moeten zijn op de kwaliteit van de woonruimte. Voor intramurale instellingen kan dit overgangsproblemen opleveren, aangezien de huuropbrengsten dan niet voldoende zijn voor de financiering van de kapitaallasten.

Een derde reden voor het scheiden van wonen en zorg is de notie dat de woonfunctie (uitzonderingen daargelaten) eigenlijk niet in een zorgverzekering thuishoort. Wonen is in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor burgers zelf. En als de overheid een verantwoordelijkheid heeft, dan ligt die in eerste instantie bij gemeenten en de sector volkshuisvesting.

Daar komt bij dat het scheiden van wonen en zorg de AWBZ verlost van het gelijke-monniken-gelijke-kappen-dilemma op het gebied van wonen. Als de woonfunctie in de AWBZ blijft, dan zou de woonkwaliteit flink moeten toenemen. De woonkwaliteit moet dan immers in overeenstemming zijn met de kwaliteitsnormen op het gebied van huisvesting buiten de AWBZ. In een volksverzekering zal het lastig zijn om aan sommige zorgvragers (zij het tegen een meerprijs) een hogere woonkwaliteit te bieden dan aan andere zorgvragers. Het toestaan van kwaliteitsverschillen binnen een volksverzekering ligt nu eenmaal gevoelig.

Omgekeerd zal gelden dat als kwaliteitsverschillen niet mogelijk zijn, sommige groepen het AWBZ-aanbod zullen (blijven) mijden. Dit komt de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering niet ten goede.

Om bovengenoemde redenen heeft de SER zich in zijn advies *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* uitgesproken voor een vergaande scheiding in de financiering van de zorg- en woonfunctie in de AWBZ²⁸. Daarbij is ook verwezen naar een eerder door de SER uitgebracht advies over de volkshuisvesting²⁹.

Stimulans voor innovaties

De raad verwacht dat het scheiden van wonen en zorg allerlei innovaties zal uitlokken op het gebied van wonen, welzijn, zorg en participatie in hun onderlinge samenhang. Verschillende partijen (gemeenten, woningbouwcorporaties, projectontwikkelaars, zorgaanbieders, mantelzorgers, cliënten en cliëntorganisaties) spelen daarbij een rol. Mensen met beperkingen ontvangen dan niet alleen zorg en ondersteuning op maat, maar verkeren daarbij tevens in een omgeving waarin zij via maatschappelijke participatie iets terug kunnen doen³⁰. De raad signaleert dat het bevorderen van innovaties en het versterken van onderlinge samenhang ook de ambitie is van het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* van de minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)³¹.

28 SER (2000) *Advies Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 00/12, Den Haag, pp. 100-101.

29 SER (2000) *Advies Toekomstgericht woonbeleid*, Reactie op de Ontwerpnota Wonen, Mensen, wensen, wonen: Wonen in de 21e eeuw, publicatienr. 00/10, Den Haag, p. 28.

30 Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* bevat het voorbeeld van Almere, waar wordt uitgegaan van het principe van wederkerigheid. Bij het invullen van de Wmo-vragenlijst wordt ook gekeken naar wat iemand op andere terreinen terug kan doen voor de wijk.

31 *Beter (t)huis in de buurt: Actieplan samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011* van de minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, december 2007.

Het kader geeft voorbeelden van kleinschalige woonvoorzieningen waar verstandelijk gehandicapten AWBZ-zorg op maat ontvangen.

Thomashuizen

Een Thomashuis is een kleinschalige woonvoorziening voor zes à acht mensen met een verstandelijke beperking. Elk huis is een eigen bedrijf dat wordt geleid door in principe twee zorgondernemers. Dit zijn meestal echtparen/partners die zelf ook bij het Thomashuis wonen. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning aan hun klanten.

Thomashuizen zijn er in alle soorten in maten, verspreid door het land. De klanten kunnen kiezen in welke kamer zij wonen, hoe zij hun eigen kamer inrichten, hoe hun daginvulling eruitziet en welke zorg en ondersteuning zij inkopen. Jaarlijks wordt de kwaliteit binnen de Thomashuizen gecontroleerd door een onafhankelijke organisatie. Daarnaast zorgt de franchiseorganisatie voor een oplossing als door onvoorziene omstandigheden een zorgondernemer tijdelijk wegvalt. Een belangrijk deel van de inkomsten voor de zorgondernemer bestaat uit de betalingen van klanten. Zij betalen de ondernemer voor de afgenomen zorg en ondersteuning en voor de woonkosten. De kosten voor zorg en ondersteuning worden gefinancierd uit het persoonsgebonden budget (pgb). De woonkosten (huur, service- en waskosten en maaltijden) worden betaald uit een uitkering (bijvoorbeeld Wajong) of uit eigen middelen van de klant.

Naast de Thomashuizen zijn er vele andere kleinschalige woonvoorzieningen in de ouderen- en gehandicaptenzorg, zoals de Rietkraag in Lopik.

Locatie Lopik, de Rietkraag

In Lopik is er een woonvoorziening, waar zorg verleend wordt op basis van 'scheiden wonen zorg' voor twaalf cliënten. Zij hebben ieder hun eigen appartement en kunnen gebruik maken van een van de twee huiskamers. Daarnaast is er mogelijkheid tot logeren. De locatie is geschikt voor het huisvesten van een aantal cliënten met een lichamelijke beperking. Er is specialisme op het gebied van diabetes en epilepsie. Ook op het gebied van begeleiding van cliënten met autisme of aanverwante stoornissen heeft het team in Lopik veel te bieden. In de begeleiding richt men zich op de individuele cliënt. Vanuit het individuele ondersteuningsplan wordt de zorg geboden. In Lopik wordt ook thuiszorg geboden aan ouders die hun zoon/dochter in hun thuissituatie willen verzorgen. Daarnaast wordt er ambulante begeleiding geboden aan zelfstandig wonende cliënten.

Innovatieve oplossingen via zorgzwaartepakketten

Bij het financieel scheiden van wonen en zorg in enge zin gaat het om AWBZ-cliënten die voor de functie verblijf zijn geïndiceerd. Deze cliënten worden dan in beginsel zelf verantwoordelijk voor de woonfunctie, terwijl zij voor het overige het volledige AWBZ-

pakket thuis ontvangen. De raad verwacht dat ook deze cliënten kunnen profiteren van innovatieve arrangementen op het snijvlak van wonen en zorg.

De indicatiestelling met aan zorgzwaartepakketten (zzp'en) gekoppelde normbedragen vormt daar ook een ideaal startpunt voor. Cliënten kunnen in principe zelf bepalen hoe zij de zorg aan huis willen organiseren. Zij hebben de keuze uit diverse alternatieven. Voor de ene cliënt zal het aantrekkelijk zijn om de zorg in zijn huidige woonomgeving te organiseren. Voor een andere cliënt zal het meer voor de hand liggen om te verhuizen naar een zelfstandige woning die is toegesneden op de verlening van de benodigde zorg dan de huidige woning. En voor weer een ander zal het beste alternatief kunnen zijn om te verhuizen naar een zorginstelling waar een groep cliënten met een soortgelijk zorgbehoefte bij elkaar woont. Bij de organisatie van de zorg kan dan worden geprofitteerd van schaalvoordelen.

Welke vorm voor een cliënt het meest geschikt is, hangt niet alleen af van zijn of haar zzp en het daaraan gekoppelde normbedrag, maar ook van de inhoud van de zorgbehoefte, de huidige woning en de financiële situatie van de betrokkenen. Het totaal van het normbedrag en de woonbijdrage die de cliënt wenst te betalen, bepaalt immers welke oplossingen mogelijk zijn.

5.2.5.3 *De grens tussen zorg thuis en intramurale zorg*

De raad onderschrijft de ambitie om ook mensen met zwaardere beperkingen in staat te stellen om in hun eigen omgeving te blijven wonen. Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* bevat veel aangrijpingspunten om deze ambitie te verwezenlijken. Voorbeelden hiervan zijn flankerende voorzieningen vanuit de Wmo, het aanpassen van woningen voor mensen met beperkingen, het bieden van 24-uurszorg vanuit zorgsteunpunten in de wijk, het investeren in ICT en domotica en het stimuleren van kleinschalige, geclusterde woonvormen.

Een deel van de mensen met zwaardere beperkingen zal geïndiceerd zijn voor de AWBZ-functie verblijf. Bij het financieel scheiden van wonen en zorg zullen deze cliënten in beginsel hun AWBZ-aanspraken thuis ontvangen. Cliënten kunnen er evenwel ook voor kiezen om intramuraal of in geclusterde woonvormen te (blijven) wonen. In dat geval valt de woonfunctie niet meer onder de AWBZ; intramurale instellingen moeten dan de huur afzonderlijk in rekening brengen.

Verbljfsgeïndiceerden die thuis willen blijven wonen, hebben recht op het volledige AWBZ-pakket aan huis, inclusief de zwaarste vormen van 24-uurszorg. De raad vraagt zich af of dit wel in alle individuele gevallen doelmatig en op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd³². De raad kan zich evenwel voorstellen dat het

32 Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* lijkt hier wel van uit te gaan.

zorgzwaartepakket voor zwaardere vormen van zorg moet kunnen uitgaan van een geclusterde woonomgeving waar schaalvoordelen te behalen zijn en de 24-uurs beschikbaarheid van zorgfuncties gegarandeerd kan worden. In deze geclusterde woonomgeving geldt nog steeds de financiële scheiding van wonen en zorg. Zorgbehoevenden blijven immers zelfstandig wonen in een zelfgekozen woonomgeving. Op deze manier kunnen dus ook cliënten met relatief zware beperkingen de noodzakelijke AWBZ-zorg op een doelmatige manier in een gemeenschappelijk eigen huis ontvangen³³.

Toch zullen er ook in de toekomst groepen zijn voor wie een geclusterde woonomgeving niet toereikend is. De AWBZ moet dan om zorginhoudelijke redenen een zorgpakket hebben waarbij de verblijfsfunctie ook de wooncomponent omvat.

In de praktijk zal dit betrekking hebben op intensieve verpleeghuiszorg, intensieve zorg in een instelling voor verstandelijke en meervoudige gehandicapten of psychiatrische patiënten en op zorg in een therapeutisch woonklimaat. Voor deze groepen biedt de financiële scheiding van wonen en zorg geen feitelijke meerwaarde. Het zou slechts leiden tot extra administratieve lasten. In die gevallen ligt het voor de hand het bij die zvp behorende normbedrag inclusief woonlasten vast te stellen, zodat nodeloze administratieve rompslomp wordt vermeden. Betrokkenen betalen dan voor de wooncomponent een hogere eigen bijdrage.

Waar de grens bij het scheiden van wonen en zorg precies getrokken wordt, valt op voorhand niet te bepalen. Uiteindelijk zal de indicatiesteller in de praktijk bezien wanneer een zorgvrager de overstap naar intramurale zorg zal moeten maken. Wanneer het aan het zorgzwaartepakket gekoppelde normbedrag ontoereikend is om de benodigde zorg thuis te blijven ontvangen, zullen de meeste verzekerden waarschijnlijk kiezen voor intramurale zorg. Er blijft echter de mogelijkheid om tegen bijbetaling de zorg aan huis te behouden.

5.2.5.4 *Randvoorwaarden voor een verdergaande extramuralisering van zorg*

Samenhang in de zorgverlening en regierol gemeenten

De raad vindt het van groot belang dat de samenhang in de zorgverlening niet verloren gaat als wonen en zorg steeds meer onder verschillende regimes gaan vallen. Dit vraagt om een goede afstemming tussen de verschillende aanbieders van woon-, zorg- en welzijnsdiensten. De raad verwacht niet dat deze afstemming spontaan tot stand zal komen. Bij het organiseren van samenhang speelt ook dat cliënten te maken kunnen krijgen met meerdere loketten. Dat geldt bijvoorbeeld voor de AWBZ-zorg, de huursubsidie en aanvullende (voorliggende) Wmo-voorzieningen. Niet alle zorgbehoevenden zullen hier op

33 Voor zover betrokkenen toch in hun eigen huis willen blijven wonen, zullen zij moeten accepteren dat niet alle benodigde zorg in natura via de AWBZ wordt vergoed.

eigen kracht de weg weten te vinden. De raad vindt het dan ook van belang dat cliënten te rade kunnen gaan bij een centraal aanspreekpunt.

In dit verband kent het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* aan gemeenten de regierol toe. De raad vindt dit op zich een logische keus. Gemeenten hebben immers relatief veel mogelijkheden om hun beleidsterreinen (wonen, welzijn, veiligheid en gemeentelijke voorzieningen) te laten aansluiten op de AWBZ.

Gemeenten moeten wel over voldoende instrumenten beschikken om deze regierol te kunnen waarmaken. Zo zijn gemeenten vaak afhankelijk van de medewerking van andere partijen. Dit speelt bijvoorbeeld bij de aanpassing van de woonvoorraad, het realiseren van voldoende nieuwe nultredenwoningen, de toewijzing van aangepaste woningen aan mensen met beperkingen, de beschikbaarheid van betaalbare woningen, het realiseren van voldoende zorgsteunpunten in de wijk en bij de afstemming met de provinciale jeugdzorg.

Verblijfsindicatie

Bijzondere aandacht is nodig voor AWBZ-cliënten met een verblijfsindicatie. Deze cliënten verblijven deels in een intramurale woonomgeving. Met de financiële scheiding van wonen en zorg worden deze cliënten in beginsel verantwoordelijk voor hun eigen woonlasten.

Op zich is de afstemmingsproblematiek met aanpalende domeinen hier relatief beperkt omdat de AWBZ – op het wonen na – alle overige diensten aan huis blijft leveren. Daar staat tegenover dat nog onzeker is wat de inkomensgevolgen zullen zijn van de financiële scheiding van wonen en zorg voor individuele huishoudens. Knelpunten kunnen zich vooral voordoen bij cliënten met een laag inkomen indien bij de huursubsidie geen rekening wordt gehouden met de hogere woonlasten van aangepaste woonvormen en/of intramurale voorzieningen³⁴.

De raad vindt het ongewenst als de financiële situatie van zorgbehoevenden een rol gaat spelen bij de afweging van de indicatiesteller. Het beleid moet zodanig zijn dat ook voor minimuminkomens de optelsom van normbedrag, nettohuur en huursubsidie voldoende is om zich de geïndiceerde zorg te kunnen veroorloven. De raad beveelt het kabinet dan ook aan om voor financiële problemen als gevolg van het financieel scheiden van wonen en zorg al dan niet via de huursubsidie een duurzame oplossing aan te dragen.

Overgangsproblematiek

Een complicatie bij het scheiden van wonen en zorg is de boekwaardeproblematiek van bestaande intramurale voorzieningen. Naar huidige inzichten schiet de woonkwaliteit in veel traditionele intramurale instellingen tekort. Wanneer de huurprijs op de woonkwa-

³⁴ Momenteel wordt bij intramuraal verblijf de woonfunctie uit de AWBZ gefinancierd. Verzekerden betalen in ruil de hoge inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Omdat deze bijdrage inkomensafhankelijk is, worden de laagste inkomensgroepen ontzien.

liteit wordt afgestemd zullen veel instellingen onvoldoende inkomsten ontvangen om de kapitaallasten te kunnen dragen. Dit kan dan leiden tot een aanmerkelijke kapitaalvernietiging³⁵.

De raad erkent dat enige kapitaalvernietiging onvermijdelijk kan zijn. De bestaande intramurale capaciteit mag geen beletsel vormen voor de totstandkoming van in dit advies bepleite innovatieve arrangementen op het gebied van wonen, welzijn, maatschappelijke participatie en zorg. Voor de resulterende boekwaardeverliezen zal dan een adequate oplossing moeten worden gevonden.

Tegelijkertijd signaleert de raad dat er ook op de lange termijn een zekere intramurale capaciteit nodig zal zijn. Zo raamt het SCP dat de gebruiksvraag naar verpleeghuiszorg zal toenemen van bijna 60.000 personen in 2005 tot ruim 90.000 in 2030. Tegen deze achtergrond ligt het voor de hand om de afbouw van intramurale capaciteit af te stemmen op de capaciteit die op de lange termijn, vooral om demografische redenen, behouden moet blijven.

5.2.6 *Eigen betalingen*

Uitgangssituatie

Van de 21,4 miljard euro aan AWBZ-uitgaven in 2008 wordt voor 1,7 miljard euro uit eigen bijdragen opgebracht. Voor vrijwel alle AWBZ-functies geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Alleen voor de functie ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) geldt geen eigen bijdrage (zie paragraaf 2.1).

Inkomensafhankelijke eigen bijdragen worden berekend op basis van het verzamelinkomen zoals dat door de Belastingdienst is vastgesteld. Er is geen vermogenstoets.

De merites van eigen betalingen in de AWBZ

Eigen betalingen in de AWBZ kunnen om verschillende redenen van belang zijn. In de eerste plaats kunnen eigen betalingen een rol spelen bij het beperken van oneigenlijk gebruik. Het gaat dan vooral om vormen van AWBZ-zorg die gemakkelijk substitueerbaar zijn met wonen, welzijn en persoonlijke dienstverlening. Op deze gebieden is de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager relatief groot en de vraag nagenoeg oneindig. Eigen betalingen zijn dan een goede manier om een passende balans te vinden tussen private en collectieve verantwoordelijkheden.

Een tweede argument voor eigen betalingen is dat (professionele) zorg nu eenmaal duur is. Eigen betalingen zijn dan een vorm van medefinanciering. De kosten van zorg komen dan niet volledig ten laste van de collectiviteit van premiebetalers.

35 De vraag is ook hoe de resterende verblijfsfunctie precies wordt gedefinieerd. Naarmate de verblijfsfunctie ruimer wordt opgevat (bijvoorbeeld inclusief gemeenschappelijke ruimtes en faciliteiten) valt de kapitaallastenproblematiek mee.

Een derde argument voor eigen betalingen is het optreden van besparingen wanneer intramurale zorg wordt verleend. Dit argument boet echter aan betekenis in wanneer wordt uitgegaan van het financieel scheiden van wonen en zorg.

Hier staat tegenover dat eigen betalingen de risicosolidariteit tussen verzekerden beperken. Verzekerden die een beroep willen doen op AWBZ-zorg, moeten immers een deel van de kosten zelf betalen. Bij te hoge eigen betalingen kan dat een drempel vormen om gebruik te maken van noodzakelijke AWBZ-zorg.

Inkomensafhankelijke eigen bijdragen zijn een manier om zorgbehoevenden met lage inkomens enigermate te ontzien. Bij te hoge inkomensafhankelijke eigen bijdragen ontstaat evenwel het risico dat de hogere inkomens de AWBZ-zorg gaan mijden. Dit gaat dan ten koste van de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering.

Verder geldt dat er een redelijke verhouding moet bestaan tussen de opbrengst van eigen betalingen en de daarmee gemoeide inningskosten. Dit speelt vooral bij de in natura verstrekking van ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB).

Standpunt van de raad

De raad stelt vast dat er aan eigen betalingen voor- en nadelen vastzitten. Bij de vormgeving van eigen betalingen in de AWBZ moet dus naar een goede balans worden gezocht.

De raad onderkent dat de mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik sterk afnemen naarmate functies op het gebied van wonen, welzijn en persoonlijke dienstverlening steeds meer buiten de AWBZ terechtkomen.

De woonfunctie komt na de financiële scheiding tussen wonen en zorg in beginsel voor eigen rekening³⁶. De functies welzijn en persoonlijke dienstverlening horen – voor zover het geen eigen verantwoordelijkheid betreft – vooral thuis in het gemeentelijke domein. Daarom pleit de raad er ook voor om delen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding naar de Wmo over te hevelen. Voor deze functies zullen naar verwachting inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijven bestaan, maar dat is volgens de Wmo afhankelijk van het gemeentelijke beleid.

Bijgevolg heeft de raad de indruk dat de afslanking van het AWBZ-pakket – zoals voorgesteld in dit advies – de facto al kan leiden tot meer eigen betalingen³⁷.

Tegelijkertijd zal het resterende AWBZ-pakket steeds meer bestaan uit verzekerde aanspraken waarvoor professionele zorg nodig is. De eigen verantwoordelijkheid van de zorgbehoevende en het risico van oneigenlijk gebruik zijn hier betrekkelijk gering.

36 Dit laat onverlet dat betrokkenen in aanmerking kunnen komen voor huursubsidie en hypotheekrenteaftrek.

37 De inkomensafhankelijke eigen betalingen zullen bij ongewijzigd beleid ook al toenemen omdat het gemiddelde inkomen van AWBZ-gebruikers naar verwachting toeneemt. Verwacht wordt dat het gemiddelde inkomen van ouderen in de toekomst hoger zijn dan nu.

De raad vindt het in dat geval ook niet voor de hand liggend om voor de resterende AWBZ-aanspraken de eigen betalingen te verhogen. De raad is overigens van oordeel dat de bestaande inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor extramurale zorg reeds tamelijk hoog zijn.

Al met al ziet de raad geen aanleiding om op korte of middellange termijn de eigen betalingen in de AWBZ verder te verhogen. De voordelen in termen van hogere opbrengsten wegen naar het oordeel van de raad niet op tegen het risico dat zorgbehoevenden om financiële redenen noodzakelijke AWBZ-zorg gaan mijden.

In beginsel is het ook mogelijk om de eigen bijdragen in de AWBZ te verbreden. Het gaat dan in feite om het (her)introduceren van inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding.

De raad verwacht evenwel niet dat dit spoor veel zal opleveren. Naar verwachting zal een groot deel van de opbrengst opgaan aan inningskosten. Bovendien gaat het om een betrekkelijk kleine groep. Het grootste deel van de verzekerden met een indicatie voor OB/AB is immers ofwel overgegaan naar de Wmo, ofwel via de ggz terechtgekomen in de Zvw. Wat overblijft voor de AWBZ is in wezen een restgroep van de ggz die wel professionele medische zorg nodig heeft (en dus niet kan overgaan naar de Wmo), maar waarvan de zorg niet in de eerste plaats geneeskundig van aard is (zoals in de Zvw)³⁸.

5.3 Voorstellen voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ

5.3.1 *Kanteling naar cliëntvolgende uitvoering en bekostiging*

Momenteel voeren regionale zorgkantoren de AWBZ uit. Zij benutten die regionale schaal evenwel niet of nauwelijks om samenhang in de zorgverlening te realiseren. Door de huidige diffuse verantwoordelijkheidsverdeling hebben de zorgkantoren geen prikkels voor een doelmatige uitvoering (zie paragraaf 3.1). Zij worden door de overheid vooral aangesproken op het effectueren van indicaties via productieafspraken met zorgaanbieders binnen een begrensde financiële ruimte.

Door de huidige instellingenbudgettering en de contracteerplicht die nog grotendeels van toepassing is in de AWBZ, staat niet de cliënt maar het aanbod centraal. Deze regulering van de uitvoering maakt dat er weinig prikkels zijn voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering.

In deze paragraaf formuleert de raad voorstellen voor een betere en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Centraal staat het versterken van vraagsturing via de overgang naar cliëntvolgende uitvoering en bekostiging. Bij de bekostiging vraagt dit om een overgang

38 Het gaat vooral om verzekerden met een psychische stoornis die via een pgb niet-geneeskundige activerende en/of ondersteunende begeleiding inkopen en om een (klein) deel van de zorg voor chronische patiënten in regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW-en), maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

van instellingenbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging. Om de gewenste verbeteringen te realiseren, moet er een publieke veranderingsopdracht komen die zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk in 2012 moet zijn uitgevoerd.

De raad gaat ervan uit dat de Zvw-verzekeraars (net als nu) de wettelijke uitvoerder van de AWBZ blijven. Wel stelt hij een aanpassing voor van de bestaande bestuurlijke afspraken over de zorgkantoren (concessiesysteem). De aanpassing houdt in dat de *gezamenlijke* zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid nemen voor de uitvoering van de publieke veranderingsopdracht. Deze veranderingsopdracht wordt nader ingevuld in bijvoorbeeld een convenant³⁹ tussen de minister van VWS, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties over de uitvoering van de AWBZ in de verschillende regio's en neergelegd in een concessie.

In de volgende paragrafen schetst de raad de contouren van genoemde veranderingsopdracht. Deze schets is uitdrukkelijk niet bedoeld als 'een spoorboekje', omdat de raad ervan uitgaat dat de betrokken partijen in gezamenlijk overleg en rekening houdend met de uitvoeringspraktijk hierover wederzijds bindende afspraken zullen maken.

5.3.2 *Veranderingsopdracht tot 2012*

Kern veranderingsagenda

Zoals gezegd, stelt de raad voor dat er verbeteringen en veranderingen in de AWBZ-uitvoering en -zorginkoop in de periode tot uiterlijk 2012 worden doorgevoerd. Centraal staat een kanteling naar een cliëntvolgende uitvoering in de regio én naar persoonsvolgende bekostiging van de AWBZ-zorg. De veranderingsagenda bevat de volgende kernonderdelen (die in het vervolg van deze paragraaf en in andere paragrafen nader worden uitgewerkt):

- Het vaststellen van een glasheldere AWBZ-polis (zie paragraaf 5.2.1).
- Het verder verbeteren van de indicatiestelling en de positie van het indicatieorgaan als poortwachter van een goed functionerende AWBZ. Deze poortwachter dient het recht op AWBZ-zorg onafhankelijk, objectief en eenduidig vast te stellen (zie paragraaf 5.2.1).
- Het overhevelen van de herstelgerichte zorg naar de Zvw en van een deel van de functie ondersteunende begeleiding naar de Wmo, en een verdergaande scheiding van wonen en zorg (zie paragrafen 5.2.2, 5.2.3 en 5.2.4).
- De ontwikkeling van zorgpakketten naar zorgzwaarte en van daarbij behorende normbedragen voor de vaststelling van persoonsvolgende budgetten (pnb's). Daarmee vindt een omslag plaats van instellingsbudgettering naar budgetten gebaseerd op pnb's. Verder wordt ook het landelijke budget voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget in de regionale uitvoering ondergebracht.

39 Het convenant is hier een voorbeeld van een te hanteren instrument.

- De invoering van een individuele, persoonsvolgende AWBZ-verzekerdenadministratie en een effectief werkend declaratieverkeer tussen aanbieder en uitvoerder op het niveau van individuele cliënten.
- Het waarborgen dat de cliënt op basis van zijn pvb bij iedere gekwalificeerde aanbieder terecht kan. Aanbieders die goed presteren kunnen dan meer cliënten bedienen.
- Het voor cliënten beschikbaar stellen van adequate informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van zorgaanbieders.
- De opdracht aan zowel de AWBZ-uitvoerder, de indicatiesteller en de zorgaanbieder om te werken aan preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen om waar mogelijk langdurige zorgafhankelijkheid te voorkomen.
- Het combineren van de glasheldere AWBZ-polis met een goede verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ en de aanpalende domeinen (gemeentelijk beleid waaronder Wmo, participatie, jeugdzorg, onderwijs). Dit is ook nodig om afwenteling te voorkomen.
- Gerichte aandacht voor samenhang tussen de AWBZ en aanpalende domeinen zoals lokale ondersteuning en curatieve zorg. Beter afstemming en ketensamenhang tussen de verschillende domeinen zijn nodig om te verhinderen dat cliënten tussen wal en schip vallen.
- Het verzamelen en uitwisselen van informatie over goede praktijken (van de AWBZ-uitvoerder, indicatiestellers en zorgaanbieders).
- Het benutten van spiegelinformatie om de prestaties van verschillende zorgregio's (indicatiestelling, AWBZ-uitvoerder, aanbieders) te kunnen vergelijken.

Uitvoering van de veranderingsagenda

Deze veranderingsagenda dient door het kabinet na overleg met cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aanbieders te worden vastgesteld. Daarmee liggen de beleidsuitgangspunten vast om binnen de bestaande wettelijke kaders van de AWBZ tot verbetering van de uitvoering en tot een verdergaande kanteling naar cliëntvolgende uitvoering te komen. De raad gaat ervan uit dat de gezamenlijke zorgverzekeraars worden belast met de uitvoering van de publieke veranderingsopdracht, zoals deze in de concessie wordt vastgelegd.

De raad vindt de kanteling naar cliëntvolgende uitvoering inhoudelijk noodzakelijk om aanbieders in staat te stellen meer zorg op maat te bieden (zie de volgende paragraaf over het versterken van vraagsturing). Een cliëntvolgende uitvoering is tevens een voorwaarde om op termijn onderdelen van de AWBZ door Zvw-verzekeraars voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren (zie de paragraaf *Van regionale uitvoering naar uitvoering voor eigen verzekerden*).

De raad wil met de veranderingsopdracht de AWBZ optimaal laten functioneren binnen de bestaande wettelijke kaders. Daarbij moet wel sprake zijn van een verdergaande kanteling naar cliëntvolgende uitvoering.

Verder dient het perspectief maximaal gericht te zijn op preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang om, waar mogelijk, langdurige zorgafhankelijkheid te voorkomen. Daartoe zullen de AWBZ-uitvoerders voor verschillende cliëntgroepen moeten aansturen op afstemming met de verschillende aanpalende domeinen (Zvw, gemeentelijk beleid waaronder de Wmo, jeugdzorg, onderwijs en participatie). Afstemming zal ook moeten plaatsvinden op het niveau van de zorgaanbieders en de indicatiestelling.

5.3.3 *Het versterken van vraagsturing*

Vraagsturing via cliëntvolgende financiering

Bij een vraaggestuurde AWBZ-uitvoering volgt het geld de cliënt. De cliënt kiest de zorgaanbieder en de zorgaanbieder wordt bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Er is dus sprake van cliëntvolgende financiering.

Vraagsturing via cliëntvolgende financiering vereist wel dat indicaties worden uitgedrukt in zorgpakketten naar zorgzwaarte waaraan normbedragen zijn gekoppeld. Bij een zwaarder zorgpakket heeft de cliënt dan ook meer ruimte voor passende zorgverlening. Binnen het beschikbare budget kunnen cliënten en zorgaanbieders afspraken maken over zorg op maat. Om maatwerk te realiseren is het noodzakelijk dat de cliënt een gelijkwaardige gesprekspartner is van de zorgaanbieders. Sommige doelgroepen hebben hierbij ondersteuning (informaties, advies, begeleiding) nodig.

Vraagsturing in bovengenoemde zin zal volgens de raad bijdragen aan meer diversiteit in het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van zorg. Cliënten kunnen via hun zorgvraag immers rechtstreeks invloed uitoefenen op de manier waarop de zorg wordt verleend. Dit zal belangrijke prikkels opleveren voor innovatief ondernemerschap. Goed presterende zorgaanbieders kunnen dankzij de persoonsvolgende bekostiging ook meer cliënten bedienen; ze worden niet langer beperkt door de huidige budgettering. Voor aanbieders die niet naar tevredenheid presteren, dreigt het risico van onderbenutting van capaciteit of van leegstand.

Persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten

De raad is van oordeel dat de cliënt moet kunnen kiezen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget. Daarbij ziet hij zorg in natura als standaardoptie overeenkomstig de zorgplicht van de AWBZ-uitvoerder. Bij een keuze voor zorg in natura kan de cliënt via een persoonsvolgend budget (pvb) een keuze maken uit alle gekwalificeerde zorgaanbieders. Indien de cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) kan hij zelf zorg inkopen en langs die weg een zorgarrangement samenstellen dat in het reguliere circuit moeilijk tot stand te brengen is.

Het naast elkaar bestaan van het pgb en zorg in natura heeft verschillende voordelen. Ten eerste blijkt het pgb in de praktijk vaak zorgvernieuwing te stimuleren. Voorbeelden hiervan (Thomashuizen, Florencehuizen, woonzorgboerderijen) liggen vaak op het grens-

vlak van wonen en zorg (zie paragraaf 5.2.5). Dit heeft positieve gevolgen voor de kwaliteit en de variëteit van het zorgaanbod en daarmee voor het functioneren van de zorginkoopmarkt.

Een tweede voordeel van het pgb is dat de cliënt niet uitsluitend aangewezen is op het gecertificeerde zorgaanbod. Via het pgb kan de cliënt ook een beroep doen op andere aanbieders, waardoor professionele zorgverleners worden ontlast. Dit kan bijdragen aan het verhinderen van arbeidsmarkt knelpunten in de zorgsector. Daarnaast kan het pgb leiden tot gezonde concurrentie tussen zorgaanbieders, hetgeen de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede komt.

Tegelijkertijd biedt zorg in natura als standaardoptie zekerheid aan cliënten die niet of minder in staat zijn de regie in eigen hand te houden of die geen mogelijkheid zien om (opnieuw) zelf zorg in te kopen.

Versterken positie pgb

De raad is van mening dat er zo snel mogelijk pgb's moeten komen voor de functies behandeling en langdurige zorg, onder de voorwaarde dat de informatie aan en de verantwoording door de budgethouder goed geregeld zijn. Een pgb voor de functie langdurig verblijf zal ook een verdere stimulans geven aan zorgvernieuwing op het grensvlak tussen wonen en zorg. Daarnaast moet de wettelijke basis van het pgb als gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura worden versterkt. Bestaande drempels voor cliënten om te kiezen voor een pgb zouden zoveel mogelijk moeten worden weggenomen.

De raad is verder van mening dat de hoogte van een pgb afgestemd moet zijn op het geïndiceerde zorgpakket en dat er een zekere relatie moet zijn met de kosten van professionele zorg. Toch zal wel sprake zijn van een zekere korting (afslag) ten opzichte van de kosten van zorg in natura. Op deze manier wordt rekening gehouden met het feit dat cliënten kosten besparen door gebruik te maken van informele zorg en/of zelfstandigen zonder personeel⁴⁰. De vaststelling van nieuwe zorgzwaartepakketten impliceert dat ook de tarieven voor de bijbehorende pgb's opnieuw worden vastgesteld.

Het belang van toegankelijke informatie

Cliënten en hun zaakwaarnemers – of zij nu zorg in natura ontvangen of een pgb – hebben behoefte aan meer informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van het zorgaanbod om tot een goede keuze te komen. De beschikbaarheid van gegevens over de kwaliteit van de zorg is ook van belang voor een doelmatige zorginkoop door de AWBZ-uitvoerder.

Voldoende zorgaanbieders

Een belangrijke randvoorwaarde voor vraagsturing is dat de cliënt kan kiezen uit voldoende aanbieders. Voorts is nodig dat deze zorgaanbieders concurreren om de gunst van de cliënt. Op deze manier zal vraagsturing een bijdrage kunnen leveren aan de tot-

40 Door het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) kunnen cliënten besparen op overheadkosten.

standkoming van een kwalitatief hoogwaardig en kosteneffectief aanbod van zorg en dienstverlening. Ook is het van belang om knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorgsector te voorkomen.

Contracteerbeleid en cliëntvolgende financiering

Cliëntvolgende financiering houdt in dat het geld de cliënt volgt. Dit betekent dat de cliënt zijn aanbieder kan kiezen en dat de AWBZ-uitvoerder de declaratie achteraf vergoedt op basis van het bij het vastgestelde zorgzwaartepakket behorende normbedrag (het persoonsvolgend budget). Als de declaratie hoger uitvalt dan het normbedrag, dan moet de cliënt het verschil zelf bijbetalen.

De raad gaat ervan uit dat de vrije aanbiederkeuze van de cliënt de AWBZ-uitvoerder juist zal prikkelen tot een actief contracteerbeleid. De AWBZ-uitvoerder zal niet alleen letten op de algemene kwaliteit van de zorgaanbieder, maar heeft er ook belang bij om samenhangende zorgprogramma's te bevorderen. Daarnaast zal hij stimuleren dat de aanbieders aan cliënten – binnen de normbedragen die bij de pakketten horen – de best mogelijke zorg zullen bieden (sturen op goede praktijken). Als de AWBZ-uitvoerder hier in gebreke blijft, kan de cliënt op basis van zijn pvb ook uitwijken naar niet-gecontracteerde gekwalificeerde aanbieders.

5.3.4 *Van regionale uitvoering naar uitvoering voor eigen verzekerden*

De raad gaat ervan uit dat de Zvw-verzekeraars (net als nu) de wettelijke uitvoerder van de AWBZ blijven voor alle verzekerden in de regio. Hij is van oordeel dat de (gezamenlijke) Zvw-verzekeraars de beste positie hebben om de AWBZ uit te voeren, zowel om pragmatische als om principiële redenen.

Een *pragmatische overweging* voor uitvoering van de AWBZ door de gezamenlijke Zvw-verzekeraars is dat zo snel mogelijk met de veranderingsopdracht moet worden begonnen. Tegen die achtergrond heeft het de voorkeur om uit te gaan van een uitvoeringsmodaliteit waarvoor geen wetswijziging nodig is.

Op zich zou het ook voordelen kunnen hebben om de uitvoering van de AWBZ in handen te leggen van een publieke ZBO. De uitvoering is dan volledig in publieke handen. Dit levert wellicht ook voordelen op als het gaat om de samenwerking met gemeenten over de uitvoering van de Wmo en het gemeentelijke huisvestingsbeleid. Voor het opzetten van regionale ZBO's is echter een wetswijziging nodig. In de tussentijd zal de AWBZ in elk geval voor enkele jaren stuurloos zijn.

De raad gaat daarom uit van de huidige wetgeving op basis waarvan de gezamenlijke Zvw-verzekeraars belast zijn met de regionale uitvoering van de AWBZ. Dit heeft vorm gekregen in een concessie aan één verzekeraar die de AWBZ uitvoert voor andere verzekeraars. Ter verbetering van deze constructie en met het oog op meer samenwerking in de uitvoering om tot een betere en cliëntvolgende uitvoering te komen, stelt de raad voor

dat de gezamenlijke zorgverzekeraars een hernieuwd mandaat krijgen om voor alle verzekerden in de regio de AWBZ uit te voeren, gekoppeld aan een publieke veranderingsopdracht. Voordeel hiervan is dat daarvoor geen wetswijziging nodig is en dat de zorgverzekeraars meteen uit de startblokken kunnen komen.

Volgens de raad is er ook een *principiële reden* om te kiezen voor zorgverzekeraars als uitvoerders van de AWBZ. Naar verwachting is er voor omvangrijke cliëntgroepen doelmatigheidswinst te behalen als de uitvoering van hun AWBZ- en Zvw-aanspraken in één hand wordt gelegd. Integrale uitvoering bevordert de totstandkoming van zorgketens en daarmee de zorginhoudelijke samenhang tussen de AWBZ en de Zvw. Bovendien kan de cliënt voor deze ketenzorg dan terecht bij één loket, waarmee wordt voorkomen dat hij 'van het kastje naar de muur wordt gestuurd'. In dit kader zijn experimenten wenselijk die zijn gericht op bekostigingssystemen en geïntegreerde cure-care-ketens faciliteren waarmee aanbieders worden gestimuleerd zich in 'ketens rondom de patiënt' te organiseren.

De raad verwacht dat de voordelen van integrale uitvoering zich vooral zullen voordoen bij (delen van) de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken. Op deze terreinen kunnen tijdige interventies op curatief gebied belangrijke bijdragen leveren aan het voorkomen van langdurige zorgafhankelijkheid. Als zorgverzekeraars onderdelen van de AWBZ voor hun eigen cliënten gaan uitvoeren, kunnen deze voordelen worden verzilverd. De door de raad voorgestelde publieke veranderingsopdracht is hier ook op gericht.

Budgettering van de AWBZ-uitvoerder, gedurende en na de veranderingsopdracht

Volgens de raad moet de huidige budgettering van zorgkantoren en aanbieders in de regio zo snel mogelijk veranderen om te komen tot de voorgestelde kanteling naar cliëntvolgende bekostiging. Idealiter moet op korte termijn de stap worden gezet naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van de indicaties en persoonsvolgende bekostiging (normbedragen) van hun verzekerden. De hiervoor benodigde informatie is evenwel nog niet beschikbaar.

Om pragmatische redenen adviseert de raad om in de tussentijd de figuur van een begremsd AWBZ-budget in stand te houden. Het accent moet maximaal gericht blijven op het zo snel mogelijk uitvoeren van de publieke veranderingsopdracht. Een tijdelijke overgang naar regiobudgetten voor de regionale uitvoerders, gebaseerd op de kenmerken van de cliënten in de regio, zal extra complicaties met zich brengen en dus de tijdige uitvoering van de veranderingsoperatie in de waagschaal stellen.

De raad ziet wel redenen om snel in de komende jaren de huidige regionale contracteer ruimte op twee onderdelen aan te passen. De huidige contracteer ruimte wordt nu grotendeels bepaald op basis van historische budgetten. De raad acht het gewenst dat ontwikkelingen in de zorgvraag (indicatietrends) een grotere rol gaan spelen bij de bepaling van de regionale contracteer ruimte. Daarnaast acht hij het gewenst dat het (landelijke) budget voor pgb's in de komende jaren een integraal onderdeel wordt van de regionale contrac-

teerruimte van de gezamenlijke Zvw-verzekeraars. Indien zorgverzekeraars delen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren (zie verder), dan wordt de financiering van het pgb-budget hiervoor gecorrigeerd.

De raad signaleert dat nu al een ontwikkeling gaande is waarbij zorgzwaartepakketten een rol spelen bij de vaststelling van instellingsbudgetten. Hij vindt dit een goede zaak. Gedurende de looptijd van de veranderingsopdracht moet alles op alles worden gezet om deze zorgzwaartepakketten nog beter vast te stellen en realistisch te beprijzen (normbedragen). Op basis van deze informatie kan de regionale contracteerruimte verder worden verfijnd. Zodra goede normbedragen beschikbaar zijn, moet de overstap worden gemaakt naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van indicaties en de daaraan gekoppelde normbedragen. De regionale contracteerruimte komt dan te vervallen.

Gescheiden uitvoering binnen de AWBZ

Zodra voldoende nauwkeurige normbedragen beschikbaar zijn en ook aan andere randvoorwaarden is voldaan⁴¹, is volgens de raad het moment gekomen om Zvw-verzekeraars onderdelen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren. De AWBZ-uitvoering moet dan onderscheid gaan maken tussen groepen van cliënten die meer of minder aangewezen zijn op curatieve zorg. Het CVZ zou hiervoor objectieve en in de praktijk hanterbare criteria kunnen uitwerken.

Voor die groepen van cliënten die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben zonder dat sprake is van noemenswaardige samenhang met curatieve zorg, terwijl de samenhang met andere domeinen juist dominant is (Wajong, Wsw, speciaal onderwijs et cetera), verdient een regionale uitvoering de voorkeur. Met de inzichten van nu valt vooral te denken aan vroeggehandicapten en cliënten in een vergelijkbare positie dan wel met vergelijkbare aandoeningen.

De andere groepen bestaan uit cliënten die naast de AWBZ-zorg ook relatief veel gebruik maken van curatieve zorg. Voor deze cliënten heeft het meerwaarde als de AWBZ door hun eigen zorgverzekeraar wordt uitgevoerd. Ook hier zullen nader te formuleren criteria uitsluitend moeten geven. Met de inzichten van nu valt vooral te denken aan chronisch zieken, cliënten die gebruik maken van ouderenzorg en cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. De aan de onafhankelijke indicaties gekoppelde normbedragen van deze cliënten komen dan rechtstreeks bij de betrokken Zvw-verzekeraar terecht ten behoeve van de hiermee gemoeide AWBZ-aanspraken.

Ook bij een gescheiden uitvoering voor verschillende cliëntgroepen blijft de AWBZ een afzonderlijke wettelijke regeling met een eigen kas. Gescheiden uitvoering houdt vooral in dat cliënten die AWBZ-uitvoerder krijgen die de meeste zorginhoudelijke samenhang

41 Concreet zal het gaan om het voltooiën van de in paragraaf 5.1 genoemde veranderingsagenda. De AWBZ-uitvoerders moeten dan hun aandeel – de publieke veranderingsopdracht – op een goede manier hebben uitgevoerd.

kan realiseren met het meest relevante aanpalende domein. Voor vroeggehandicapten en daarmee vergelijkbare cliëntgroepen is de samenhang op regionaal niveau het belangrijkste. Voor hen blijven de zorgverzekeraars gezamenlijk de AWBZ uitvoeren op regionaal niveau. Voor veel ouderen en chronisch zieken staat de goede afstemming met de Zvw voorop. Voor hen wordt de AWBZ uitgevoerd door hun eigen Zvw-verzekeraar.

Positie van het pgb bij gescheiden uitvoering AWBZ

Volgens de raad heeft een gescheiden uitvoering van de AWBZ geen grote gevolgen voor de systematiek van het pgb. Dat betekent dat het pgb wat lager blijft dan het budget voor zorg in natura. Tevens kunnen cliënten voor de aanwending van hun pgb naar eigen keuze zorgmakelaars inschakelen of rechtstreeks zorg inkopen, zoals nu ook al het geval is. In de uitvoering van de AWBZ dienen het pgb en zorg in natura gelijkwaardig te blijven. Verder dienen alle cliënten toegang te houden tot het pgb, ongeacht of hun AWBZ-uitvoerder op regionale dan wel individuele schaal opereert. Voor de AWBZ-uitvoerders blijft gelden dat de persoonsvolgende budgetten en de pgb's uit dezelfde financiële ruimte worden bekostigd.

Uitzonderingen op de regionale schaal

Tot slot merkt de raad op dat de regionale schaal niet voor alle voorzieningen doelmatig zal kunnen zijn. Dit geldt zowel gedurende de uitvoering van de veranderingsopdracht als daarna. Voor zeer gespecialiseerde zorg is de regionale schaal vaak te klein en blijven landelijke sturing en planning van belang. Het gaat dan onder meer om de behandelen binnen de AWBZ voor mensen met sterke gedragsstoornissen en ernstige of lichte verstandelijke beperkingen (zogenoemde SGLVG-behandelcentra) en zintuiglijk gehandicapten (visueel en auditief). Hiervoor zou één regiokantoor kunnen worden aangewezen, analoog aan de werkwijze van het CIZ voor de zintuiglijk-gehandicaptenzorg.

5.4 Arbeidsmarkt: het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector

5.4.1 Algemeen

Voor het tegemoetkomen aan de behoefte aan langdurige zorg in de toekomst is het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector van cruciaal belang. Deze problematiek staat tot op zekere hoogte op zichzelf. Het vraagstuk van de personeelstekorten doet zich namelijk ook voor indien een institutionele aanpassing van de AWBZ niet aan de orde zou zijn. Toch heeft de inrichting van het zorgstelsel invloed op het beroep op professionele zorg. Het stelsel kan ook stimulansen bevatten voor innovatie en verhoging van de productiviteit in de zorg, waardoor de behoefte aan zorgpersoneel zou kunnen verminderen.

Omgekeerd is de krapte op de arbeidsmarkt een factor om rekening mee te houden bij de inrichting van het zorgstelsel. Daarbij moet ervoor worden gezorgd dat schaars personeel naar behoefte en niet naar koopkracht wordt verdeeld.

Voor de aanpak van de toekomstige personeelstekorten verwijst de raad naar het advies dat hij in 2006 over deze problematiek heeft uitgebracht. Daarin bepleit hij naast een brede benadering voor de collectieve sector als geheel (zie paragraaf 5.4.1) een specifiek op de sector zorg en welzijn gerichte benadering (zie paragraaf 5.4.2). Deze benaderingen zijn nog steeds actueel.

5.4.2 Een brede benadering voor de collectieve sector

In het advies van 2006 formuleert de raad oplossingsrichtingen voor het tegengaan van arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector. Daarbij maakt hij onderscheid tussen het algemeen sociaal-economische beleid, het beleid voor de collectieve sector als geheel en het beleid voor specifieke knelpuntsectoren, waaronder zorg en welzijn⁴². Onderstaande kadertekst gaat in op het algemeen sociaal-economische beleid en het beleid voor de collectieve sector als geheel.

Algemeen sociaal-economisch beleid

In het kader van het *algemeen sociaal-economische beleid* bepleit de raad maatregelen die zijn gericht op het vergroten van de arbeidsdeelname en het verhogen van het kwalificatieniveau van de beroepsbevolking. Zo moeten belemmeringen worden weggenomen om de toetreding tot de arbeidsmarkt te bevorderen en om een uitbreiding mogelijk te maken van het gemiddelde aantal jaarlijks gewerkte uren. Van belang zijn ook preventie van ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voorzieningen voor het combineren van arbeid en zorg. Verder wordt gewezen op het belang van leeftijdsbewust personeelsbeleid (van belang voor oudere werknemers) en op het vergroten van de arbeidsmarktkansen voor personen die behoren tot etnische minderheden (waaronder jongeren van allochtone afkomst).

Beleid voor collectieve sector als geheel

Ten aanzien van het *beleid voor de collectieve sector als geheel* meent de raad dat de aanbevelingen van de zogeheten commissie-Van Rijn (2001) ook nu nog actueel zijn. Deze aanbevelingen betreffen het maken van afspraken via cao-trajecten die zijn gericht op het verbeteren van de wervingskracht, het optimaliseren van de inschakelijking van personen en het behouden van personeel voor de collectieve sector. Van belang hierbij is dat cao-partijen kunnen beschikken over een zodanige financiële ruimte dat zij in staat zijn een voldoende concurrerend arbeidsvoorwaardenpakket samen te stellen en zodoende ook problemen bij de vervulling van de personeelsbehoefte kunnen voorkomen.

42 SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag, 19 mei 2006, pp. 8-9.

Verder bepleit de raad dat er voldoende ruimte moet zijn voor de professionele beroepsbeoefenaren en dat er meer waardering dient te komen voor de professionele kwaliteiten van de werkers in de sector, ook door verbetering van hun loopbaanperspectieven.

De raad ziet scholing als een cruciaal instrument. Verder pleit hij voor verhoging van de arbeidsproductiviteit. Ten slotte vraagt hij ook aandacht voor goed management en de verbetering van de dienstverlening, omdat uit onderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn in de effectiviteit van zorginstellingen.

a SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, op.cit., p. 35.

5.4.3 *Voorstellen voor de zorgsector*

Voorstellen SER-advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector (2006)

Wat de sector *zorg en welzijn* betreft acht de raad het noodzakelijk meer te investeren in scholing en op peil houden van menselijk kapitaal. Ook wijst hij op de mogelijkheid van instroom van relatief laag opgeleid personeel (vooral in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingshuizen) dat via scholing in staat wordt gesteld op korte termijn door te stromen. Verder ziet de raad reële mogelijkheden voor een verhoging van de arbeidsproductiviteit, onder voorwaarde van een gelijk blijvende kwaliteit van de zorgverlening en zonder hogere werkdruk van het personeel. Hij denkt daarbij vooral aan het verder doorvoeren van taakherschikking en het inzetten van werknemers in nieuwe functies of beroepen en aan het anders organiseren van de zorg. Hiermee kan worden bevorderd dat zorgverleners vooral in het primaire proces van zorgverlening actief zijn.

Ten slotte merkt hij op dat er voldoende financiële ruimte beschikbaar moet zijn voor cao-partijen om hen in staat te stellen een concurrerend pakket van arbeidsvoorwaarden samen te stellen.

Beleidsvoorstellen VWS-Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg

De raad constateert met instemming dat deze benaderingen ook terugkomen in het actieplan *Werken aan de zorg* dat een groot aantal beleidsvoorstellen voor de korte en middellange termijn bevat. In het actieplan *Werken aan de zorg* verwijzen de bewindslieden van VWS allereerst naar de algemene arbeidsmarktmaatregelen van het kabinet en naar de tripartiete beleidsinzet zoals die bij de participatietop aan de orde is geweest⁴³. Bovenop deze generieke maatregelen is, op basis van onderzoek en raadpleging van het veld, een pakket maatregelen samengesteld dat is gericht op de personeelstekorten in de zorg op korte en middellange termijn. Het actieplan gaat uit van drie sporen:

- innovatie in zorgprocessen;
- investeren in behoud van personeel;
- vergroten van instroom van nieuw personeel (zie kader).

43 Tweede Kamer, 2006-2007, 29 544, nr. 94.

Innovatie in zorgprocessen

Hierbij gaat het om het bevorderen van de arbeidsproductiviteit en het verkleinen van achterstand in de productiviteitsontwikkeling ten opzichte van de marktsector (verminderen van het zogeheten Baumol-effect).

Concrete acties zijn:

- het oprichten van een innovatieplatform voor de zorg;
- het introduceren van een programma voor versnelling van innovaties gericht op betere zorg door minder personeel;
- het stimuleren van continu innoveren (sociale innovatie) door instellingen;
- het stimuleren van investeringen in arbeidsbesparende technologie, vooral ICT-toepassingen en domotica.

Investeren in behoud van personeel

Hierbij gaat het erom het huidige personeel in de zorgsector zo gezond en zo lang mogelijk voor de zorg te behouden met als insteek dat de mensen die in de zorg werken de ruimte en de waardering moeten krijgen die zij verdienen.

Concrete acties in dit verband zijn:

- het investeren in doorstroom en zij-instroom van personeel;
- het stimuleren van de uitbreiding van deeltijdcontracten (in samenwerking met de Taskforce Deeltijd Plus van SZW);
- het stimuleren van levensfasebewust personeelsbeleid;
- het inzetten op medewerkersveiligheid;
- het stimuleren van professionalisering.

Vergroten van instroom van nieuw personeel

Hierbij gaat het erom te zorgen dat er in de toekomst voldoende en goed opgeleid personeel voor de zorg beschikbaar blijft. Daarvoor is van belang dat er op korte en lange termijn voldoende mensen instromen in de zorgopleidingen. Dat vraagt onder meer: investeren in goede en voldoende stageplaatsen, meer mensen werven voor de zorg en investeren in groepen mensen die ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector. Concrete acties in dit verband zijn:

- investeren in stageplaatsen via een stagefonds;
- investeren in een opleidingsfonds;
- stimuleren van samenwerking tussen zorginstellingen, het onderwijs en lokale overheden;
- stimuleren van werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtone vrouwen;
- het voorlichten van jongeren over werken in de zorg.

De focus van het actieplan is vooral gericht op maatregelen die op de korte en middellange termijn resultaten bieden. Voor oplossingen op lange termijn wordt voorgesteld een adviescommissie in te stellen die zich zal richten op de vraag hoe de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht kan worden tegemoetgekomen. Daarbij zullen nieuwe zorgconcepten, behoud van personeel en werving van nieuw personeel op lange termijn centraal staan.

Over de uitwerking daarvan en de benodigde financiële middelen wordt gesproken met sociale partners in de sector.

In dit verband vraagt de raad aandacht voor de rol van het EVC-instrumentarium in de zorgsector, zowel voor mensen die nu mantelzorg verrichten als voor mensen die op dit moment nog geen betaald werk verrichten.

5.4.4 *Informele zorg en mantelzorg*

De raad meent dat de mogelijkheden beperkt zijn om de vraag naar professionele zorg te verminderen door een groter beroep te doen op mantelzorg en informele zorg. Hij realiseert zich dat er hierbij sprake is van een spanningsveld. Enerzijds leiden mantelzorg en informele zorg immers tot een beperking van het beroep op professionele zorg en daarmee tot een vermindering van het personeelstekort in de zorgsector. Anderzijds verrichten vooral vrouwen mantelzorg en informele zorg en nemen zij, mede als gevolg van hun zorgtaken, minder deel aan betaalde arbeid. Daardoor zijn ze in mindere mate inzetbaar om de tekorten aan professionals in de zorgsector te beperken.

De raad constateert dat verschillende beleidsacties zullen worden gericht op het bevorderen en vooral ook ondersteunen van mantelzorg en vrijwilligerswerk⁴⁴. Naar zijn oordeel kunnen die beleidsacties tot op zekere hoogte een bijdrage leveren aan het beperken van de zorgvraag in de toekomst. Daarbij rijst de vraag in hoeverre en op welke wijze wettelijke of niet-wettelijke regelingen voor al dan niet betaald verlop dit beleid kunnen ondersteunen. Een oplossing hiervoor is dat het pgb wordt ingezet voor een vergoeding aan zorgverleners (partners, familieleden, enzovoorts) voor het verlenen van, volgens de indicatiestelling, niet-gebruikelijke zorg aan cliënten, zodat het beroep op professionele zorg kan worden beperkt.

5.5 **Gevolgen voor financiering en lastenverdeling**

De voorstellen van de raad in dit hoofdstuk gaan gepaard met enkele (beperkte) overhevelingen van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw. Deze overhevelingen zijn inhoudelijk gemotiveerd, maar kunnen onbedoelde verschuivingen opleveren in de lastenverdeling tussen gezinnen, bedrijven en de overheid.

Het CPB heeft op verzoek van de raad indicatief berekend hoe een financieringsverschuiving op macroniveau uitwerkt en mogelijkheden aangegeven om het een en ander lastenneutraal te laten verlopen⁴⁵. Als rekenvoorbeeld is daarbij uitgegaan van bedragen van 1 miljard euro. Dit zijn louter illustratieve bedragen die in dienst staan van een technische

44 Zie: Ministerie VWS, *Voor elkaar, beleidsbrief VWS over mantelzorg en vrijwilligerswerk 2008-2011*, Tweede Kamer, 2007-2008, 30 169, nr. 11.

45 Zie CPB (2008) *Notitie Effect AWBZ-schuif op macro lastenverdeling*, bijlage 6A bij dit advies.

exercitie. Vooralsnog bestaat er geen goed zicht op de precieze afbakening van de aanspraken die naar de Wmo of de Zvw overgaan, laat staan in de precieze bedragen die daarmee gemoeid zijn.

Overheveling van AWBZ naar Wmo

Volgens het CPB is het mogelijk dat een overheveling van aanspraken van de AWBZ naar de Wmo lastenneutraal plaatsvindt. De verlaging van de AWBZ-premie is te neutraliseren door een even grote stijging van het belastingtarief in de eerste en tweede schijf. De raad is het hiermee eens. Uit dit hogere belastingtarief kunnen de naar de Wmo overgehevelde aanspraken worden gefinancierd. De gecombineerde tarieven voor de eerste en tweede schijf blijven dan ongewijzigd. De overheveling zal dan ook aan de financieringskant geen gevolgen hebben voor de loonkosten, de koopkracht of het overheidsbudget.

Overheveling van AWBZ naar Zvw

Een overheveling van aanspraken van de AWBZ naar de Zvw zal in eerste instantie niet lastenneutraal kunnen plaatsvinden. Er zal dus aanvullend beleid nodig zijn om de oorspronkelijke lastenverdeling tussen gezinnen, bedrijven en overheid te herstellen. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de plussen en minnen voor de verschillende partijen als gevolg van een hypothetische overheveling van 1 miljard euro van de AWBZ naar de Zvw.

tabel 5.1 Lastenverschuivingen als gevolg van het overhevelen van 1 miljard euro (hypothetisch bedrag) van de AWBZ naar de Zvw

	Huishoudens	Bedrijven	Overheid
Nadelen van overheveling	<ul style="list-style-type: none"> - Hogere nominale premie - Loonheffing over hogere werkgeversbijdrage - Hogere inkomensafhankelijke bijdragen voor zelfstandigen en 65-plussers 	<ul style="list-style-type: none"> Loonkostenstijging werkgever i.v.m. compensatie hogere inkomensafhankelijke bijdrage van werknemers 	<ul style="list-style-type: none"> - Loonkostenstijging werkgever i.v.m. compensatie hogere inkomensafhankelijke bijdrage werknemers - Hogere rijksbijdrage kinderen - Hogere zorgtoeslag - Verhoging bruto AOW en bijstand (via netto-nettokoppeling)
Voordelen van overheveling	<ul style="list-style-type: none"> - Lagere AWBZ-premie - Verhoging zorgtoeslag - Verhoging AOW en bijstand 		Hogere loonheffing over werkgeversbijdrage
Saldo	+ 0,6	- 0,3	- 0,3
Compensatie	<ul style="list-style-type: none"> - 0,6 Verhoging tarief eerste en tweede schijf met 0,25 procentpunt 	<ul style="list-style-type: none"> + 0,3 Lastenverlichting voor werkgevers 	<ul style="list-style-type: none"> + 0,3 Compensatie voor verslechtering EMU-saldo

Bron: CPB.

De tabel laat zien dat de huishoudens in eerste instantie profiteren van een overheveling van de AWBZ, omdat de AWBZ-premie uitsluitend door huishoudens wordt betaald. In de Zvw zijn er substantiële bijdragen van werkgevers en het Rijk.

Een aandachtspunt is dat een overheveling tussen AWBZ en Zvw gevolgen zal hebben voor de lastenverdeling tussen huishoudens onderling. Zo zal er enige herverdeling binnen gezinnen plaatsvinden doordat een deel van de procentuele AWBZ-premie wordt omgezet in een nominale premie. Het effect daarvan is moeilijk voorspelbaar vanwege het effect van de inkomensheffingen en de rijksbijdragen op de AWBZ-premie die belastingplichtigen feitelijk betalen. Daarbij zal een mogelijke lastenstijging voor lagere inkomensgroepen kunnen worden gecompenseerd door een verhoging van de zorgtoeslag.

Bedrijven en overheid krijgen in eerste instantie te maken met een lastenverzwaring. Het CPB heeft berekend dat huishoudens deze lastenverzwaringen kunnen compenseren via een verhoging van het tarief eerste en tweede schijf met 0,25 procentpunt. De helft van de opbrengst gaat dan naar de overheid ter verbetering van het EMU-saldo. De andere helft moet dan als lastenverlichting terechtkomen bij bedrijven.

Oordeel van de raad

Zoals vermeld, zullen de voorstellen van de raad voor enkele (beperkte) overhevelingen van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw leiden tot een andere verdeling van lasten tussen huishoudens, bedrijven en overheid. Uitgaande van lastenneutraliteit op macroniveau gaat de raad hieronder nader in op de noodzakelijke compensatie voor deze verschuivingen. Daaraan voorafgaand verwijst hij naar zijn uitspraak (in het advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen*⁴⁶) dat “.. een discussie mogelijk (is) omtrent de vraag of op termijn de Anw en de AWBZ volledig uit de algemene middelen kunnen worden gefinancierd”⁴⁷.

Als argument voor een dergelijke financiering heeft de raad genoemd dat volksverzekeringen niet in de risicosfeer van werkgevers en werknemers liggen. Hij acht dit argument nog steeds actueel. Daaraan voegt de raad toe dat fiscalisering van de AWBZ daarenboven leidt tot verbreding van de AWBZ-financieringsgrondslag; immers, fiscalisering neutraliseert de uitholling van deze grondslag die nu plaatsvindt als gevolg van een slechts gedeeltelijke compensatie van de heffingskortingen via de BIKK (zie paragraaf 3.1.2). De raad adviseert dan ook de eerder genoemde problemen op te lossen door de AWBZ uit de algemene middelen te financieren. Daaraan zijn op het moment van overheveling geen gevolgen voor de lastenverdeling verbonden voor mensen die wonen en werken in Nederland. De raad geeft in overweging om de inkomensgevolgen voor in het buitenland wonende Nederlanders, die hun inkomen uit Nederland ontvangen, waaronder gepensioneerden, te onderzoeken.

46 Zie SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, op.cit., p. 88.

47 Het raadslid benoemd door de MHP – dat in het advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* principieel afstand heeft genomen van de fiscalisering van de AWBZ – is bereid om mee te werken aan fiscalisering van de AWBZ.

De raad signaleert – mede op basis van de Baanberekeningen – dat overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Wmo niet hoeft te leiden tot een andere lastenverdeling tussen huishoudens, bedrijven en overheid. Er zijn voldoende aanknopingspunten voor een lasten-neutrale overgang op macroniveau. Op het niveau van individuele huishoudens kan er wel sprake zijn van een toename dan wel afname van lasten, bijvoorbeeld omdat gemeenten andere criteria hanteren voor het verstrekken van vergoedingen op grond van de Wmo dan op basis van de AWBZ het geval was.

Wat de lastenverschuivingen betreft die het gevolg zijn van de overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw, is het beeld meer gecompliceerd, omdat de kosten van deze overheveling ook bij bedrijven en de overheid terechtkomen. Uitgaande van lastenneutraliteit voor werkgevers én werknemers moet volgens de raad hiervoor compensatie worden gevonden.

Naast de noodzakelijke compensatie met het oog op lastenneutraliteit voor werkgevers én werknemers vraagt de raad tot slot de aandacht voor de gevolgen van de eventuele verdere overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw en van de te voorziene toekomstige forse groei van de kosten van gezondheidszorg. Naar zijn oordeel betreft het een urgent aan te pakken maatschappelijk vraagstuk. In dit verband signaleert de raad nog dat sociale partners min of meer fundamentele bezwaren hebben tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg. Werkgevers gaat het met name om het open-eindekarakter van de verplichte werkgeversbijdrage Zvw, in relatie tot de overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw. Werknemers gaat het met name om de overheveling van thans inkomensafhankelijk gefinancierde AWBZ-aanspraken naar de Zvw, die gedeeltelijk op basis van nominale premies wordt gefinancierd.

Volgens de raad ligt het in de rede dat in ieder geval werknemers en werkgevers (als belangrijkste financiers van de Zvw-lasten) op korte termijn worden betrokken bij de aanpak van het hierboven gesignaleerde maatschappelijk vraagstuk. In dit verband verwijst hij tevens naar zijn verzoek (in het advies *Welvaarts groei door en voor iedereen*) om aan de hand van een brede adviesaanvraag een bijdrage te leveren aan het maatschappelijke debat over de beheersbaarheid, financiering en verdeling van de zorgkosten⁴⁸.

48 Zie SER (2006) *Welvaarts groei door en voor iedereen*, op.cit., p. 112.

6 Beleidsrichtingen voor de lange termijn

6.1 Inleiding

De in hoofdstuk 5 geformuleerde voorstellen hebben betrekking op de periode tot 2012. In aanvulling daarop benoemt de raad enkele globale beleidsrichtingen voor de inrichting van de langdurige zorg op de langere termijn.

Daarbij maakt de raad een onderscheid tussen verschillende groepen zoals ook in paragraaf 5.3.4 aan de orde is geweest.

Eenzijds gaat het om groepen van cliënten die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben zonder dat er sprake is van een noemenswaardige samenhang met curatieve zorg, terwijl de samenhang met andere domeinen juist dominant is (zoals Wajong, Wsw, speciaal onderwijs). Daarbij kan vooral worden gedacht aan vroeggehandicapten en mensen met aandoeningen en chronische psychische problemen die daarmee vergelijkbaar zijn.

Anderzijds gaat het om cliënten die naast de AWBZ-zorg ook relatief veel gebruik maken van curatieve zorg. Daarbij kan vooral worden gedacht aan chronisch zieken, cliënten die gebruik maken van ouderenzorg en mensen met chronisch psychische problemen die in een vergelijkbare positie verkeren.

Het CVZ zou objectieve en in de praktijk hanteerbare criteria voor dit onderscheid moeten opstellen, zodat cliënten die, gezien naar beperkingen en mogelijkheden, in dezelfde positie verkeren, niet ten onrechte ongelijke materiële aanspraken krijgen.

6.2 Handhaven kern-AWBZ voor vroeggehandicapten en vergelijkbare groepen

De raad gaat ervan uit dat ook op de lange termijn voor bepaalde zorgvormen en/of cliëntgroepen een afzonderlijke sociale verzekering in de vorm van een publiekrechtelijke en regionaal uitgevoerde regeling ('kern-AWBZ') nodig blijft. De raad denkt daarbij vooral aan vroeggehandicapten (voor een groot deel verstandelijk gehandicapten¹) en aan cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. Bij cliënten die in dezelfde positie verkeren, gaat het onder meer om mensen met een psychiatrische stoornis of een niet-aangeboren hersenletsel boven de 18 jaar.

Waarom kern-AWBZ handhaven?

In de eerste plaats is de samenhang met curatieve zorg voor deze groepen vaak van minder betekenis. Voor minderjarige gehandicapten is juist de samenhang met het regulier of speciaal onderwijs en de provinciale jeugdzorg van groot belang; voor volwassenen gaat het om voorzieningen op het terrein van dagbesteding, begeleid werken zoals de Wsw en

1 In 2004 ging 4,6 miljard van het budget voor gehandicaptenzorg naar verstandelijk gehandicapten, op een totaal van 4,8 miljard. Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten doen slechts een beperkt beroep op AWBZ-zorg (0,2 miljard). IBO, *Toekomst AWBZ*, pp. 62 en 107.

voor een beperkte groep participatie op de reguliere arbeidsmarkt. Ook de Wajong is hierbij van belang.

Ten tweede werken de corrigerende mechanismen van de Zvw voor de langdurende zorg aan deze cliëntgroepen minder goed: zo kunnen zij vaak niet of minder goed hun voorkeuren kenbaar maken, hun verzekeraar aanspreken op achterblijvende kwaliteit van de zorg of zo nodig overstappen naar een andere verzekeraar. De keuzes van andere burgers (gezonde verzekerden) zullen evenmin corrigerend werken, omdat zij minder geïnteresseerd zullen zijn in de kwaliteit van de (verstandelijk-)gehandicaptenzorg, gelet op de kleine kans dat zij daarop zelf ooit een beroep moeten doen. Omdat zij daarmee in de keuze voor een verzekeringspolis vermoedelijk minder rekening houden, gaan ook hiervan weinig kwaliteits- en doelmatigheidsprykkels uit².

Ten derde is de beïnvloedbaarheid van het risico voor verzekeraars nauwelijks aan de orde. Het risico is immers al ingetreden; verzekeringstechnisch gezien is er sprake van het spreekwoordelijke ‘brandend huis’. Daarnaast is doorgaans een leven lang sprake van hoge individuele kosten, hetgeen een goed werkend risicovereveningsmodel in de weg staat.

Tot slot is een groot deel van deze groep niet of nauwelijks in staat (geweest) om zelf in een inkomen te voorzien en gaat het dus veelal om de laagste inkomensgroepen.

Al met is het volgens de raad gewenst dat er op lange termijn een ‘kern-AWBZ’ gehandhaafd blijft voor vroeggehandicapten – voor het overgrote deel verstandelijk gehandicapten – die een leven lang zorg nodig hebben en voor daarmee vergelijkbare groepen van zorgvragers.

6.3 Opties voor de zorg voor ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen

In hoofdstuk 5 (paragraaf 5.3.4) heeft de raad de mogelijkheid genoemd van een ‘gescheiden uitvoering binnen de AWBZ’, waarbij geleidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen groepen van cliënten die meer of minder zijn aangewezen op curatieve zorg. Voor groepen cliënten die relatief veel gebruik maken van curatieve zorg naast de AWBZ-zorg, kan het meerwaarde hebben als de AWBZ door hun eigen zorgverzekeraar wordt uitgevoerd.

In het verlengde hiervan staan volgens de raad voor het AWBZ-deel dat door Zvw-verzekeraars voor hun eigen verzekerden wordt uitgevoerd, op de lange termijn verschillende beleidsrichtingen open. Het gaat hierbij om de zorg voor ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen, zoals bepaalde groepen mensen met chronische psychiatrische problemen.

2 NZa (2007) *Care voor de toekomst*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit, pp. 101-103.

Als beleidsrichtingen worden hier vermeld:

- Continuering van het in het vorige hoofdstuk uitgewerkte voorstel, waarbij de AWBZ voor genoemde groepen als sociale verzekering publiekrechtelijk door zorgverzekeraars voor hun eigen cliënten wordt uitgevoerd.
- Een wijziging van het stelsel in die zin dat de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken worden opgenomen in een afzonderlijke collectieve en op inkomenssolidariteit gebaseerde careverzekering die privaatrechtelijk door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.
- Overheveling van (onderdelen van) de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken van de AWBZ naar de Zvw. Hiervoor gelden dan stringente voorwaarden, waaronder dat de Zvw goed functioneert (zie kader).

Randvoorwaarden voor overheveling naar de Zvw

Een goed functionerende Zorgverzekeringswet

Concurrentie tussen zorgverzekeraars moet leiden tot een meer doelmatige inkoop van zorg van voldoende kwaliteit. Andere aandachtspunten zijn de solvabiliteitspositie van verzekeraars en het vinden van een oplossing voor de onverzekerdenproblematiek.

Een adequaat risicovereveningsmodel in de Zvw

Er moet sprake zijn van een goed werkend systeem van risicoverevening op basis van (ex ante) voorspellingen van het zorggebruik en de daarmee verbonden kosten. Dit is een voorwaarde voor een meer risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars.

Een evenwichtige lastenverdeling

Overheveling van delen van de AWBZ-zorg naar de Zvw kan alleen indien de gevolgen voor de lastenverdeling tussen burgers en bedrijven adequaat worden gecompenseerd. De betreffende aanpassing van de financieringssystematiek mag niet gepaard gaan met een verhoging van de lasten voor werkgevers (zie paragraaf 5.5).

Voor een weloverwogen afweging van deze beleidsrichtingen acht de raad in ieder geval de volgende randvoorwaarden of criteria van belang:

- de cliënt moet centraal blijven staan in termen van samenhang, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod.
- een evenwichtige lastenverdeling overeenkomstig de op de lange termijn gewenste risico- en inkomenssolidariteit;
- geen grote gevolgen voor de koopkracht van groepen van cliënten en verzekerden.

De raad acht het op dit moment prematuur om deze beleidsrichtingen finaal te beoordelen. In de eerste plaats is het goed om de implementatie van de raadsvoorstellen tot 2012 af te wachten en de resultaten daarvan te evalueren. In de tweede plaats moet het maatschappelijke debat over de merites van de hier genoemde beleidsrichtingen nog op gang komen. De raad acht zo'n maatschappelijk debat zeer gewenst en is bereid daarvoor, naar aanleiding van een gerichte adviesaanvraag, zijn verantwoordelijkheid op te nemen. De raad sluit niet uit dat het in de verdere toekomst nodig kan zijn de verhouding tussen collectieve en private verantwoordelijkheid nader te bezien.

Den Haag, 18 april 2008

A.H.G. Rinnooy Kan
Voorzitter

V.C.M. Timmerhuis
Algemeen secretaris



BIJLAGEN

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Aan de Voorzitter van de
 Sociaal-Economische Raad
 Postbus 90405
 2509 LK DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Z/M-2769917	H.J. van Kasteel	070 340 7880	29 MEI 2007
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Adviesaanvraag toekomst van de AWBZ			

1. Inleiding

In de brief aan de Tweede Kamer *Samen zorgen voor beter. Proloog VWS-beleid 2007-2010* van 5 april hebben de Minister en ik de hoofdlijnen van beleid voor de komende kabinetsperiode uiteengezet. Daarin is ook de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) genoemd als belangrijk thema. Met deze brief leg ik u, namens het kabinet, een adviesaanvraag hierover voor.

In deze brief ga ik achtereenvolgens in op wat mij de eerste honderd dagen in de AWBZ is opgevallen en welke conclusies ik daaraan verbind. Daarna ga ik in op het perspectief voor toekomst van de AWBZ mede geïnspireerd door verschillende analyses en standpunten die de afgelopen periode al over de AWBZ zijn uitgebracht. Tot slot ga ik in op de vragen die ik u terzake wil voorleggen.

2. Conclusies uit honderd dagen in de AWBZ

Zoals u weet, benut ik de eerste honderd dagen van deze kabinetsperiode om de dialoog aan te gaan met cliënten en de werkers in het veld van de gezondheidszorg. Wat mij daarbij ten eerste is opgevallen is dat de mensen die zijn aangewezen op AWBZ-zorg weliswaar kwetsbaar zijn in lichamelijk of geestelijk opzicht maar tegelijk ook steeds mondiger zijn en zich onafhankelijker opstellen. Daarbij past dat zij zelf keuzes kunnen maken over de manier waarop zij de zorg georganiseerd willen zien.

Een tweede punt is dat de werkers in de zorg zich met hart en ziel voor de zorg inzetten maar daarbij vaak gebukt gaan onder een hoge werkdruk en een bureaucratische last. Dit belemmert hen soms om te kiezen voor de oplossing die voor de klant het beste is. Het gaat bovendien ten koste van het plezier in het werk en het imago van de sector als werkgever. In de derde plaats is mij opgevallen dat de organisaties in de AWBZ, het Centrum Indicatiestelling Zorg, zorgkantoren, zorginstellingen, veel tijd, geld en energie moeten investeren om de keten goed te laten functioneren.

Uiteraard betreft dit slechts een greep uit de ervaringen die ik tijdens de werkbezoeken heb opgedaan. Het beeld dat ik (tot nu toe) aan deze werkbezoeken heb overgehouden is dat

van een sector waarin – ondanks de beste bedoelingen van alle partijen – mensen niet altijd de zorg kunnen ontvangen die het beste aansluit bij hun wensen. Ook de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is soms onvoldoende. In de brief van 5 april hebben de minister en ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen van beleid. Maatregelen die mij op de korte termijn voor ogen staan, zijn gericht op meer kwaliteit van zorg (aanpak verzorgings- en verpleeghuizen), invoering van een eenvoudige en begrijpelijke taal in de bekostiging (zorgzwaartebekostiging), versterking van cliëntgebonden financiering, verbetering van de onafhankelijke indicatiestelling, het voorkomen van knelpunten op de arbeidsmarkt en vermindering van doorlooptijden in de keten (snellere indicatiestelling en zorgtoewijzing).

Daarnaast zal het kabinet de mogelijkheid van integrale zorg thuis (full package) invoeren. Ook gaat het kabinet voort met het vergroten van diversiteit aan de aanbodkant door het scheiden van wonen en zorg en invoering van integrale tarieven inclusief kapitaallasten. Tegelijk moeten we onder ogen zien dat momenteel sprake is van een onduidelijke afbakening met als gevolg slecht te beheersen grensdiscussies met het gemeentelijke domein. Mede gelet daarop onderzoek ik mogelijkheden voor aanpassing van de aanspraak op ondersteunende begeleiding. Tot slot ben ik voornemens aanpassingen door te voeren in de extramurale bekostiging en een systeem in te voeren van best practices in de AWBZ.

Het kabinet acht het onvermijdelijk om behalve bovenstaande maatregelen ook mogelijke verdergaande stappen op het domein van de AWBZ te overwegen.

3. Perspectief voor de langere termijn

Verschillende organisaties hebben de afgelopen jaren rapporten naar buiten gebracht over de AWBZ. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, het College voor zorgverzekeringen en het Centraal Planbureau komen in verschillende rapporten, kort samengevat, tot de conclusie dat de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen kent en daardoor op de lange duur onhoudbaar zal zijn.¹ Het onderzoek dat het kabinet heeft laten uitvoeren door een interdepartementale werkgroep, is tot vergelijkbare bevindingen gekomen.² De analyses komen er op neer dat de AWBZ in de loop der jaren een breed pakket heeft gekregen van allerlei vormen van zorg en ondersteuning voor uiteenlopende doelgroepen. Daardoor dreigt overlap met andere voorzieningen wat afwenteling op de AWBZ in de hand werkt. Ook komt in de rapporten naar voren dat de uitvoeringsstructuur te weinig prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit kent; er is te weinig zicht op de kosten en kwaliteit en de zorg sluit onvoldoende aan bij de wensen en behoeften van cliënten. Het vorige kabinet heeft in zijn standpunten op deze rapporten een aantal mogelijke toekomstscenario's uitgewerkt (brieven van 6 juni en 12 december 2006). Deze komen in de kern neer op enerzijds een herverkaveling van zorgaanpakken over verschillende wettelijke regelingen (de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke

¹ Mensen met een beperking in Nederland, De AWBZ in perspectief, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2005; Toekomst AWBZ, College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2004; Zorg en participatie gegarandeerd, College voor zorgverzekeringen, Diemen 2005. Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg, Centraal Planbureau, Den Haag juni 2006. Naast deze organisaties hebben nog vele andere organisaties hun visie gegeven over de toekomst van de AWBZ.

² Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ, juni 2006, aan de Tweede Kamer gezonden bij brief van 9 juni 2006 (Tweede Kamer, 2006-2007, 30 597, nr. 1).

ondersteuning) en anderzijds op verbeteringen binnen de AWBZ (een efficiënte organisatie en een betere positie van de klant). De scenario's die destijds zijn opgesteld, lopen uiteen van een behoedzame variant met verbeteringen binnen de bestaande uitvoeringspraktijk tot het geheel afschaffen van de AWBZ door aanscherping van aanspraken en vervolgens overheveling van alle zorg. Ook is daarbij aangekondigd dat per 2009 de constructie met regionale zorgkantoren komt te vervallen. De AWBZ-uitvoering komt dan in handen te liggen van de zorgverzekeraars.³

Ook het huidige kabinet is ervan doordrongen dat de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen kent waardoor deze verzekering niet voldoende op de toekomst is voorbereid. Vanuit dat besef wil het kabinet – binnen het bestek van deze kabinetsperiode – een helder perspectief voor verandering bieden en de eerste stappen zetten op weg daarnaar toe.

4. Advisering SER over vergezicht en korte termijn

Hoewel er al veel adviezen over de AWBZ zijn uitgebracht heeft het kabinet, gelet op het voorgaande, behoefte aan een conceptueel advies van uw raad over (de verzekering en financiering van) de thans onder AWBZ verzekerde zorg. De meerwaarde van een advies van uw raad is in het bijzonder gelegen in het creëren van een breed maatschappelijk draagvlak voor inhoudelijke veranderingen in de AWBZ-zorg in relatie tot de gevolgen daarvan op het terrein van lastenverdeling, inkomenseffecten en solidariteitsverhoudingen. Uw analyse zou kunnen starten bij een beschrijving over hoe de langdurige zorg eruit komt zien op de langere termijn en welke manier van verzekering en financiering daarbij het beste past. Ik verzoek u daarbij de samenwerking te zoeken met de in het begin van paragraaf 3 genoemde organisaties om met meerwaarde voort te kunnen bouwen op de adviezen en rapportages over de AWBZ die zij al hebben geschreven. Daarnaast ga ik ervan uit dat u in overleg treedt met de betrokken veldpartijen en de patiënten-/cliëntenorganisaties. In uw analyse ware aandacht te besteden aan de inhoud en breedte van het verzekerde pakket in relatie tot lastenverdeling en solidariteit, de afbakening ten opzichte van andere domeinen van zorg en ondersteuning (voorkomen van afwenteling), de financiële houdbaarheid en het bereiken van meer klantgerichtheid, kwaliteit en doelmatigheid in de uitvoering. Daarbij is eveneens aan de orde welke maatregelen nodig zijn voor het bereiken van meer ondernemerschap in de zorg. Ook vraagt het kabinet u in te gaan op ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en het beroep wat daarop vanuit de AWBZ wordt gedaan. Tot slot is aan de orde of op de lange duur een AWBZ zal blijven bestaan of dat deze als afzonderlijke wettelijke regeling kan komen te vervallen waarbij de nu in de AWBZ geregelde zorgaanspraken zouden worden overgeheveld naar andere domeinen. Hierbij dient afgewogen te worden of delen van de AWBZ in aanmerking komen voor uitvoering door (risicodragende) verzekeraars dan wel in aanmerking kunnen komen voor opname in een (gemeentelijke) voorziening.

Op basis van dit "vergezicht" kan vervolgens een vertaling worden gemaakt naar maatregelen op de korte (en middellange) termijn (2009-2010). Ik vraag u daarbij aan te geven welke (tussen)stappen in welke volgorde en volgens welk tijdpad gezet kunnen

³ De Nederlandse zorgautoriteit heeft, onder andere, over deze maatregel geadviseerd in zijn rapport Care voor de toekomst van 26 maart 2007.

worden. Gelet op de toenemende zelfstandigheid, mondigheid en onafhankelijkheid van mensen moet daarbij de omslag worden gemaakt van een bureaucratisch, sterk overheidsgestuurd model naar een moderne, solidaire verzekering of voorziening voor langdurige zorg die mensen die goed in staat zijn keuzes te maken hiervoor goede mogelijkheden biedt. Om dit te bereiken zijn veranderingen in de uitvoering nodig. Al naar voren is gekomen de aangekondigde maatregel de eigen verzekeraar - in plaats van een anoniem zorgkantoor – de verantwoordelijkheid op te dragen voor de zorg (zorgplicht). Daarnaast wil ik graag uw advies ontvangen over mogelijke vormen van cliëntgebonden financiering. Ik denk daarbij aan twee mogelijke basisvormen. De eerste vorm betreft de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget of restitutie waarbij de verzekerde op basis van zijn indicatie op eigen rekening vooraf een budget ontvangt voor de zorg of, in geval van restitutie, achteraf de rekening krijgt vergoed. De verzekerde regelt en betaalt in deze gevallen zelf de zorgverlening. De tweede vorm is het bereiken van persoonsvolgendheid binnen de zorg in natura. Daarbij kiest de cliënt bij welke gecontracteerde aanbieder hij de geïndiceerde zorg wil ontvangen. De verzekeraar betaalt vervolgens de voor die zorg afgesproken prijs rechtstreeks uit aan de aanbieder. Beide vormen kunnen overigens naast elkaar bestaan. Graag verneem ik de mening van uw raad hierover waarbij ik er van uitga dat u ook ingaat op de mogelijkheid van cliëntvolgendheid bij die onderdelen van de AWBZ waarvan de SER overweegt dat deze in aanmerking komen voor overheveling naar een (gemeentelijke) voorziening.

Ik vraag de SER in het bijzonder aandacht te besteden aan de volgende (sociaal-economische) aspecten:

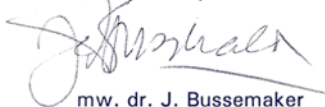
- Lastenverdeling, inkomenseffecten en solidariteitsverhoudingen. Ik ga ervan uit dat u bij uw uitwerkingen de gevolgen voor de financiering, de systematiek van eigen bijdragen, de inkomenseffecten en solidariteitsverhoudingen in beeld brengt.
- Verandering uitvoeringsstructuur en cliëntgebonden financiering. Ik vraag u ook in te gaan op de door het vorige kabinet aangekondigde verandering in de uitvoeringsstructuur waarbij niet langer de regionale zorgkantoren maar de zorgverzekeraars de AWBZ risicodragend zullen gaan uitvoeren. Er zijn goede redenen deze stap te zetten, zoals het ontstaan van een klantrelatie met de eigen zorgverzekeraar en het verbeteren van de aansluiting tussen cure en care (ketenzorg). Het huidige kabinet wil deze stap echter alleen zetten als deze ook past in het perspectief voor de langere termijn. Daarom verzoek ik uw raad zich over de wenselijkheid van deze stap uit te spreken. Omdat de uitvoering van de AWBZ door werkers en cliënten als ingewikkeld en bureaucratisch wordt ervaren wil ik u vragen in uw advies aan te geven hoe de uitvoering eenvoudiger en begrijpelijker kan. Een aspect dat bij de uitvoeringsstructuur ook van belang is betreft de ontwikkeling van cliëntgebonden financiering. Ik zou graag zien dat u hierop ingaat aan de hand van de hiervoor weergegeven basisvormen en daarbij aangeeft welke (meng)verhoudingen daartussen mogelijk zijn. Ik vraag u daarbij ook in te gaan op mogelijkheden voor budgettaire beheersing (bijvoorbeeld via een scherpere omschrijving van de aanspraken, eigen bijdragen en de hoogte van tarieven ten opzichte van zorg in natura), de mate van zelfredzaamheid van cliënten en de uitvoerbaarheid voor partijen in het veld.
- Doelmatigheid, kwaliteit en concurrentieverhoudingen. De uitvoering van de AWBZ zou zo moeten worden ingericht dat substitutie naar de goedkoopste adequate voorziening bevorderd wordt. Mede gelet op de bij het vorige punt genoemde ontwikkeling naar

cliëntgebonden financiering vraag ik u de betekenis in beeld te brengen voor de verschillende (relaties tussen) partijen in de zorg. Een specifiek punt daarbij betreft de relatie tussen de ontwikkeling van vormen van concurrentie enerzijds en aspecten van doelmatigheid, kwaliteit en samenhang in de zorgverlening (ketenzorg) en solidariteit anderzijds. In dat licht vraag ik u tevens in uw advies aan te geven welke rol eigen bijdragen daarin kunnen spelen.

- Kostenbeheersing en het recht op zorg. Recent heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen (motie Van der Veen c.s., 30 800 XVI, nr. 55) waarin de regering wordt verzocht onderzoek te laten verrichten naar een zodanige vormgeving van de AWBZ dat het recht op zorg kan worden gegarandeerd en cliëntenstops kunnen worden voorkomen. Gelet op deze motie vraag ik uw mening over de manier waarop het beste met deze spanning tussen het recht op zorg en het belang van kostenbeheersing kan worden omgegaan. Ik vraag u daarbij ook in te gaan op de wijze waarop de toegang tot de zorg (indicatiestelling) het beste kan worden georganiseerd.

Ik ontvang uw advies graag uiterlijk in december 2007.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



mw. dr. J. Bussemaker

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de
 Sociaal-Economische Raad
 Postbus 90405
 2509 LK DEN HAAG

Ons kenmerk Z/M-2784368	Inlichtingen bij H.J. van Kasteel	Doorkiesnummer 070 340 7880	Den Haag 16 JUL 2007
Onderwerp rapport NZa "Care voor de toekomst"		Bijlage(n)	Uw brief

Op 29 mei 2007 heb ik u namens het kabinet een adviesaanvraag voorgelegd over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In mijn adviesaanvraag verwijs ik naar enkele rapporten die de afgelopen jaren over de AWBZ zijn uitgebracht. Het rapport *Care voor de toekomst* dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit voorjaar naar buiten heeft gebracht, vormt hierop een waardevolle aanvulling. In dat rapport heeft de NZa op verzoek van mijn voorganger de uitvoerings- en toezichtaspecten in beeld gebracht van het overhevelen van de taken van zorgkantoren naar zorgverzekeraars. De NZa plaatst deze maatregel in de context van haar lange termijn visie voor de langdurige zorg. Daarbij vormen de markten die voor de langdurige zorg relevant zijn, het startpunt. De NZa schetst vervolgens mogelijke bekostigingsmodellen en verzekeringsvormen. Op basis van deze analyse is de conclusie van de NZa dat een groot deel van de AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet kan worden overgeheveld. Een beperkt deel kan een plek krijgen in een afzonderlijke kern-AWBZ als publiek uitgevoerde volksverzekering.

De door de NZa gekozen invalshoek van de marktmodellen vormt een nieuw gezichtspunt in de discussie over de AWBZ. Daarom wil ik u langs deze weg attent maken op dit rapport. Overigens heb ik begrepen dat u de NZa inmiddels al hebt benaderd via de door u ingestelde werkgroep Toekomst AWBZ.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
 Welzijn en Sport,
 namens deze,
 de Directeur-Generaal Gezondheidszorg,



drs. M.J. van Rijn

Deelnemers rondetafelgesprekken Toekomst AWBZ 17 september 2007

Naam	Organisatie
J. Beumer	CSO
mw. drs. Y. van Gilse	LOC
G. van Pijkeren	LPR
mw. A. Saers	Per Saldo
mw. J. Verhoeven	NPCF
J.A. Terlouw	Kansplus
Q. van Woerdekom	CG-raad
mw. C. Vogeler	Consumentenbond
dr. W. Kuiper	VNG
drs. R.R. van der Meijden	VNG
mw. J. W. Regouw-Vellinga	VNG
M.G.A. Krosse	CIZ
A.J. Vermeulen	CIZ

Deelnemers rondetafelgesprek Toekomst AWBZ 3 april 2008

Naam	Organisatie
J. Beumer	CSO
mw. M. Brands	ANBO
mw. C. van den Hoeven-Molenaar	LPGGz
K. Korthals	MEE Nederland
M. Laterveer	LOC-LPR
mw. L. Reitsma	LPGGz
mw. A. Saers	Per Saldo
mw. A.L. Schipaanboord	NPCF
mw. D. Tjalsma	NPCF
Q. van Woerdekom	CG-raad
W. Drooger	Platform CG
mw. J.W. Regouw-Vellinga	VNG
A.J. Vermeulen	CIZ

Verkenning huidige AWBZ

1 Oorspronkelijke doelstelling en korte wetsgeschiedenis

Totstandkoming AWBZ

Met ingang van 1 januari 1968 is de AWBZ gefaseerd in werking getreden. Dat was de uitkomst van een uitvoerige discussie waaraan ook de SER destijds zijn bijdrage heeft geleverd¹. De volgende overwegingen liggen ten grondslag aan de totstandkoming van deze volksverzekering².

Iedere burger zou in de omstandigheid kunnen komen te verkeren dat hijzelf of een lid van zijn gezin behoefte zou hebben aan geneeskundige verzorging uit hoofde van langdurige ziekte of gebrek. Daarbij werd als feit onder ogen gezien dat in toenemende mate nagenoeg niemand in staat zou zijn de daaruit voortkomende lasten te dragen. Ook werd geconstateerd dat het niet mogelijk was langs particuliere weg tot een oplossing te komen. Geen van de risico's was op privaatrechtelijke grondslag afdoende verzekeraar. Het ontbreken van een afdoende grondslag was er mede de oorzaak van dat die geneeskundige verzorging niet in de ontwikkeling was meegegaan met de maatschappelijke welvaart. Voor de financiële grondslag koos de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor een voorziening die het karakter heeft van een sociale verzekering en wel in de vorm van een volksverzekering. Op die wijze kon de solidariteitsgrondslag van de voorziening tot uitdrukking worden gebracht.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel wilde een integrale voorziening voor gehandicapten en chronisch zieken realiseren. Onder druk van het maatschappelijke middenveld³ werd het oorspronkelijke doel omgebogen en zou de wet zich in eerste aanleg moeten richten op langdurige intramurale zorg: ziekenhuiszorg voor zover die langer duurt dan een jaar en verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen. Het was verder de bedoeling andere categorieën bij ministeriële regeling aan te wijzen en onder de werkingsfeer van de nieuwe wet te brengen, zoals “zwakzinnigeninrichtingen, inrichtingen voor ‘gebreekten’ en dergelijke”. Ook zou er afstemming moeten plaatsvinden met het beleid van het toenmalige ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM). De Tweede Kamer stelde dat de oorspronkelijke naam Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's te veel de nadruk legde op de medische aspecten van de verzekering en om die reden is de naam gewijzigd in Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ werd uitgevoerd door de toenmalige ziekenfondsen, de toegelaten particuliere ziektekosten-

1 SER (1965) *Advies inzake een verzekering tegen zware geneeskundige risico's*, publicatienr. 65/07; SER (1967) *Advies inzake de derde nota van wijziging met betrekking tot het ontwerp van wet zware geneeskundige risico's*, publicatienr. 67/03.

2 Voor een belangrijk deel ontleend aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Historie langdurige zorg* (niet gepubliceerd).

3 Onder meer SER 67/03.

verzekeraars en de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Bepaalde taken werden in handen gelegd van verbindingskantoren die het financieel-administratieve contact met de AWBZ-instellingen onderhielden.

Ontwikkelingen sinds 1968 in vogelvlucht

In de eerste periode heeft de AWBZ er vooral aan bijgedragen dat verpleeginrichtingen en de inrichtingen voor behandeling en verpleging van zwakzinnigen en andere hulpbehoevenden werden gesaneerd en op een zodanig peil gebracht dat sprake was van een kwalitatief verantwoorde zorgverlening, die voldeed aan de door de minister gestelde normen en voorwaarden voor erkenning. Geleidelijk ontstond er vervolgens aandacht voor uitbreiding van het verstrekkingenpakket (zie kadertekst).

Geleidelijke uitbreiding of wijziging verstrekkingenpakket en invoering eigen bijdragen AWBZ

1970	medische kindertehuizen
1971	medische kleuterdagverblijven, "Het Dorp"
1973	dagverblijven voor gehandicapten (voorheen terrein van welzijn)
1974	preventie: vaccinatieprogramma en opsporing stofwisselingsziekten (voorheen ten laste van rijksbegroting)
1976	gezinsvervangende tehuizen
1977	dagbehandeling in verpleeginrichting
1980	kruiswerk
1982	regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
1983	introductie inkomensafhankelijke bijdrage (voorheen beperkte vaste eigenbijdrageregeling) ^a
1989	psychiatrische hulp (voorheen Ziekenfondswet (ZFW) en particuliere verzekeringen)
	hulpmiddelen (idem)
	sociaal-pedagogische diensten (voorheen rijksbegroting)
	gezinszorg (idem)
	regionale instellingen voor beschermd wonen (voorheen in belangrijke mate Algemene bijstandwet)
	experimenten met normuitkeringen
1992	geneesmiddelen (voorheen ZFW en particuliere verzekeringen)
	audiologische hulp (idem)
	erfelijkheidsonderzoek (idem)
	revalidatiezorg (idem)
	huishoudelijke hulp (voorheen AAW-voorziening)
	ondersteuning algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (idem)
1994	invoering en geleidelijke uitbreiding persoonsgebonden budget
1996	terugheveling van hulpmiddelen, geneesmiddelen, audiologische

1997	hulp, erfelijkheidsonderzoek, revalidatiezorg vanuit AWBZ naar ZFW en particuliere verzekeringen thuiszorg verzorgingshuizen (voorheen Wet op bejaardenouder)
2007	afstemming inkomensafhankelijke bijdrageregelingen overheveling huishoudelijke hulp vanuit AWBZ naar Wmo
2008	overheveling geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanuit AWBZ naar Zvw (met uitzondering van verblijf in een psychiatrische instelling of ziekenhuis langer dan 1 jaar).

a Onder meer vanuit verzekeringsgedachte waren de toen voorliggende kabinetsvoorstellen door de SER unaniem afgewezen. Zie: SER (1980) *Advies inkomensafhankelijke bijdrage regeling AWBZ*, publicatienr. 80/21, Den Haag.

Het beleid in de zorgsector stond na 1974 voor een belangrijk deel in het teken van de nadere uitwerking van de voorstellen die staatssecretaris Hendriks in de Structuurnota Gezondheidszorg had opgenomen. Deze nota was gericht op kostenbeheersing, substitutie en samenhang. Voorzieningen werden opgenomen in de AWBZ om deze doelen te bereiken en meer grip te krijgen op de aansturing van de zorgsector.

Na het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker in 1987 is besloten de AWBZ te gebruiken als instrument om te komen tot de destijds beoogde basisverzekering⁴. Dit leidde ertoe dat voorzieningen in de AWBZ werden opgenomen die in mindere mate als bijzondere ziektekosten zijn te beschouwen, zoals hulpmiddelen, algemene psychiatrische hulpverlening en geneesmiddelen.

In 1994 trad het kabinet-Kok I aan en werd vooralsnog afscheid genomen van de door de commissie-Dekker voorgestane basisverzekering. Voor de AWBZ hield dit in dat werd teruggekeerd naar “langdurige en onverzekerbare zorgverstrekkingen” en dat voorzieningen als genees- en hulpmiddelen en revalidatiezorg weer werden teruggeleid naar de toenmalige Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Bovendien werd de weg ingeslagen naar zorgvernieuwing. Dit hield in dat er meer ruimte voor eigen keuzes van verzekerden mogelijk werd, onder meer via subsidieregelingen en later ook door flexibele omschrijvingen van de aanspraken (vanaf 2003 in de vorm van functiegerichte omschrijvingen). Daarnaast werd besloten de uitvoering in handen te leggen van zorgkantoren, een modernisering van de voorheen bestaande verbindingkantoren.

4 Commissie-Dekker (1987) *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, 26 maart 1987. De commissie stelde een herziening van het stelsel voor, met als uitkomst een verplichte basisverzekering voor iedereen die in concurrentie zou worden uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars. De insteek waarbij de kostenbeheersing zou verlopen via het aanbod zou dienen te worden losgelaten en cliënten werden gezien als mondige en kritische burgers die ook zelf verantwoordelijkheid dienden te nemen voor hun gezondheid.

2 AWBZ anno 2008, algemeen

Rechtskarakter en kring van verzekerden

De AWBZ behoort met de Algemene Ouderdomswet (AOW), de Algemene Nabestaandenwet (ANW) en de Algemene Kinderbijslagwet (AKW) tot de vier volksverzekeringen die Nederland telt. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze wettelijke verzekeringen is dat iedere ingezetene (en daarmee gelijkgestelde personen) *van rechtswege* is verzekerd.

Uitbreiding en beperking kring van verzekerden

Ingezetene is ieder die rechtmatig in Nederland woont, ongeacht nationaliteit of leeftijd en ongeacht of men premieplichtig is^a. Ook zijn verzekerd de niet-ingezetenen die in Nederland in dienstbetrekking werken en op grond daarvan aan de loonbelasting zijn onderworpen (bijvoorbeeld grensarbeiders); hun niet in Nederland verblijvende partners en kinderen zijn evenwel niet AWBZ-verzekerd. Omgekeerd geldt dat ingezetenen die uitsluitend in het buitenland arbeid verrichten (bijvoorbeeld Nederlanders die werken in België of Duitsland) niet voor de AWBZ verzekerd zijn. Wanneer zij in het buitenland verplicht verzekerd zijn, kunnen zij op grond van een EU-verordening of een (bilateraal) verdrag inzake sociale zekerheid toch aanspraak maken op AWBZ-verstrekkingen in Nederland; de kosten daarvan worden verrekend met het werkland^b.

- a Voor AOW en ANW geldt een verplichte premie voor verzekerden tussen 15 en 65 jaar welke als onderdeel van de loon- en inkomstenbelasting wordt geheven over het inkomen in box 1; dit geldt ook voor de AWBZ-premie maar dan zonder leeftijdsgrens. De AKW wordt geheel gefinancierd uit een rijksbijdrage.
- b Bij AMvB en nadere regelgeving bestaan er verschillende uitzonderingen op en preciseringen van het hier geschetste overzicht van de kring van verzekerden voor de volksverzekeringen. Zo zijn niet verzekerd voor de volksverzekeringen degene die in het buitenland woont met een uitkering op grond van de WIA, WAO, Waz, Wajong, AOW, ANW, WAMIL of een invaliditeitspensioen van de overheid en degene die werkzaam is voor een volkenrechtelijke organisatie en op wie de regeling inzake sociale zekerheid van die organisatie van toepassing is. Ingezetenen die op grond van buitenlandse wetgeving duurzaam een uitkering ontvangen, kunnen op verzoek vrijgesteld worden van de verzekeringen voor de AOW, ANW en AKW, maar voor de AWBZ is geen vrijstelling mogelijk. Evenzo kennen AOW en ANW een vrijwillige verzekering voor bepaalde categorieën verzekerden of ex-verzekerden; in het kader van de AWBZ is geen vrijwillige verzekering mogelijk.

Aanspraken

De wettelijke aanspraken van verzekerden zijn in zeer globale, algemene termen aangeduid⁵:

“De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot

5 Artikel 6 lid 1 van de AWBZ.

behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening”.

In nadere regelgeving (onder meer: Besluit zorgaanspraken AWBZ, Nadere regels zorgaanspraken AWBZ en Regeling subsidies AWBZ⁶) zijn deze aanspraken verder uitgewerkt.

Zeven grondslagen voor AWBZ-zorg^a

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een bepaalde gezondheidsproblematiek. Deze worden in het Zorgkompas van het CVZ omschreven aan de hand van zeven grondslagen:

- *Somatische aandoening of beperking*
Er is sprake van een lichamelijke ziekte, aandoening of beperking.
- *Psychogeriatrische aandoening of beperking*
Er is sprake van functiestoornissen in de hersenen, meestal gerelateerd aan ouderdom.
- *Psychiatrische aandoening of beperking*
Er is sprake van een stoornis van de psychische functies.
- *Verstandelijke handicap*
Er is sprake van een beperkt intellectueel of cognitief vermogen.
- *Lichamelijke handicap*
Er is sprake van onherstelbare lichamelijke beperkingen.
- *Zintuiglijke handicap*
Er is sprake van:
 - een beperkt gezichtsvermogen (visuele handicap),
 - een beperkt gehoor (auditieve handicap),
 - een communicatieve handicap.
- *Psychosociaal probleem*
Er is sprake van een ernstige ontwrichting van de verzekerde in relatie tot zijn omgeving.

a Zie: www.cvz.nl/awbz-kompas/grondslagen .

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn zes functiegerichte zorgvormen onderscheiden⁷. Daarbij gaat het om zorgvormen die worden verleend door een instelling en steeds

-
- 6 Besluit van 28 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ (gewijzigd per 1 januari 2007); Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. Z/VU-2635240, houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (Regeling subsidies AWBZ); Regeling houdende nadere regels met betrekking tot de aanspraak op zorg ingevolge het Besluit zorgaanspraken AWBZ en wijziging andere regelingen in verband met invoering dat besluit alsmede wijziging van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.
- 7 Grotendeels ontleend aan: ZZW Informatiecentrum (2008) *De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2008.1*, Deventer, Kluwer.

verband houden met “een somatische of psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem”.

De zes zorgvormen zijn⁸:

- *Persoonlijke verzorging*
Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid (bijvoorbeeld hulp bij dagelijkse verzorging, het aanbrengen van prothesen en het doen van oefeningen), te verlenen door een instelling.
- *Verpleging*
Verpleging gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening, beperking of handicap (zoals al dan niet dagelijkse hulp bij bijvoorbeeld het toedienen van medicijnen of zuurstof, wondverzorging, het geven van instructies en voorlichting over het omgaan met ziekte en hulpmiddelen), te verlenen door een instelling.
- *Ondersteunende begeleiding*
Ondersteunende activiteiten gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling (anders gezegd: het gebruik maken van de mogelijkheden die men heeft, bijvoorbeeld door dagactiviteiten, leren zorgen voor eigen huishouden en dagbesteding).
- *Activerende begeleiding*:
Door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op (a) herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek, of (b) het omgaan met de gevolgen van een aandoening, beperking of handicap (bijvoorbeeld gedragscorrectie of oefenen van sociale vaardigheden bij gedragsproblemen).
- *Behandeling*:
Omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard en is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van een aandoening, beperking of handicap (onder meer: medisch-specialistische en specialistisch-paramedische behandelingen in instellingsverband) te verlenen door een instelling, door een psychiater of zenuwarts of door een psychotherapeut. Hieronder valt ook de behandeling van mensen met een verslaving.
- *Verblijf*:
Het verblijven in een instelling indien de zorg (als hiervoor aangegeven onder *persoonlijke verzorging*, *verpleging*, *ondersteunende begeleiding*, *activerende begeleiding* en *behandeling*) noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het bieden van een beschermde woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Het gaat hierbij om mensen die vanwege een aandoening of beperking niet (of niet meer) thuis kunnen wonen en vanuit een instelling therapie, bescherming en toezicht ontvangen. Bij kort-

durend verblijf staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van de aandoening of beperking centraal. Bij langdurend verblijf staan toezicht en het garanderen van kwaliteit van leven centraal. Onder verblijf valt ook beschermd wonen buiten een AWBZ-instelling. Sinds 1 juli 2007 kunnen mensen met een indicatie voor verblijf de zorg ook thuis ontvangen (*volledig pakket thuis*).

De zorg vanuit de instelling omvat tevens:

- a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- b. farmaceutische zorg;
- c. hulpmiddelen in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- d. tandheelkundige zorg;
- e. kleding, die verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- f. het individueel gebruik van een rolstoel.

tabel 1 Overzicht AWBZ aanspraken intramuraal en extramuraal naar functies en grondslagen (01-01-2008)⁹

Functies Grondslagen	Persoonlijke verzorging PV	Verpleging VP	Behandeling BH	Ondersteunende begeleiding algemeen OB ALG	Activerende begeleiding algemeen AB ALG	OB AB dagbesteding OB AB DAG*	Verblijf VB	Sectoren
Somatisch SOM (voorbeeld Parkinson)	+	+	+	(-) extramuraal	+	+	+	Verpleging en Verzorging V&V
Psychogeriatrisch PG (voorbeeld dementie)	+	+	+	+	+	+	+	
Verstandelijk gehandicapt VG (voorbeeld Downsyndroom)	+	-	+	+	+	+	+	Gehandicapten zorg GZ
Zintuigelijk gehandicapt ZG (voorbeeld Doof/Blind)	+	-	+	+	+	+	+	
Lichamelijk gehandicapt LG (voorbeeld spastisch)	+	+	+	+	+	+	+	

9 Bron: VWS.

Psychiarisch PSYCH (Voorbeeld schizofreen)	+	-	-	(+) als niet gere- lateerd aan behandeling	(+) Als niet genees- kundig	+	(+) Zonder behandeling	Geestelijke gezond- heidszorg GGZ
							Als > jr met behandeling	
Psychosociaal PSYSOC (voorbeeld geldproble- men)	+	-	-	-	-	+	-	Welzijn

* plus vervoer indien medisch noodzakelijk.

Overige prestaties

Naast de zorgaanspraken die binnen de zes vermelde functies vallen, vergoedt de AWBZ onder meer ook de volgende zorg:

- ziekenhuis- en revalidatiezorg vanaf de 366^e dag;
- bepaalde vormen van orgaan- en weefseltransplantatie;
- doventolk (alleen als leefvoorziening);
- medisch noodzakelijk vervoer bij AWBZ-zorg gedurende een dagdeel;
- inenting in het kader van het vaccinatieprogramma voor kinderen;
- preventief onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten.

Subsidies

Naast deze wettelijk geregelde verstrekkingen heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de bevoegdheid subsidies te verlenen aan instellingen of individuele zorgvragers.

Voorbeelden hiervan zijn subsidies voor:

- ADL-clusterwoningen¹⁰;
- de MEE-organisaties¹¹;
- abortusklinieken;
- de persoonsgebonden budgetten (pgb's), dat wil zeggen door het zorgkantoor toe te kennen (norm)bedragen waarmee een verzekerde zelf zorg kan inkopen. Een pgb is mogelijk voor de functies *persoonlijke verzorging*, *verpleging*, *ondersteunende begeleiding*, *activerende begeleiding* en *tijdelijk verblijf* (logeer- en vakantieopvang buitenshuis).

10 ADL-clusterwoningen zijn zelfstandige woningen waar intensieve zorgverlening mogelijk is; de woningen zijn geschikt voor rolstoelgebruik en eventueel voorziening van domotica en/of til-liften in de slaapkamer; ook is er zorg op afroep of 24-uurszorg beschikbaar vanuit een verpleeg- of verzorgingshuis, woon-zorgcentrum of bijvoorbeeld een dienstencentrum (ontleend aan: www.thesauruszorgenwelzijn.nl/adlclusterwoningen.htm).

11 De MEE-organisaties richten zich op laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare cliëntondersteuning ten behoeve van verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, dan wel op hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers. MEE Nederland afficheert zichzelf als: Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking en de 26 MEE-organisaties (met 70 nevenorganisaties) als opvolgers van de vroegere Sociaal-Pedagogische Diensten (SPD's). Zie: www.mee.nl.

De verzekerde kan zelf bepalen door wie de geïndiceerde zorg wordt verleend en is niet gebonden aan door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. De zorg mag ook worden verleend door niet-gediplomeerde maar wel gekwalificeerde hulpverleners (bijvoorbeeld door familieleden of door personeel van een thuiszorgorganisatie).

Indicatiestelling

Een verzekerde kan pas daadwerkelijk aanspraak op AWBZ-zorg maken indien een indicatieorgaan¹² heeft vastgesteld dat hij de desbetreffende zorg echt nodig heeft, en in welke omvang. In de AWBZ staat op dit moment nog dat gemeenten voor hun inwoners dergelijke indicatieorganen moeten aanwijzen. Daartoe hebben gemeenten regionale indicatieorganen opgericht. In 2003 is echter besloten dat de indicatiestelling beter door een zelfstandig bestuursorgaan kan worden verricht. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben de gemeenten dan ook vanaf 2005 het landelijk werkend Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) als indicatiesteller aangewezen.¹³ Doel van deze centralisatie is de indicatiestelling overal in het land op dezelfde wijze uit te voeren en overal dezelfde procedures en richtlijnen te hanteren. Als onafhankelijke instantie is het CIZ niet gelieerd aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Op 5 januari 2007 is een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend om het CIZ een wettelijke basis te geven¹⁴.

Het CIZ heeft, naast een hoofdkantoor in Driebergen, 49 regionale vestigingen. Het CIZ functioneert als poortwachter voor de AWBZ. Het beoordeelt of de claim die een cliënt wil doen op AWBZ-zorg terecht is. Zo nodig wint het CIZ advies in van de huisarts of raadpleegt het andere organisaties. De indicatiestelling voor jeugdigen die aanspraak maken op geestelijke gezondheidszorg gaat via het Bureau Jeugdzorg.

De aard, inhoud en omvang van de AWBZ-zorg waarop een cliënt aanspraak kan maken, staan beschreven in het Besluit Zorgaanspraken. Dit is een Algemene Maatregel van Bestuur. Onderdeel van het Besluit Zorgaanspraken is het Zorgindicatiebesluit¹⁵. Daarin staan de regels waaraan indicatieorganen zich moeten houden. De beoordeling in hoeverre iemand recht heeft op AWBZ-zorg moet uniform en objectief gebeuren. Op grond van artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit heeft VWS hiervoor inhoudelijke richtlijnen, de ‘beleidsregels indicatiestelling’, vastgesteld¹⁶.

-
- 12 In artikel 9b lid 1 van de AWBZ is geregeld dat “aanspraak op zorg, aangewezen in artikel 9a, eerste lid, bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen”.
- 13 Schooneveld, E. van (2007) De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 31 (2007) – nr. 5, p. 349.
- 14 De behandeling van het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd (TK 2006-2007, 30 926, nrs. 1-4), is op verzoek van de staatssecretaris voorlopig aangehouden.
- 15 Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen.
- 16 Brief aan Tweede Kamer van 7 maart 2007. *Beleidsregels van de Staatssecretaris van VWS van Z/VU-2749197, betreffende regels die het indicatieorgaan hanteert bij het vaststellen van of en in hoeverre de verzekerde is aangewezen op grond van de AWBZ.*

In een indicatiestelling voor extramurale zorg (zorg zonder verblijf) legt het CIZ vast op welke AWBZ-functies de verzekerde is aangewezen, in welke omvang (uren of dagdelen per week) en voor welke periode (tijdelijk of permanent).

Voor de intramurale zorg wordt sinds 1 juli 2007 gewerkt met zorgzwaartepakketten. In een zorgzwaartepakket wordt aangegeven op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal. Zorgverlener en cliënt kunnen dan in een zorgplan afspraken vastleggen over de dagelijkse invulling van het zorgzwaartepakket en de cliënt kan de zorgverlener erop aanspreken als hij deze afspraken niet nakomt. Met ingang van 2009 wordt beoogd dat de bekostiging van de zorgaanbieders en de declaratie van de productie op basis van zorgzwaartepakketten plaatsvindt. Ter voorbereiding hierop moeten zorgaanbieders en zorgkantoren in 2008 afspraken maken over zorgzwaartepakketten. Op basis hiervan zal de NZa de prijzen van de zorgzwaartepakketten actualiseren en een herallocatietraject vaststellen.¹⁷

Als een *indicatiebesluit*¹⁸ is genomen, wordt dit naar de cliënt en naar het zorgkantoor gestuurd waar de cliënt onder valt. AWBZ-indicaties zijn bindend. Een cliënt kan bezwaar maken tegen het indicatiebesluit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht. Is de cliënt het met de uitkomst van de bezwaarprocedure niet eens, dan kan hij of zij beroep aantekenen bij de arrondissementsrechtbank.

Het CIZ heeft een aantal eenvoudige indicaties voor kortdurende zorg (<3 maanden) gemandateerd aan zorgaanbieders zoals thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Zij geven een advies aan de hand van standaardindicatieprotocollen die het CIZ heeft opgesteld. Het CIZ zet deze adviezen vervolgens om in een indicatiebesluit en controleert de uitvoering door zorgaanbieders steekproefsgewijs achteraf.

Het CIZ heeft in 2004 734.911 indicaties afgegeven. In 2005 waren dat er ongeveer 854.000. Het aantal afgegeven indicatiestellingen vertoont een stijgende lijn. Over de periode 2005-2006 was sprake van een stijgingspercentage van 11 procent. Inmiddels is dit stijgingspercentage opgelopen tot 13 procent. Deze laatste stijging van 2 procent wordt volgens het CIZ voornamelijk veroorzaakt door de verdere toename van het aantal positieve indicatiebesluiten waarin de functie ondersteunende begeleiding voorkomt.¹⁹

Op verzoek van de staatssecretaris van VWS zijn een aantal pilots gestart waarin concrete maatregelen worden onderzocht die beogen het proces van indicatiestelling eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen²⁰. Zo lopen er in een aantal gemeenten pilots

17 NZa beleidsregel invoering zorgzwaartepakketten 2008, pagina 2.

18 Eerst was nog sprake van een *indicatieadvies* en ging het over de vraag: wat is de behoefte aan zorg? Dat is later een *indicatiebesluit* geworden en gaat ook over welk product aangewezen is.

19 CIZ (2007) *Trendrapportage: Landelijke Indicatiestelling AWBZ eerste halfjaar 2007*, Driebergen, Centrum indicatiestelling zorg, p. 20.

20 Brief aan Tweede Kamer van 29 mei 2007 (TK 2006/07,30 800 XVI, nr. 145) en brief van 12 oktober 2007 (TK 2007/08, 26631, nr. 227).

om te bezien of ook huisartsen en wijkverpleegkundigen verantwoordelijk kunnen zijn voor het vaststellen van de noodzakelijke zorg. Ook wordt onderzocht of het gedetacheerd werken van indicatiestellers van het CIZ in gezondheidscentra kan bijdragen aan eenvoudig en beter indiceren. Tegelijkertijd wordt geëxperimenteerd met het vereenvoudigen en flexibiliseren van de werkprocessen binnen het CIZ²¹. De uitkomsten van deze pilots worden begin van het tweede kwartaal 2008 verwacht. Los van deze pilots wordt bezien of het mogelijk is om de op herstel gerichte verpleging en verzorging indicatiestelling-vrij te maken. Ook wordt, afhankelijk van onderzoeksuitkomsten, overwogen de geldigheidsduur van een indicatie te verruimen naar bijvoorbeeld tien jaar voor mensen bij wie de zorgbehoefte op langere termijn niet verandert.

Zorg in natura

De AWBZ geeft in principe recht op zorg in natura. Een verzekerde die AWBZ-zorg nodig heeft, kan deze ontvangen van een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar waarbij is ingeschreven, een contract heeft gesloten. (Zie verder paragraaf 1.2.).

Persoonsgebonden budget

Daarnaast kent de AWBZ een mogelijkheid tot geldverstrekking vooraf: het persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kan een verzekerde zelf de zorg inkopen die hij nodig heeft, in plaats van aangewezen te zijn op de zorg in natura die door het zorgkantoor voor hem ter beschikking wordt gesteld.

Een pgb is mogelijk voor de AWBZ-functies *persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding* en *tijdelijk verblijf* (maximaal twee etmalen per week)²². Voor de functies *behandeling* en *langdurig verblijf* in een intramurale instelling is geen pgb mogelijk²³.

De hoogte van een pgb is afhankelijk van de indicatie en bedraagt gemiddeld genomen 75 procent van de kosten van de zorg in natura die op basis van de desbetreffende indicatie zou worden verstrekt²⁴. De zogeheten ‘afslag’ van 25 procent houdt verband met de afwezigheid van overheadkosten van een zorginstelling.

Sinds 2003 is het gebruik van pgb's fors toegenomen. Op dit moment maakt circa 14 procent van het aantal mensen dat AWBZ-zorg ontvangt, gebruik van een pgb. Het gaat om circa 90.000 pgb-houders. De staatssecretaris van VWS verwacht dat dit aantal in 2011 zal zijn toegenomen tot 190.000. De groei van de pgb's doet zich over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies, maar vooral bij de functies ondersteunende en activerende begeleiding en bij jongeren met een psychische aandoening. De uitgaven voor de pgb's

21 Project Flexibilisering Werkprocessen (FWP).

22 Een pgb is ook mogelijk in het kader van de Wmo voor individuele voorzieningen waaronder huishoudelijke hulpverlening.

23 Voor het daadwerkelijk verblijven in een intramurale instelling kan geen pgb worden verstrekt. Wel kan iemand met een verblijfsindicatie ervoor kiezen thuis te blijven wonen of in een zelfgekozen clusterverband te gaan wonen. Hij kan dan een pgb aanvragen voor verpleging en verzorging of ondersteunende begeleiding in de eigen woning.

24 Dit leidt ertoe dat de hoogte van de pgb mede afhankelijk is van de salarisniveaus in de zorgsector voor de geïndiceerde functies.

groeien navenant: VWS verwacht dat deze tot en met 2011 zullen toenemen met circa € 1,6 miljard en daarmee beslag leggen op twee derde van de groeiruimte die voor de AWBZ beschikbaar is (€ 2,4 miljard)²⁵ (zie kadertekst).

Enkele feitelijke gegevens over toekenning van pgb's

Het aantal pgb-houders is in de periode 2003-2006 toegenomen van 62.500 naar 95.000 personen. Per 1 januari 2007 zijn circa 30.000 pgb-houders overgegaan naar de Wmo omdat hun pgb alleen betrekking had op huishoudelijke zorg.

Vanaf begin 2007 is het aantal pgb-houders in de AWBZ ieder maand met circa 2200 toegenomen. Eind augustus 2007 bedraagt het aantal pgb-houders circa 80.000, dat wil zeggen bijna 11 procent van het aantal mensen dat voor AWBZ-zorg in aanmerking komt (750.000). In een brief aan de Tweede Kamer schetst de staatssecretaris van VWS een scenario waarbij het aantal pgb-houders ultimo 2011 ongeveer 190.000 zal zijn.

De uitgaven in het kader van de pgb-subsidieregeling zijn volgens het CVZ gestegen van € 635 miljoen in 2003 naar € 1136 miljoen in 2006. In 2007 zullen de uitgaven naar raming uitkomen op € 1455 miljoen.

De groei van de pgb's doet zich over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies. De helft van de budgethouders heeft meer dan één grondslag. In de periode 2003-2006 doet de groei zich vooral voor bij ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding, zo wordt in een evaluatieonderzoek van ITS aangetoond^a. Opvallend is verder dat het aantal jeugdigen onder de pgb-houders stijgt. In 2006 is 31 procent van de nieuwe pgb-houders jonger dan 18 jaar. Vooral (ouders van) jongeren met een psychiatrische aandoening maken meer en meer gebruik van een pgb. Het aantal pgb-houders met een indicatie vanuit het Bureau Jeugdzorg stijgt bovendien veel harder dan vanuit het CIZ.

Het evaluatieonderzoek van ITS laat ook zien dat 35 procent van de pgb-houders alleen zorg inkoopt bij professionele hulpverleners: zorginstellingen, zelfstandig werkende hulpverleners c.q. begeleiders, freelancers of particulieren. Eenderde deel van de budgethouders koopt alleen hulp in bij mantelzorgers en eveneens een derde koopt een combinatie van professionele zorg en mantelzorg in^b.

VWS schetst een scenario waarbij de uitgaven voor pgb jaarlijks met € 400 miljoen groeien. Dat houdt in dat de pgb's over de periode tot en met 2011 zullen toenemen met € 1,6 miljard en daarmee beslag zouden leggen op

25 VWS, *Pgb in perspectief*, brief aan Tweede Kamer d.d. 9 november 2007, Tweede Kamer 2007-2008, 26631, nr. 232, p. 4.

twee derde van de voor de AWBZ beschikbare groeiruimte tijdens de huidige kabinetsperiode tot 2011 ter grootte van 2,4 miljard euro.

- a ITS, *Evaluatieonderzoek PGB*.
- b Hierbij is van belang dat bij de indicatie rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg, dat wil zeggen zorgverlening die in de concrete situatie van de partner of zijn omgeving maag worden verwacht. De indicatie betreft dan de hoeveelheid en de aard van de zorg die in aanvulling daarop nodig is.

Beleidsvoornemens van het kabinet

In haar brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2007 (*PGB in perspectief*) meldt de staatssecretaris dat zij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft gevraagd of het mogelijk is in de toekomst één financiële ruimte binnen de AWBZ af te spreken die zowel voor de zorg in natura als voor de pgb-regeling geldt. Beide vormen van verstrekkingen leggen dan beslag op hetzelfde budget (communicerende vaten) en kunnen niet langer aanvullend ten opzichte van elkaar worden benut²⁶.

Verder kondigt de staatssecretaris aan dat de pgb-tarieven aan een nadere beschouwing zullen worden onderworpen, evenals de geldende eigen bijdragen. Wat de eigen bijdragen betreft gaat het met name om de vrijstelling van eigen bijdragen voor jongeren onder de 18 jaar en de vrijstellingen voor de functies *tijdelijk verblijf*, *ondersteunende begeleiding* en *activerende begeleiding*. Tevens wil zij een aanvullend onderzoek laten verrichten naar de groei van de pgb's onder jeugdigen via de bureaus Jeugdzorg en naar de rol van zorgaanbieders, sociale diensten en bemiddelingsbureaus bij het aanvragen van een pgb.

Ten slotte is per 1 januari 2008 een aantal concrete maatregelen in werking getreden zoals het vaststellen van het (landelijk) plafond voor pgb's op € 1750 miljoen per jaar, het niet-toepassen van indexering bij de pgb-tarieven, het afschaffen van het huidige verantwoordingsvrije regiem (tot € 2500 op jaarbasis) en het afschaffen van de mogelijkheid om 10 procent van een pgb over te hevelen naar een volgend jaar.

Eigen-bijdrageregeling

Voor verzekerden ouder dan 18 jaar die een beroep doen op AWBZ-zorg geldt een eigen-bijdrageregeling. Deze bestaat uit verschillende elementen.

Voor AWBZ-zorg die valt onder de functies *persoonlijke dienstverlening* en *verpleging thuis* geldt een eigen bijdrage die via een anticumulatieregeling is afgestemd met die van de Wmo. Mensen met een inkomen tot 120 procent van het voor hen relevante sociaal minimuminkomen betalen een vast bedrag per periode van vier weken²⁷. Voor mensen met een hoger inkomen komt er 15 procent van het meerdere bij. Er is geen absoluut maximum aan deze bijdrage gesteld.

Voor verzekerden die 18 jaar of ouder zijn en *in een AWBZ-instelling verblijven* geldt een inkomensafhankelijke eigen-bijdrageregeling met een lage of een hoge bijdrage. Welke

26 De NZa heeft inmiddels laten weten dat deze methodiek voor 2008 geen optie is en niet eerder dan in 2009 operationeel zou kunnen zijn.

27 In 2008: € 16,80 voor alleenstaanden of € 24,20 voor gehuwden en samenwonenden per periode van 4 weken.

bijdrage iemand moet betalen, is afhankelijk van de thuissituatie en de duur van het verblijf in de instelling.

Eigen-bijdrageregeling bij verblijf in AWBZ-instelling

Bij verblijf in een AWBZ-instelling betaalt men de eerste zes maanden de lage eigen bijdrage. Daarna betaalt men de hoge bijdrage, tenzij men valt onder een van de uitzonderingen voor wie ook na zes maanden de lage bijdrage blijft gelden. De lage bijdrage blijft gelden voor de verzekerde:

- van wie de partner nog thuis woont;
- die een kind onderhoudt waarvoor kinderbijslag of studiefinanciering wordt ontvangen;
- van wie duidelijk is dat hij naar een thuissituatie kan terugkeren.

Voor partners wordt op grond van hun gezamenlijke inkomen één bijdrage berekend.

De *lage bijdrage* bedraagt sinds 1 januari 2008 maximaal € 727,60 per maand. De *hoge bijdrage* bedraagt sinds 1 januari 2008 maximaal € 1804,60 per maand. Het bijdrageplichtig inkomen wordt berekend op basis van het verzamelinkomen.

De verzekerde die in een instelling verblijft, moet van zijn inkomen altijd een vrij te besteden bedrag overhouden. Dit ‘zak- en kleedgeld’ bedraagt (inclusief vakantiegeld) per 1 januari 2008 voor alleenstaanden € 280,63 per maand en voor partners samen € 436,50 per maand.

Ook op het (bruto) pgb wordt een eigen bijdrage ingehouden als, uitgaande van de indicatie voor de te verlenen zorg, een eigen bijdrage zou zijn gevraagd. Het kan dus voorkomen dat voor geïndiceerde verpleging en verzorging, na aftrek van de eigen bijdrage, per saldo geen pgb of een gering (netto)bedrag aan pgb wordt verstrekt. Wanneer evenwel ondersteunende en activerende begeleiding is geïndiceerd, wordt geen eigen bijdrage ingehouden bij toekenning van een pgb. Dit zou namelijk ook niet gebeuren wanneer deze begeleiding vanuit een zorginstelling zou worden verstrekt.

3 Het veld en de spelers

Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar/zorgkantoor

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, indien zij zich daartoe hebben aangemeld bij het CVZ²⁸. Zij lopen hierover geen risico. Zorgverzekeraars dienen verzekerden die bij hen ingeschreven staan voor de basisverzekering, in te schrijven

28 Artikel 33 AWBZ.

voor de AWBZ²⁹. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat de verzekerden hun aanspraken op AWBZ-zorg kunnen realiseren³⁰.

Een verzekerde die zorg nodig heeft, dient zich te melden bij zijn zorgverzekeraar met een indicatiebesluit waarin het recht op AWBZ-zorg is vastgesteld. Verzekerden kunnen na een indicatie kiezen of ze het inkopen van de zorg overlaten aan het zorgkantoor (natura) of dat ze de zorg zelf willen inkopen (pgb³¹). Het zorgkantoor treedt op grond van mandatering en machtiging namens alle zorgverzekers op in een bepaalde regio.

Zorg in natura

Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura dient de zorgverzekeraar voldoende zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde desgewenst te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder (zorgplicht)³².

In bijgaande figuur 1 zijn de verschillende stappen in het naturaproces in beeld gebracht. (Zie p. 154).

Relatie zorgvrager-zorgaanbieder

De zorgvrager die zorg wenst, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie het zorgkantoor (namens zijn verzekeraar) een overeenkomst heeft gesloten. Zorgaanbieders zijn verplicht verantwoorde zorg³³ te leveren. Zij leveren de zorg aan de verzekerden op basis van de overeenkomst tussen aanbieder en zorgkantoor/zorgverzekeraar. Zij innen evenwel niet de verschuldigde eigen bijdrage.

De minister van VWS heeft namelijk het CAK als centrale instelling aangewezen voor het verrichten van de administratie ten aanzien van AWBZ zorg³⁴. De organisaties van zorgverzekeraars, gehoord het CVZ en het toenmalige College Toezicht Gezondheidszorg³⁵, hebben hierover een gezamenlijke voordracht aan de minister voorgelegd³⁶. Het CAK is verantwoordelijk voor het vaststellen en innen van de eigen bijdragen van verzekerden.

29 Op grond van artikel 9 van de AWBZ.

30 Artikel 6, lid 3 AWBZ bepaalt: “de zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen”.

31 De pgb-verstrekking vindt plaats binnen het kader van een VWS-subsidieregeling. Jaarlijks stelt VWS het subsidieplafond vast waarbinnen de zorgkantoren de pgb's mogen verstrekken. CVZ vervult hierbij een coördinerende rol. In het kader van de pbg-regeling kan de minister van VWS in geval van knelpunten het budgetplafond verhogen.

32 Schooneveld, E. van (2007) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 21 (2007) – nr. 5, pp. 345-345.

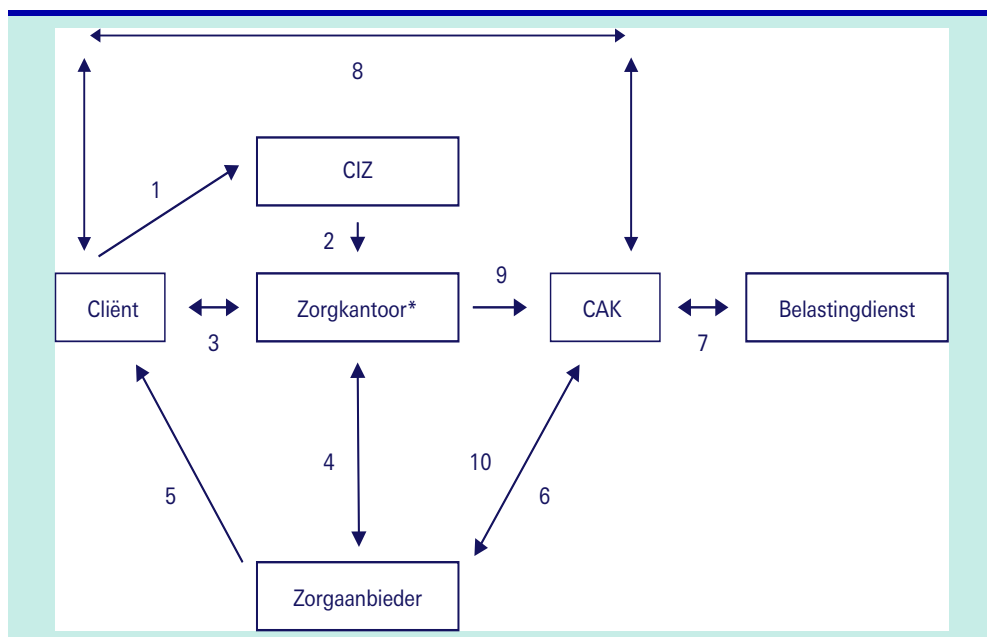
33 De Kwaliteitswet zorginstellingen omschrijft verantwoorde zorg als volgt: “Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.”

34 Artikel 40 AWBZ regelt dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van AWBZ-zorg kunnen worden aangewezen waarvoor de administratie en controle geheel of gedeeltelijk door de minister aan te wijzen rechtspersonen geschieden.

35 Het CTG is opgegaan in de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

36 Artikel 3, lid 1 en lid 5 AMVB als bedoeld in artikel 16, eerste lid. van de AWBZ.

figuur 1



1. De cliënt meldt zich bij het CIZ voor een indicatie.
2. De indicatie wordt doorgestuurd naar het zorgkantoor, waarbij de cliënt voorkeurszorgaanbieder heeft aangegeven.
3. Wanneer de zorgaanbieder van voorkeur geen plaats heeft, bemiddelt het zorgkantoor, na overleg met de cliënt, naar een andere zorgaanbieder.
4. Het zorgkantoor stuurt de indicatie door naar de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder neemt contact op met de cliënt en de zorg kan gestart worden.
6. De zorgaanbieder meldt de cliënt bij het CAK zodat de eigen bijdrage berekend kan worden.
7. CAK vraagt bij de Belastingdienst het inkomen op om de definitieve eigen bijdrage te berekenen.
8. CAK brengt de eigen bijdrage bij de cliënt in rekening. Cliënt betaalt de eigen bijdrage aan het CAK.
9. Het zorgkantoor geeft CAK opdracht gelden over te maken naar de zorgaanbieders op basis van de overeengekomen productieafspraken.
10. Het CAK betaalt naar aanleiding van de betalingsopdracht de gelden uit aan de zorgaanbieders.

* Zorgkantoor namens verzekeraars.

Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder

Zoals hierboven aangegeven, zijn zorgverzekeraars ervoor verantwoordelijk dat de verzekerde zijn aanspraak op AWBZ-zorg kan realiseren. Zij dienen dan ook voldoende zorgaanbieders schriftelijk te contracteren³⁷ (AWBZ-verzekerden hebben immers recht op 'zorg in natura'). Het zorgkantoor dient namens alle betrokken verzekeraars te onderhandelen met de in de regio gevestigde zorgaanbieders over de zorgcontracten. Deze overeenkomsten bevatten ten minste bepalingen over³⁸:

- aanvang, duur en tussentijdse beëindiging van de te verlenen zorg;
- aard, kwaliteit, doelmatigheid, omvang en prijs van de te verlenen zorg;
- wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien;
- controle op de naleving.

37 Artikel 15, lid 1 AWBZ.

38 Artikel 16, AWBZ.

Er bestaat een contracteverplichting voor intramurale zorg³⁹. Zorg wordt ingekocht (productieafspraken worden gemaakt) op basis van de beleidsregels die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de verschillende prestaties heeft vastgesteld. De beleidsregels van de NZa bepalen de maximumprijs. Het staat partijen vrij een lagere prijs af te spreken. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg is het echter niet toegestaan een hogere prijs vast te stellen.

Contracteerruimte

De productieafspraken betreffen zowel de intra- als extramurale zorg in natura die door het CIZ is geïndiceerd. Voorafgaand aan een jaar wordt de omvang van de zogenaamde contracteerruimte door de NZa vastgesteld en verdeeld over de zorgkantoren. Het ministerie van VWS heeft via een aanwijzing aangegeven hoeveel de contracteerruimte mag groeien ten opzichte van het voorgaande jaar en voor welke specifieke doeleinden gelden moeten worden gereserveerd.

De zorgkantoren maken vervolgens, binnen deze regionale budgetten (contracteerruimte), afspraken met zorgaanbieders. Indien de zorgvraag hoger blijkt te zijn dan overeenkomt met het vastgestelde budget, kunnen zorgkantoren afspraken maken met andere regio's om te komen tot herverdeling. Ook kunnen zorgkantoren een beroep doen op de knelpuntenprocedure bij de NZa. De NZa beoordeelt de aanvragen en kan vervolgens de staatssecretaris adviseren de groeiruimte te verhogen of de aanvraag af te wijzen indien onvoldoende is aangetoond dat er sprake is van problematische wachtlijsten. Ook kan de NZa aandringen op overhevelen van regionale overschotten om de tekorten op te lossen. Zorgaanbieders melden aan het zorgkantoor wanneer de zorg is begonnen en beëindigd, en verantwoorden zich over de geleverde kwaliteit.

Clëntenstops bij zorgaanbieders

In september 2007 heeft een aantal thuiszorgorganisaties in het werkgebied van Achmea cliëntenstops afgekondigd. In november 2007 spande Achmea een kort geding aan tegen de Staat en de NZa waarin zij beoogde de buiten werking stelling van de algemeen verbindende voorschriften waarmee het stelsel van de contracteerruimte in de AWBZ in het leven is geroepen. De voorzieningenrechter van de Rechtbank 's-Gravenhage concludeerde op 13 november 2007^a dat niet aannemelijk is geworden dat de contracteerruimte aanspraken van verzekerden frustreert. De Staat en de NZa hebben de vrijheid, en binnen de voor hen geldende kaders de plicht, om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Een stelsel van een vast 'macro-budget' en meer in het algemeen het toepassen van een budgetmodel met vooraf vastgestelde contracteerruimte is voor de zorg op zichzelf niet

³⁹ Artikel 16b regelt dat een zorgverzekeraar verplicht is met iedere instelling in zijn werkgebied op haar verzoek een overeenkomst te sluiten, tenzij hij daartegen ernstige bezwaren heeft. De contracteerplicht geldt sinds een aantal jaren niet meer voor de extramurale AWBZ-zorg.

onrechtmatig. Kostenbeheersing is een publieke, in de wetgeving veranderde taak. De rechter merkte op dat twijfel bestaat of Achmea voldoende gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid voor zorgkantoren om contracteerruimte over te hevelen van de ene naar de andere regio.

Het is de verantwoordelijkheid van Achmea om zelf (actief) op zoek te gaan naar de nog beschikbare contracteerruimte. Verder achtte de rechter het niet met de vereiste mate van aannemelijkheid gebleken dat Achmea alles heeft gedaan wat redelijkerwijs in haar macht ligt om binnen het budget te blijven. Daarnaast heeft Achmea geen gebruik gemaakt van de door de NZa geïntroduceerde spoedprocedure ten behoeve van het onmiddellijk kunnen treffen van maatregelen bij acute knelpunten.

De bestaande jurisprudentie geeft de volgende inzichten:

- de AWBZ-verzekerde heeft tegenover zijn zorgkantoor/zorgverzekeraar een ongeclausuleerde aanspraak op de AWBZ-zorg die – na een indicatiestelling door het CIZ – hem toekomt;
- het zorgkantoor/ de zorgverzekeraar moet voldoende zorgaanbod effectueren (doelmatige inkoop binnen de toegekende budgetten);
- de AWBZ wijst de zorgverzekeraar aan als de instantie die door verzekerden kan worden aangesproken (verzekerden hebben geen aanspraak tegenover de staat);
- het zorgkantoor moet, als dat nodig is, tijdig signaleren (richting NZa en VWS) dat het toegekende inkoopbudget ontoereikend is.

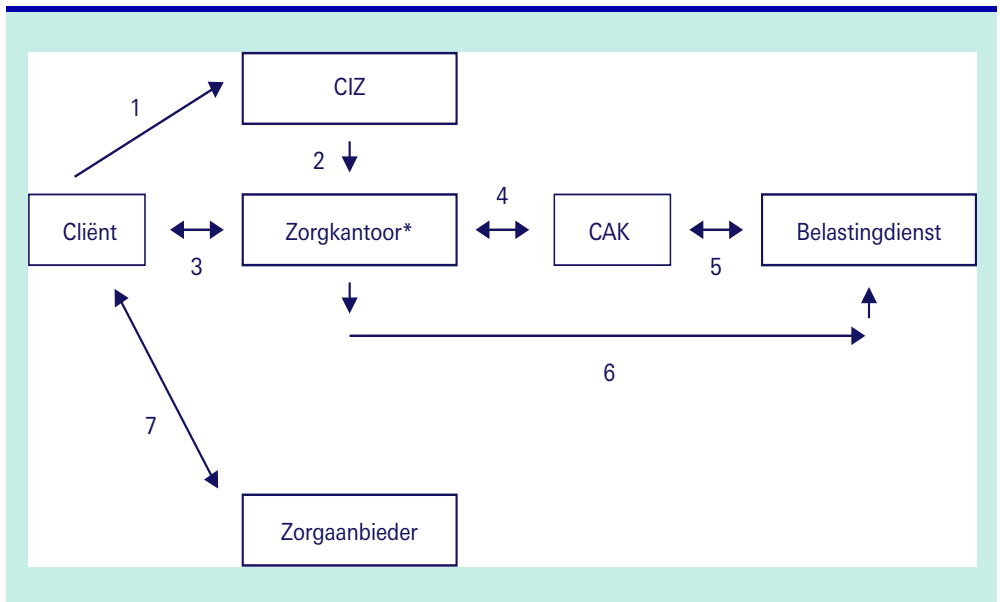
a LJN: BB7623, Voorzieningenrechter Rechtbank 's-Gravenhage, 295485 / KG 07/1152.

Pgb

Indien de verzekerde kiest voor een pgb ontvangt hij van het zorgkantoor een genormeerd bedrag dat afhankelijk is van de indicatie. Met het pgb kan de verzekerde vervolgens zelf bepalen door wie de geïndiceerde zorg wordt verleend en is hij niet gebonden aan de door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. De cliënt heeft ook in eigen hand welke functies hij inkoop; dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel gaan om AWBZ-verzekerde zorg.

Onderstaand zijn de verschillende stappen in het pgb-proces in beeld gebracht.

figuur 2



1. De cliënt meldt zich bij het CIZ voor een indicatie.
2. De indicatie wordt doorgestuurd naar het zorgkantoor, waarbij de cliënt voorkeur heeft aangegeven voor een pgb.
3. Het zorgkantoor vertaalt de indicatie naar een (netto) pgb en betaalt het pgb uit aan de cliënt. Na berekening van de definitieve eigen bijdrage wordt de cliënt door het zorgkantoor op de hoogte gebracht (met eventueel verrekening, nabetaling of vordering).
4. Het zorgkantoor verzoekt het CAK om de definitieve eigen bijdrage te berekenen. CAK koppelt deze terug naar het zorgkantoor.
5. CAK vraagt bij de Belastingdienst het inkomen op om de definitieve eigen bijdrage te berekenen.
6. Het zorgkantoor verstrekt de Belastingdienst informatie over bestede pgb-gelden van budgethouder.
7. Cliënt koopt zelf zorg in en betaalt.

* Zorgkantoor namens verzekeraars.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van een pgb is het risico voor de zorginkoop en van de betaling van de zorgkosten in handen van de cliënt, waarbij hij zelf het aantal uren zorg en de prijs (in onderhandeling met de zorgaanbieder/-verlener) bepaalt. Ook is hij verantwoordelijk voor het afsluiten van een contract met de zorgverlener en voor de administratieve afhandeling en verantwoording daarvan. De cliënt die met zijn pgb een beroep doet op een zorgverlener, zal veelal als werkgever worden aangemerkt en de daarbij behorende verplichtingen moeten nakomen. Hierbij kan hij worden ondersteund door een (particulier) bemiddelingsbureau of door een servicebureau van de Sociale Verzekeringsbank.

Zorgkantoren

Op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering zijn 32 regionale 'verbindingskantoren' aangewezen. Sinds de inwerkingtreding van de Zvw gaat het om van de zorgverzekeraars afgescheiden rechtspersonen, zorgkantoren genoemd.

De taken van deze zorgkantoren zijn beperkt tot:

- 1 het bevorderen van het administratieve contact tussen zorgaanbieders enerzijds en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) anderzijds;
- 2 het adviseren van zorgverzekeraars over aanspraken;
- 3 adviseren van zorgverzekeraars over verschuldigdheid van eigen bijdragen;
- 4 doorgeven van gegevens aan het CAK.

De praktijk verloopt echter anders. Zorgverzekeraars hebben namelijk op vrijwillige basis vrijwel al hun AWBZ-taken aan de zorgkantoren uitbesteed. Dit geldt in het bijzonder voor de zorginkoop en het verstrekken van subsidies. In de praktijk moeten verzekerden dus bij het zorgkantoor aankloppen voor hun aanspraken op AWBZ-zorg.

Toezicht

Toezicht op de zorgverzekeraars/zorgkantoren vindt plaats door de NZa en door het CVZ. Jaarlijks wordt een oordeel gegeven over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven.

4 Bekostiging

Het CVZ beheert de door de Belastingdienst in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gestorte AWBZ-gelden⁴⁰. Het CVZ bevordert een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ⁴¹ en adviseert de minister van VWS over de onder de AWBZ-verzekering te brengen verstrekkingen⁴².

Het CAK verricht de betalingen die zorgverzekeraars uit hoofde van de uitvoering van de AWBZ verschuldigd zijn aan zorgaanbieders voor het verlenen van zorg. Deze betalingen geschieden namens het CVZ. Op geleide van een betalingsopdracht van de zorgkantoren, verstrekt het CAK iedere maand betalingen aan de zorgaanbieders.

Het CVZ kan regels stellen over de wijze waarop het CAK en de zorgkantoren hun werkzaamheden uitvoeren.

Zorgkantoren verstrekken aan verzekerden desgewenst pgb's. Pgb's komen niet ten laste van het aan een zorgkantoor toegewezen regionale budget, maar ten laste van een landelijk budget dat beschikbaar is voor de desbetreffende subsidieregeling die door het CVZ in het leven is geroepen. Vanuit de zorgaanbieders gezien gaat het dus om een aanvullend budget ten opzichte van het regionale budget dat onder de contracteerruimte van een zorgkantoor valt. Het landelijk budget voor pgb's is in de afgelopen jaren telkens verhoogd wanneer het plafond van de subsidieregeling werd bereikt.

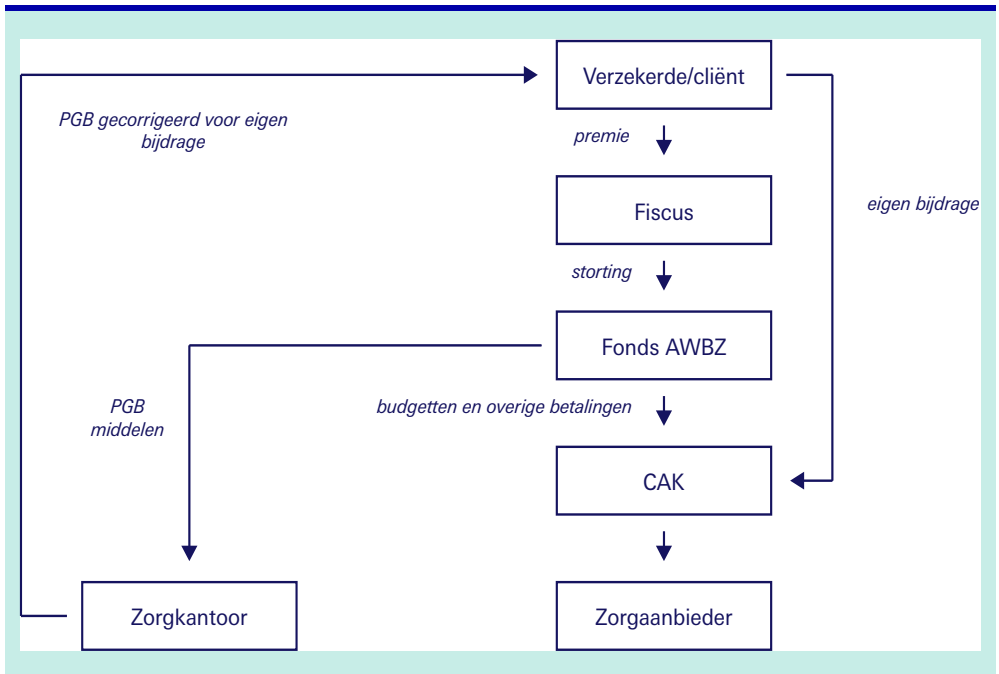
40 Artikel 90 eerste lid Wet financiering sociale verzekeringen.

41 Artikel 41 AWBZ.

42 Artikel 43 AWBZ.

In het navolgende schema is een schets gegeven van de geldstromen in de AWBZ vanaf de premieheffing tot de betaling van zorgaanbieders.

Figuur 3 Geldstromen AWBZ



Verkenning Zvw en Wmo

1 Inleiding

Veranderingen in de omgeving van de AWBZ

De recente wijzigingen in de ‘omgeving’ van de AWBZ vormen volgens de adviesaanvraag een belangrijke reden om het stelsel van langdurige zorg onder de loep te nemen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007 is het zorgstelsel aanzienlijk veranderd. Dit heeft gevolgen voor de samenhang van zorg en ondersteuning en hun onderlinge afbakening.

Hierna volgt allereerst een weergave van de zorg en ondersteuning die thans worden geboden op grond van de Zvw. Vervolgens komt de Wmo aan de orde. Daarbij wordt ingegaan op de zorginhoud (de prestaties), op de uitvoeringsinstanties en hun onderlinge relaties en de bekostiging. In bijlage 5 wordt meer gedetailleerd ingegaan op de macro-financiering en de lastenverdeling van AWBZ, Zvw en Wmo en de bedragen die daarmee zijn gemoeid.

Kernwetten zorgstelsel in den brede

Naast de ziektekostenverzekeringen (Zvw en AWBZ) maken de wetgeving inzake de kwaliteit van de zorg en de wetgeving inzake de structuur, organisatie en tariefstelling van de zorg deel uit van het zorgstelsel in den brede. Al met al bestaat het Nederlandse zorgstelsel uit de volgende zes ‘kernwetten’:

Zorgverzekeringen

- Zvw;
- AWBZ.

Kwaliteit van de zorgverlening

- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), met onder andere een systeem van voorbehouden handelingen en van titelbescherming;
- Kwaliteitswet zorginstellingen, met (open) normen voor zorgaanbieders, onder andere op het gebied van verantwoorde zorg en de organisatie van de zorg.

Structuur, organisatie en tariefstelling

- Wet toelating zorginstellingen (WTZi), met regels voor een decentraal en vraaggericht stelsel voor de bouw en exploitatie van zorginstellingen. De bij de zorg betrokken partijen bepalen de capaciteit waarvoor de overheid de randvoorwaarden stelt. De bedoeling is dat de overheidsbemoeyenis met het zorgaanbod geleidelijk afneemt.

- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die onder andere de toezichthoudende taken van de zorgautoriteit regelt¹.

2 Zorgverzekeringswet²

2.1 Doelstellingen

De Zvw is op 1 januari 2006 in werking getreden. Het doel is ervoor te zorgen dat iedere ingezetene een kostendekkende ziektekostenverzekering heeft voor het geval hij medische zorg nodig heeft, en te waarborgen dat de gehele bevolking tegen acceptabele voorwaarden toegang heeft tot noodzakelijke zorg. Motieven voor de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen waren onder meer: het bewerkstelligen van meer doelmatigheid, minder centrale sturing en een goede toegankelijkheid. De regering zag deze herziening als onderdeel van een breder georiënteerde herziening van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg.

2.2 Zvw anno 2008: algemeen

Rechtskarakter en kring van verzekerden

Alle Nederlandse ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten (*verzekeringsplicht*)³. Zij sluiten daartoe een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket. Verzekeraars hebben de plicht iedere verzekeringsplichtige als verzekerde te accepteren (*acceptatieplicht*) voor al hun modelovereenkomsten.

Prestaties

Het te verzekeren *risico* in de Zvw is⁴ de behoefte aan:

- a geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden;
- b mondzorg;
- c farmaceutische zorg;
- d hulpmiddelenzorg;
- e verpleging;
- f verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.

1 Met de inwerkingtreding van de Wmg is de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), op grond waarvan de prijsvorming in de gezondheidszorg werd bepaald, vervallen.

2 Grotendeels ontleend aan Hamilton, G.J.A. (2005) *Een zorgverzekering voor iedereen: Zorgverzekeringswet en wet op de zorgtoeslag*, PS Special nr. 3, Deventer, Kluwer.

3 In de AWBZ zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd (zie bijlage 3).

4 Artikel 10 Zvw.

Zorgplicht

In de Zvw wordt gesproken over de ‘zorgplicht’ van verzekeraars⁵. Tegenover de verplichting premie aan de zorgverzekeraar te betalen, heeft de verzekerde recht op:

- 1 zorg die door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend⁶ of
- 2 een vergoeding van de kosten van verleende zorg, al dan niet met bemiddeling van de zorgverzekeraar.

Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de *tijdigheid* en de *kwaliteit* van de verzekerde zorg.

Indien een verzekerde heeft gekozen voor een naturapolis en zich desondanks wendt tot een *niet-gecontracteerde* zorgaanbieder (de verzekerde kiest hier zelf voor), mag zijn zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepalen⁷. Indien de zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis echter onvoldoende zorgaanbieders contracteert (de zorgverzekeraar voldoet niet aan de zorgplicht), dient hij alle marktconforme kosten te vergoeden. Een lagere vergoeding dan de door verzekerde gemaakte kosten is in deze situatie niet mogelijk.

Inhoud en omvang prestaties

De verzekeringsrechten of aanspraken van de basisverzekering zijn door de wetgever bepaald en zijn (net als in de AWBZ) *functiegericht* omschreven⁸. Dit brengt mee dat elke bevoegde zorgverlener of instantie de zorg mag leveren. De zorgverzekeraar is bevoegd om, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de zorg wordt geleverd.

De *inhoud en omvang van de prestaties* van de basisverzekering zijn nader geregeld bij AMvB en sluiten in grote lijnen aan bij het voormalige ziekenfondspakket⁹. Vaak wordt een beschrijving gehanteerd waarbij de omvang wordt overgelaten aan “hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is”. In feite stelt dan de betreffende beroepsgroep de omvang van het verzekeringsrecht vast¹⁰. De AMvB geeft de wetgever de mogelijkheid tot beperking van de verzekerde prestaties. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg een eigen bijdrage dient te betalen.

5 Artikel 11 Zvw.

6 Hier staat kostenvergoeding centraal met desgewenst bemiddeling. Zonder de activiteit ‘bemiddeling’ is sprake van een zuivere restitutieverzekering. Zorgverzekeraars zijn tot niets verplicht behoudens restitutie. De Zvw schrijft wel voor dat verzekerden die dat wensen, bemiddeling aangeboden moeten krijgen. Bemiddeling houdt dan in: activiteiten gericht op het op *tijd* verkrijgen van de *juiste* zorg (bemiddelaar, telefoon, computer et cetera). Dit is een inspanningsverplichting.

7 De zorgverzekeraar hoeft in dit geval niet het volledige bedrag dat de zorgaanbieder rekent, te vergoeden. Op grond van EU-richtlijnen over vrij verkeer van goederen en diensten mag de hoogte van deze vergoeding echter niet zodanig laag zijn dat het een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

8 De wetgever bepaalt *wat* tot het verzekerde pakket behoort. De term ‘functionele aanspraken’ houdt in dat zorgverzekeraars mogen bepalen door *wie* en *waar* de zorg wordt geleverd.

9 Artikelen 2.1 t/m 2.17 Besluit zorgverzekering.

10 Zo vallen vernieuwingen op het gebied van medisch handelen automatisch binnen de verzekeringsaanspraak (tenzij deze met name door de wetgever worden uitgezonderd).

Sinds 1 januari 2008 is de no claim-regeling vervangen door een wettelijk verplicht eigen risico van € 150,- per jaar. Daarbovenop mag de verzekeraar polissen aanbieden met een vrijwillig eigen risico¹¹.

Criteria afbakening basispakket

Het verzekerde pakket in de Zvw omvat noodzakelijke, op genezing gerichte zorg¹². Voor de afbakening daarvan is aansluiting gezocht bij de criteria van de commissie-Dunning¹³. Het CVZ (het orgaan dat hierover advies uitbrengt aan de minister) hanteert in dit verband vier ‘pakketprincipes’: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Op basis van periodieke toetsing door het CVZ aan deze criteria wordt bepaald of het nodig is om zorgvormen aan het verzekerde pakket toe te voegen of daaruit te verwijderen, zodat het pakket op lange termijn betaalbaar blijft. De pakketprincipes zijn uitgewerkt in concrete criteria. Zoals de minister van VWS aangeeft, is het maken van keuzes over de samenstelling van het pakket uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid¹⁴.

Toegang tot zorg

De beslissing over de indicatiestelling wordt genomen door de zorgaanbieder tot wie de zorgvrager zich heeft gewend. De vraag of verzekerde zorg feitelijk aan een verzekerde moet worden geleverd, wordt beoordeeld op basis van medisch-inhoudelijke of zorginhoudelijke criteria. Uitgangspunt is dat eventuele sturing hierop via de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraar plaatsvindt. Het is aan de zorgverzekeraar om al dan niet in de modelovereenkomsten op te nemen dat voor bepaalde zorgvormen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld verwijzing of machtiging) nodig is. Doorgaans wordt dit aan de huisarts overgelaten¹⁵. In sommige gevallen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist¹⁶. Deze eisen betreffen voornamelijk farmaceutische zorg, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg¹⁷.

11 Wettelijk is bepaald dat dit € 100, € 200, € 300, € 400 en/of € 500 mag zijn.

12 Niet alle vormen van zorg in de Zvw zijn op herstel en genezing gericht. Een voorbeeld is nierdialyse.

13 In het verleden heeft meerdere keren discussie plaatsgevonden over de criteria op grond waarvan bepaalde zorgvormen tot het collectief gefinancierde verzekeringspakket (het basispakket) behoren. Zie onder meer de Commissie-Dekker (1987); de Commissie-Dunning (1991) *Kiezen en delen*; CVZ (2001) *Het basispakket: inhoud en grenzen*, Diemen, College voor zorgverzekeringen en adviezen van de Gezondheidsraad. Zie ook: Hamilton, G.J.A. (2005) *Een zorgverzekering voor iedereen. De Zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag*, PS Special, nr. 3, op.cit., pp. 85-87.

14 Ministerie VWS, Standpunt pakketbeheer en pakketadvies CVZ, Tweede Kamer, 2006-2007, 30 800 XVI, nr. 168.

15 Artikel 14, lid 2 Zvw bepaalt: De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

16 Indien de zorgverzekeraar zich het recht van toestemming heeft voorbehouden, dient hij de vraag of de verzekerde behoefte heeft aan verzekerde zorg, door een deskundige te (laten) beantwoorden (bijvoorbeeld door verzekeringsartsen in dienst te nemen).

17 NZa (2007) *Thematisch onderzoek Zorgplicht: Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit, p. 7.

Formele afbakening ten opzichte van AWBZ-zorg

Er bestaat samenhang en overlap tussen zorg op grond van de Zvw en zorg op grond van de AWBZ. Zo kent ook de AWBZ bijvoorbeeld een recht op ‘verpleging, verzorging en verblijf’. De AWBZ-functies ‘behandeling’ en (delen van) ‘activerende begeleiding’ hebben grote raakvlakken met de aanspraken op de prestaties ‘geneeskundige zorg’ en ‘paramedische zorg’ van de Zvw, aldus het CVZ. Volgens het CVZ ligt het onderscheid vooral in het feit dat de zorg in de AWBZ is gericht op de specifieke AWBZ-problematiek en is gekoppeld aan de AWBZ-grondslagen.

In de AMvB die de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties van de Zvw nader invult, is de leidende gedachte dat de krachtens de Zvw te verzekeren zorg en diensten op *herstel en genezing* zijn gericht. In een aantal gevallen wordt de afbakening gerealiseerd door een ‘tijdsknip’: ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg die langer dan een jaar duurt, wordt gefinancierd uit de AWBZ. Sinds 1 januari 2008 is de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. De kosten van tweedelijns behandelingen¹⁸ worden vanaf 1 januari 2008 vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.¹⁹ Ook de kosten voor opname en behandeling in een ggz-instelling *gedurende het eerste jaar* komen ten laste van de Zvw.²⁰

Aanvullende zorgverzekeringen

Zorgverzekeraars en verzekerden kunnen naast de basisverzekering aanvullende verzekeringen overeenkomen voor zorgkosten die niet onder het wettelijke basispakket vallen, zoals voor (extra) fysiotherapie, tandartszorg of alternatieve zorg. Zorgverzekeraars beslissen zelf welke verstrekkingen in een aanvullende verzekering worden aangeboden en kunnen voor bepaalde aanvullende zorg (bijvoorbeeld tandartszorg) een wachttijd hanteren. De Zvw regelt hierover niets. Er geldt geen acceptatieplicht en de hoogte van de premie mag afhankelijk zijn van de leeftijd en de gezondheid van de verzekerde. In de praktijk worden veelal collectieve aanvullende verzekeringen overeengekomen met werkgevers of groepen van verzekerden. Dat kan de premie verlagen en leiden tot aanvullende pakketten met bij uitstek voor de doelgroep gewenste aanvullende zorg.

Zorgtoeslag

Om de financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering voor iedereen te waarborgen, biedt de door de Belastingdienst uit te keren *zorgtoeslag* een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie²¹.

-
- 18 Een tweedelijns behandeling kan bestaan uit een wekelijks gesprek, dagbehandeling, medicijnen of opname in een ggz-instelling. Het doel van zo'n behandeling is om iemand te genezen of om te voorkomen dat de klachten erger worden.
- 19 Vanaf 1 januari 2008 worden de eerste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vergoed uit het basispakket. Voorheen moesten burgers zich hiervoor aanvullend verzekeren. Voor deze eerstelijns zorg bestaat een eigenbijdrageregeling van € 10,- per zitting.
- 20 Ministerie VWS (2007) Brochure *Deel ggz vanaf 2008 in het basispakket: Behandeling psychische problemen voortaan in het basispakket van uw zorgverzekering*, Den Haag.
- 21 Om verzekerden te stimuleren de verzekeringspolissen wel op prijs te blijven vergelijken, is niet de werkelijk betaalde premie maatgevend voor de zorgtoeslag, maar een gemiddelde van de nominale premies zoals die zich op de markt voordoen.

2.3 Het veld en de spelers

In deze paragraaf worden de uitvoeringsinstanties en hun onderlinge relaties aan de hand van een schema beschreven. Aanbodregulering door de overheid als sturingsmechanisme voor de curatieve zorg is vervangen door gereguleerde marktwerking. Gereguleerde marktwerking, zoals het in de Zvw is geformuleerd, houdt in:

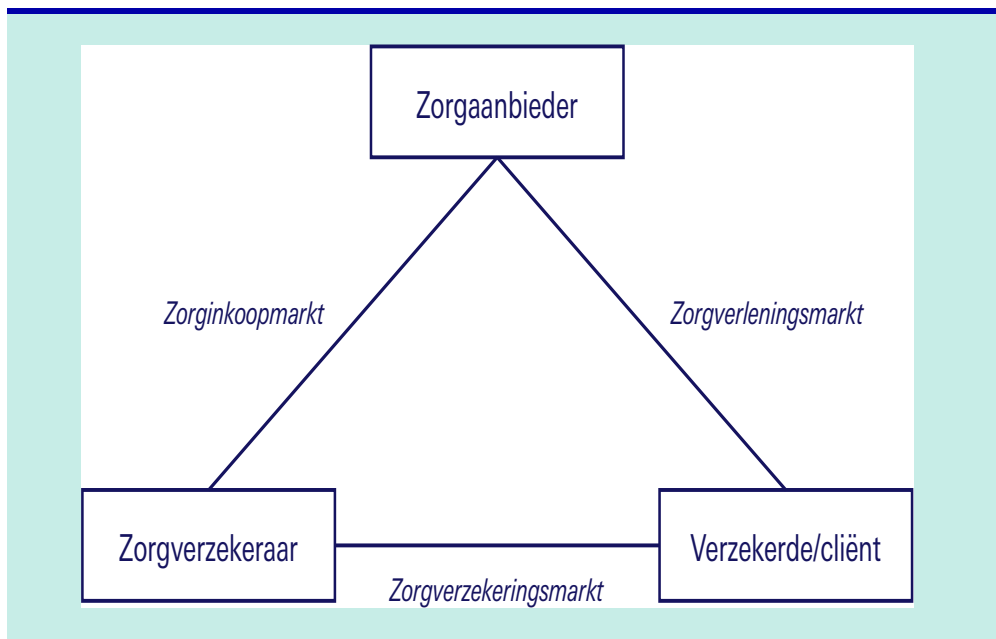
- aan de ene kant: ‘overheidsinterventie om sociale waarborgen te scheppen’;
- en aan de andere kant: ‘ruimte en prikkels voor eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en concurrentie’.

De marktwerking in de curatieve zorg vindt in getrapte vorm plaats:

- de verzekerde is vrij in de keuze van verzekeraar en is vrij om eenmaal per jaar te wisselen van zorgverzekeraar;
- de zorgverzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden aan de hand van de aangeboden voorwaarden en de nominale premie (*zorgverzekeringsmarkt*);
- dit moet de zorgverzekeraars prikkelen te zorgen voor een klantgerichte, efficiënte en doelmatige zorginkoop (*zorginkoopmarkt*);
- dit moet ertoe leiden dat zorgaanbieders concurreren om de gunst van zorgverzekeraars aan de hand van kwaliteit, prijs en doelmatigheid (*zorgverleningsmarkt*).

De relaties tussen de onderscheiden actoren en de deelmarkten op het terrein van de Zvw zijn in onderstaand schema in beeld gebracht.

figuur 4 Zvw deelmarkten



Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar (zorgverzekeringsmarkt)

De uitvoering van de Zvw is opgedragen aan zorgverzekeraars, die het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren schriftelijk hebben gemeld aan de NZa²². Zoals hierboven aangegeven, zijn verzekerden vrij in de keuze van verzekeraar en vrij om eenmaal per jaar te wisselen van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars concurreren op:

- de hoogte van de nominale premie;
- het aanbieden van een natura- of restitutiepolis, dan wel 'restitutie met gecontracteerde zorgpolis';
- de invulling van de functionele aanspraken in de polis;
- het al dan niet verstrekken van collectiviteitskortingen tot maximaal 10 procent (aan werknemers, maar bijvoorbeeld ook aan patiëntenverenigingen)²³;
- het al dan niet werken met provinciepolissen.

Ook de kwaliteit van de dienstverlening, de rechtsbescherming en de wijze waarop invloed van verzekerden op het beleid is geregeld, kunnen een rol spelen bij de keuze van een verzekerde voor een zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars mogen landelijk en regionaal werken. Zorgverzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden zijn verplicht minimaal één landelijke polis aan te bieden²⁴.

Voor verzekerden bestaat er een financiële prikkel omdat zij nominale premies betalen, een eigen risico van € 150,- hebben en eventueel een aanvullend eigen risico²⁵ dragen. De verzekerden worden zo gestimuleerd kritisch te zijn ten aanzien van kwaliteit en prijs van de zorg.

Relatie zorgvrager-zorgaanbieder (zorgverleningsmarkt)

Op grond van zijn naturapolis is de verzekerde vrij zich te wenden tot een zorgaanbieder van zijn keuze, mits de zorgverzekeraar daarmee een contract heeft en mits er voldoende zorgaanbieders beschikbaar zijn.

De relatie zorgvrager-zorgaanbieder is op vertrouwen gebaseerd²⁶. De wetgeving illustreert dat, al is het soms impliciet. Grondslag voor de behandeling is de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Zorgvragers moeten toestemming voor een behandeling geven.

Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder (zorginkoopmarkt)

Aan zorgverzekeraars is een centrale rol toebedacht in de relatie met de zorgaanbieders. De regering heeft verzekeraars voor ogen die, in het model van gereguleerde concurrentie, zich opstellen als klantgerichte en doelmatige 'regisseurs' van de zorg. Concurrentie tussen de zorgverzekeraars moet uiteindelijk leiden tot een zo klantgericht en efficiënt mogelijke inrichting van de zorg. Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar contracteert, hoe

22 Artikel 25 Zvw.

23 Artikel 18 Zvw.

24 Artikel 29 Zvw.

25 Artikel 19 Zvw.

26 Zie: Groot, G.R.J. de (2003) *Kiezen voor zorg: De keuzevrijheid van de patiënt in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, Boom Juridische Uitgevers.

lager de premie voor de verzekerden kan zijn. Zorgverzekeraars kunnen dit doen door namens de verzekerden te onderhandelen met zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuizen, over de kwaliteit en prijs van de behandelingen. Er bestaat geen contracteerverplichting. Verzekeraars hoeven dus niet alle zorgaanbieders te contracteren en kunnen werken met *preferred providers*²⁷. Achterliggende gedachte is dat de zorgverzekeraar als contractspartij een sterkere *countervailing power* is voor de zorgaanbieder dan een individuele zorgvrager.

In 2005 zijn drie wetten in werking getreden die meer flexibiliteit in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder als doel hadden:

- De Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (WHOZ): beoogt meer flexibiliteit in het sluiten van overeenkomsten met de zorgaanbieders;
- De Wet tarieven gezondheidszorg expres (experimenten en prestaties) (WTG Expres): beoogt meer flexibiliteit in de tarieven;
- De Wet toelating zorginstellingen (WTZ-i): beoogt meer flexibiliteit in de toelating van zorginstellingen.

Toezicht

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), De Nederlandsche Bank (DNB) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) oefenen het toezicht op de verzekeraars uit. Toezicht op de zorgaanbieders vindt plaats door de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ), de NZa, FIOD-ECD en de NMa.

2.4 Bekostiging zorgverzekeraars en risicoverevening

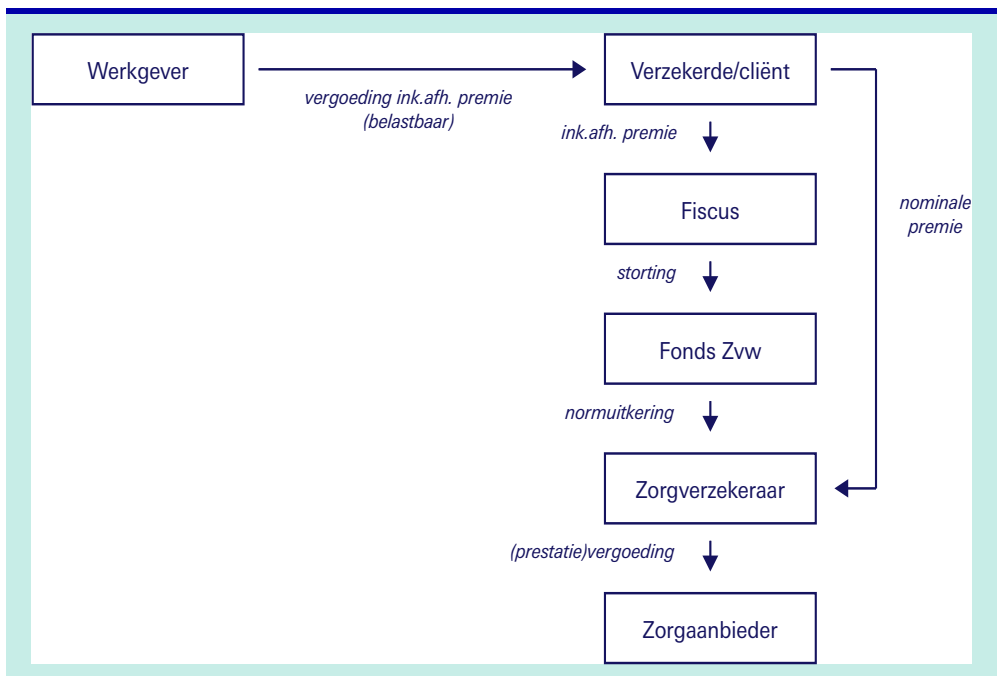
De inkomsten van de zorgverzekeraar bestaan uit de nominale premies die hij ontvangt van zijn verzekerden en uit een bijdrage die hij ontvangt vanuit het Zorgverzekeringsfonds, de zogenaamde vereveningsbijdrage. Een goed werkend systeem van risicoverevening (met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria) is een noodzakelijke pendant van de acceptatieplicht en draagt bij aan een level playing field voor zorgverzekeraars²⁸.

De verschillende actoren die betrokken zijn bij de financiële stromen in het kader van de uitvoering van de Zvw zijn in het onderstaande schema in beeld gebracht.

27 Met *preferred providers* worden voorkeursleveranciers bedoeld. Verzekeraars zouden verzekerden kunnen stimuleren om gebruik te maken van zorgaanbieders waarmee goede afspraken zijn gemaakt.

28 Verzekeraars hebben immers zelf niet in de hand wie zich bij hen verzekeren; een verzekeraar met onevenredig veel 'slechte risico's' zou daardoor financieel in de problemen kunnen komen. Met de vereveningsbijdrage wordt dit nadeel gecompenseerd.

figuur 5 Geldstroom Zvw



Risicodragende verzekeraars

Zorgverzekeraars zijn, zoals ook in de vorige paragraaf is beschreven, risicodragend voor de uitvoering van de Zvw. Dit impliceert onder andere dat zij financieel risico lopen, maar leidt er ook toe dat efficiënter werken of een verstandige zorginkoop, voordeel of winst kan opleveren. Als verzekeraars winst maken, is dat interessant voor investeerders. Als private entiteiten kunnen verzekeraars echter ook failliet gaan.

De Zvw beoogt macrokostenbeheersing te stimuleren door gereguleerde marktwerking. Doordat verzekerden elk jaar mogen wisselen van verzekeraar worden verzekeraars geprikkeld te concurreren om de gunsten van verzekerden. Dit moet de verzekeraars ertoe aanzetten klantgericht en doelmatig zorg in te kopen en de uitvoering van de verzekering zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Het streven is marktwerking in de zorgverzekeringsmarkt te creëren waarbij het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille er in feite niet toe doet.

Als gevolg van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie²⁹ hebben verzekeraars in principe geen invloed op het risicoprofiel van hun portefeuille. Om eerlijke concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars te bewerkstelligen, is het dan van belang dat de verschillen in risicoprofielen worden gecompenseerd. Risicoverevening is hierbij

29 De systematiek van de vereveningsbijdrage vindt zijn wettelijke basis in de artikelen 32 tot en met 36 van de Zvw en is nader uitgewerkt in een AMvB.

een essentiële voorwaarde: een verzekeraar wordt financieel gecompenseerd voor het feit dat het risicoprofiel van zijn verzekerdenportefeuille niet hetzelfde is als van zijn concurrenten. Vooraf (ex ante) wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met het risicoprofiel van het verzekerdenbestand en achteraf (ex post) vinden compensatie en herverdeling plaats vanwege verzekerdenmutaties en niet te beïnvloeden kosten.

Ex-ante-verevening

Aan verzekeraars wordt ‘vooraf’ (ex ante) een budget (de vereveningsbijdrage³⁰) toegerekend als bijdrage in de te verwachten zorgkosten. Het instrument dat gebruikt wordt om het op macroniveau beschikbare budget voor zorguitgaven over de afzonderlijke verzekeraars te verdelen, wordt ook wel verdeelmodel genoemd. Dit econometrische model houdt rekening met de verwachte kosten van verzekerden, afhankelijk van hun risicoprofiel. Op basis van dit model kent het CVZ³¹ aan een zorgverzekeraar ‘vooraf’ (ex ante) een bijdrage toe die gebaseerd is op de verzekerden-kenmerken van zijn portefeuille³². Verzekerden-kenmerken zijn in dit verband:

- leeftijd/geslacht;
- inkomen (naar leeftijd en aard³³);
- regiofactor (op basis van postcode);
- Farmacie Kosten Groepen (gezondheidsvariabele gebaseerd op medicijngebruik van verzekerde in het verleden);
- Diagnose Kosten Groepen (gebaseerd op ziekenhuisopnamen van verzekerde in het verleden).

Voor al deze parameters worden gewichten berekend op basis van schade- en verzekerdengegevens die verzekeraars aanleveren.

De budgetten worden per verzekeraar gesplitst in drie deelbudgetten:

- a vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omvang circa 20 procent van de totale zorguitgaven);
- b variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (omvang circa 40 procent van de totale zorguitgaven);
- c kosten van ‘overige prestaties’ (onder andere huisartsenhulp, farmacie en hulpmiddelen) (omvang circa 40 procent van de totale zorguitgaven).

Verzekeraars lopen risico over het tweede en derde deelbudget.

30 De vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars komen ten laste van het Fonds Zorgverzekeringswet.

31 Artikel 32 Zvw, lid 1.

32 Artikel 32, lid 2 Zvw regelt dat bij algemene maatregel van bestuur regels omtrent de berekening van die bijdragen worden gesteld.

33 Er zijn zes inkomenscategorieën (personen jonger dan 15 jaar en ouder dan 64 jaar; ontvangers van een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid; bijstandsgerechtigden; WW-, ANW- en overige uitkeringsgerechtigden; zelfstandigen; referentiegroep) en deze zijn weer verdeeld naar zes leeftijdscohorten.

Ex-post-verrekening

Het verdeelmodel is voortdurend in ontwikkeling en in principe nooit af omdat niet alle schade vooraf goed geschat kan worden. Daarom zijn correcties achteraf (ex-post-correcties) nodig. Zo wordt de vooraf toegekende bijdrage ex post afgezet tegen de gerealiseerde schadelast en worden de verschillen deels gecompenseerd. Op deze wijze vindt achteraf ook een verrekening plaats op grond van de werkelijke verzekerdenaantallen ten opzichte van de geschatte verzekerdenaantallen. Daarnaast zijn er nog vier correctiemechanismen (zie kadertekst).

Vier stappen ex-post-verrekening

Stap 1: Hoge Kosten Compensatie (HKC)

Dit is een onderlinge verevening tussen verzekeraars van hoge schadegevallen. Verzekeraars brengen verzekerden die *minimaal* 12.500 euro aan kosten hebben in een pool. Van de schade die boven de 12.500 euro uitkomt, wordt 90 procent herverdeeld over de verzekeraars. Verzekeraars met relatief veel HKC-verzekerden worden financieel gecompenseerd en verzekeraars met relatief weinig HKC-verzekerden moeten bijdragen.

Stap 2: Algemene verevening 30 procent

Naast de HKC vindt er ook een onderlinge verevening tussen verzekeraars plaats van het resultaat van ziekenhuiskosten. Dit resultaat wordt vergeleken met het landelijk gemiddelde resultaat per verzekerde. Het verschil tussen beiden wordt voor 30 procent verevend. Met andere woorden: is het resultaat van een verzekeraar slechter dan landelijk, dan levert de verevening voor die verzekeraar geld op.

Stap 3: Nacalculatie 35 procent

Het resultaat dat overblijft na stap 2 wordt voor 35 procent nagecalculeerd met het Zorgverzekeringsfonds. Bij een positief resultaat moet geld worden afgestaan worden aan het fonds. Bij een negatief resultaat ontvangt een verzekeraar geld uit dit fonds.

Stap 4: Bandbreedteregeling

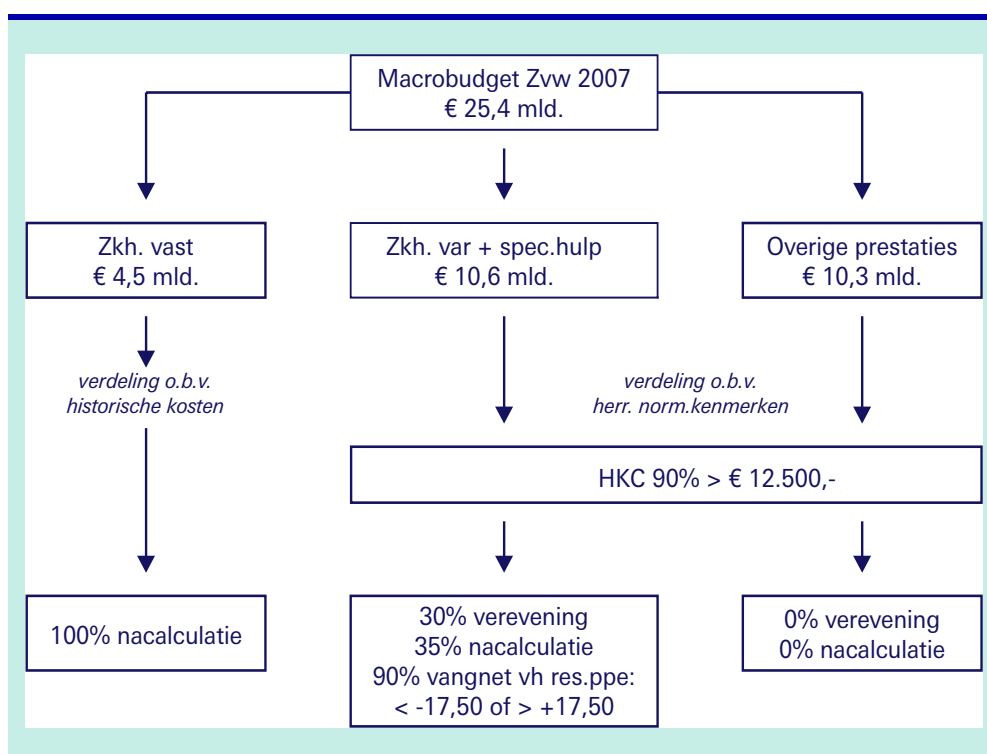
De regeling houdt in dat het uiteindelijke positieve of negatieve resultaat per verzekeraar (uitgedrukt in een bedrag per premiebetalende verzekerde) *op ziekenhuiskosten variabel* buiten een bandbreedte van - 17,50 en + 17,50 euro voor 90 procent wordt nagecalculeerd.

Het verdeelmodel dat in 2006 werd gehanteerd, was een grove kopie van het verdeelmodel dat in 2005 in de Ziekenfondswet werd gehanteerd. Bij het in werking treden van de Zvw in 2006 bestond aanzienlijke onzekerheid over de schadelast. Vooral het 'inschuiven' van de voormalige particuliere verzekerden en de deelnemers aan een publiekrechtelijke

regeling in de basisverzekering en daarnaast de DBC-invoering in 2005 veroorzaakten deze onzekerheid. Om daarbij niet al te grote resultaatverschuivingen tussen verzekeraars te creëren, is de bandbreedteregeling geïntroduceerd (stap 4) naast de al bestaande overige ex-post-correctiemechanismen (stap 1 tot en met 3). Deze bandbreedteregeling (stap 4) bestaat in feite uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel zorgt ervoor dat het ex ante toegekende macrobudget voor variabele ziekenhuiskosten achteraf wordt aangepast aan de macro gerealiseerde schadelast voor variabele ziektekosten. Het tweede onderdeel kijkt naar het resultaat dat een zorgverzekeraar op de variabele ziekenhuiskosten heeft behaald (uitgedrukt in een bedrag per betalende verzekerde).

In de figuur³⁴ is het voorgaande nog eens schematisch weergegeven:

figuur 6 Ex-post-verrekening Zvw



De ex-post-correcties staan onder druk. Sommige verzekeraars zien dat deel van hun financiële resultaten die ze bijvoorbeeld halen met doelmatige zorginkoop, wordt afgeroomd door hun bijdrage aan andere verzekeraars die zich minder of niet inspannen om doelmatig in te kopen. Dit kan worden gezien als een perverse prikkel van de vereveningsbijdrage. De minister van VWS heeft aangekondigd de risicodragendheid van verzekeraars voor de uitgaven aan ziekenhuiszorg te zullen vergroten³⁵. De ex-post-compensatie

34 Ontleend aan ZN-circulaires. De figuur geeft de situatie in 2007 weer.

35 Brief van de minister van VWS, *Waardering voor betere zorg*, Tweede Kamer, 2006-2007, 29248, nr. 37.

zal hierop worden aangepast. Afbouw van ex-post-correcties is mogelijk als de normering van de kosten is verbeterd, met andere woorden als de aansluiting tussen de vereveningsbijdrage en de werkelijke kosten is verbeterd en de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de kosten is verbeterd.

Modelaanpassingen 2008

In 2008 is alleen de zogenaamde Sociaal-Economische Status (SES-factor) toegevoegd aan de verdeelcriteria in het model. Deze factor is geoperationaliseerd als het gemiddelde verzamelinkomen per adres. Door de introductie van deze factor is de zogenaamde regiofactor, die voor 2006 en 2007 als tijdelijke factor in het model was opgenomen, vervallen. Ten aanzien van de ggz-kosten is VWS inmiddels van oordeel dat verzekeraars voor 2008 hierover geen financieel risico mogen lopen. De verdeelmethodiek van dit deelbudget over de verzekeraars heeft hierdoor voor 2008 het karakter van een voorschotregeling gekregen.

2.5 *Functioneren Zwv*

*Tussenstand functioneren Zwv*³⁶

Voor een integrale beoordeling van de vraag of de doelstellingen van de Zwv – volgens de memorie van toelichting: meer doelmatigheid, minder centrale sturing en een goede toegankelijkheid – ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd en of de sturingsfilosofie ook werkt in de praktijk, is het nu nog te vroeg³⁷. Wel kunnen enkele ontwikkelingen worden geschetst.

Naleving verzekeringsplicht (onverzekerdenproblematiek)

Een belangrijk aspect betreft de vraag of alle ingezetenen ook daadwerkelijk verzekerd zijn. De verzekering komt immers pas tot stand wanneer een burger een verzekeringsovereenkomst met een verzekeraar heeft gesloten – en niet alle ingezetenen hebben een dergelijke overeenkomst gesloten.

Het aantal *onverzekerden* wordt geschat op 240.000³⁸. Daarnaast zijn er 190.000 *wanbetalers* (1,5 procent van de volwassen bevolking) die wel een zorgverzekering hebben afgesloten maar hun premies niet of niet op tijd betalen. Dit aantal blijkt overigens lager te liggen dan in eerdere rapportages is geraamd³⁹.

De minister van VWS heeft eerder dit jaar besloten mensen zonder zorgverzekering actief

36 Er zijn nog geen integrale evaluaties van het functioneren van de Zwv beschikbaar. Wel zijn er diverse voortgangsrapportages van het ministerie van VWS verschenen (zie: Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, Ontwikkelingen voortgang Zorgverzekeringswet, achtste voortgangsrapportage. 18 september 2006). Daarnaast brengt de NZa jaarlijks een Monitor Zorgverzekeringswet uit.

37 Dat stelt in zekere zin ook het CPB in *Handle with care* (2006).

38 Zie: brief van het ministerie van VWS van 4 juni 2007.

39 Het gaat om mensen die hun premie zes maanden of langer niet hadden betaald. Een eerdere schatting van de zorgverzekeraars kwam nog uit op 240.000. Het lagere aantal van het CBS is toe te schrijven aan verschillende factoren. Zo beschikt het CBS over recentere cijfers van de zorgverzekeraars, en heeft het CBS alleen gekeken naar inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder.

te gaan opsporen. Verzekeraars mogen wanbetalers nog niet royeren⁴⁰. Overigens noemt de minister van VWS het aantal mensen dat langer dan een halfjaar de zorgpremie niet betaalt “niet onbevredigend”, omdat het aantal wanbetalers voor de invoering van het zorgstelsel ook op 2 à 3 procent lag⁴¹.

Werking zorgverzekeringsmarkt

Eén van de doelen van de Zvw is meer doelmatigheid door middel van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt (op prijs én kwaliteit). Belangrijke voorwaarden voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt zijn: een voldoende en gedifferentieerd aanbod van zorgverzekeringen (inclusief selectief gecontracteerde zorg) en kritische consumenten en verzekerden die ook feitelijk kiezen en eventueel overstappen (‘stemmen met de voeten’).

‘Stemmen met de voeten’ is alleen mogelijk als er ook feitelijk iets te kiezen valt. Op dit moment is circa 90 procent van de verzekerden verzekerd bij een van de vier grote zorgverzekeraars: Achmea, CZ-OZ (en de zorgbedrijven van Delta Lloyd), VGZ-IZA-Trias-Univé en Menzis. De NZa verwacht geen nadelige gevolgen van het groeiend aantal fusies tussen verzekeraars voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg⁴². De markt-aandelen hebben volgens de NMa geen nadelige gevolgen voor de concurrentie⁴³. Er is volgens de NZa een ruim *aanbod* van basis- en aanvullende verzekeringen tot stand gekomen, zowel individueel als collectief. Wel is er nog weinig *differentiatie*: de basisverzekeringen verschillen weinig van elkaar, onder andere voor wat betreft de zorgcontractering. Dit terwijl verzekeringen met (beperkt) gecontracteerde zorg volgens de NZa wel een gewilde optie zijn en verzekeraars hun verzekerden dan bovendien kunnen stimuleren om voor de gecontracteerde zorgaanbieder met een goede prijs-kwaliteitverhouding te kiezen (als één van de voorwaarden voor het succesvol functioneren van het stelsel)⁴⁴.

Het *switchen van zorgverzekeraar* lijkt gestabiliseerd. Volgens het NIVEL stapten verzekerden eind 2005/ begin 2006 nog massaal over (één op de vijf oftewel twintig procent). Eind 2006/ begin 2007 is dit nog maar 6 procent. In de tijd van de ZFW was dit jaarlijks 3 procent van de ziekenfondsverzekerden en 8 procent van de particulier verzekerden. Er zijn wel verschuivingen: zo is het percentage ouderen dat overstapt hoger en zijn de verschillen

40 De zorgverzekeraar krijgt daarvoor compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. Verder wil de minister overheidsorganen in staat stellen om de premie rechtstreeks in te houden op het inkomen van de wanbetaler of op de zorgtoeslag. De minister is overigens tegen een waarborgfonds waaruit zorgverzekeraars geld krijgen voor zorg verleend aan onverzekerden. Wel komt er een fonds voor onverzekerde illegalen.

41 *Het Financieele Dagblad*, 11 april 2007.

42 Over de kwaliteit waren onvoldoende gegevens beschikbaar.

43 De NMa kijkt in dit verband niet alleen naar marktaandeel, maar ook of er voldoende druk is op de prijzen. Zorgverzekeraars die in een provincie een laag marktaandeel hebben, kunnen onderhandelen met zorgaanbieders en zodoende tegenwicht bieden aan verzekeraars met een groot marktaandeel. Daarnaast spelen collectieven een belangrijke rol, aldus de NMa. *Het Financieele Dagblad*, *NMa positief over fusies verzekeraars*, 11 oktober 2006.

44 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit. Zie ook: NZa (2007) *Richting geven aan keuzes*.

in 'overstapgedrag' tussen lager en hoger opgeleiden kleiner. De belangrijkste reden om over te stappen is de mogelijkheid van een collectieve verzekering⁴⁵. Niet overstappen komt in 2007 vooral door tevredenheid over de verzekeraar⁴⁶.

Overigens stapten verzekerden die hun gezondheid als slecht of matig ervaren, minder vaak over dan verzekerden die deze als goed of uitstekend ervaren. Mogelijk verwachten deze verzekerden administratieve rompslomp bij het overstappen. In de praktijk blijkt echter dat chronisch zieken weinig hinder ondervinden bij het overstappen van zorgverzekeraar⁴⁷.

De *aanvullende verzekeringen* blijven volgens de NZa een aandachtspunt⁴⁸.

Al met al oordeelt de NZa over het algemeen positief over de toegankelijkheid van de basisverzekering. Ook constateert de NZa dat verzekerden de kwaliteit van de dienstverlening als voldoende ervaren. Wel is een belangrijk knelpunt dat bij de keuze voor een zorgverzekeraar de kwaliteit van de gecontracteerde zorg geen rol speelt; zorgverzekeraars onderscheiden zich daarop nog onvoldoende. In verband met de betaalbaarheid stelt de NZa vast dat de werkelijk betaalde premie lager ligt dan de door de overheid geraamde gemiddelde premie (als gevolg van prijsconcurrentie en collectiviteitskortingen). Daarnaast is de spreiding van de premiehoogte verkleind. Wel was in 2007 sprake van een premiestijging van 7 procent ten opzichte van 2006⁴⁹.

Andere aspecten in verband met het functioneren van de Zvw, zoals bijvoorbeeld het functioneren van de zorginkoopmarkt, zijn op dit moment nog niet geëvalueerd.

3 Wmo

De Wmo is op 1 januari 2007 in werking getreden. Anders dan de AWBZ en de Zvw heeft de Wmo niet het karakter van een verzekering. De Wmo bevat een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen gericht op maatschappelijke ondersteuning. Daarbij is er sprake van een compensatiebeginsel en een compensatieplicht, die een burger de mogelijkheid biedt om de gemeente aan te spreken op haar opdracht krachtens de Wmo.

Mensen met een zorgbehoefte (chronisch zieken, gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) maken – in meer of mindere mate – behalve van zorgvoorzieningen

45 Momenteel is 63 procent van de mensen collectief verzekerd, het merendeel (72 procent) via de werkgever. Als belangrijkste reden om bij de 'oude' verzekeraar te blijven, noemen verzekerden tevredenheid met de dekking. Jong, J. de en P. Groenewegen (2007) *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug: Collectiveren zet door*, Factsheet NIVEL, Utrecht, NIVEL. Overigens noemt de NZa andere, iets lagere percentages.

46 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, op.cit.

47 NZa (2007) *Overstapgedrag van chronisch zieken*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit.

48 De aandacht van de NZa gaat uit naar het vóórkomen van risicoselectie, van tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden en van 'koppeling' van aanvullende verzekeringen aan een bij die verzekeraar af te sluiten basisverzekering (de zogeheten artikel 120-overtreding).

49 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, op.cit.

tevens gebruik van dergelijke voorzieningen. Dit zijn bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging, voorzieningen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, lokale vervoersvoorzieningen, mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen, waarvoor gemeenten in het kader van de Wmo verantwoordelijk zijn. Ook organiseert of regisseert de gemeente activiteiten in buurten en wijken, gericht op onder andere verbeteren van de leefbaarheid en vergroten van de sociale en maatschappelijke participatie, die worden uitgevoerd in het kader van het buurt- en welzijnswerk. Ook vallen activiteiten gericht op het stimuleren en inschakelen van vrijwilligers en mantelzorgers, onder de Wmo.

3.1 Doelstelling

Volgens de memorie van toelichting (mvt) van de Wmo is “meedoen” van alle burgers het maatschappelijke doel van de Wmo. Als dit de burgers niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving, dan heeft de gemeente een verantwoordelijkheid om hen te ondersteunen. Het gaat erom mensen indien nodig te ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving, het herstellen van hun zelfredzaamheid, mensen toe te rusten om maatschappelijk te participeren.

De Wmo is in bestuurlijke zin gericht op het verbeteren van de samenhang in de voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Daartoe bundelt deze wet de voormalige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de Welzijnswet (beide voorheen ook uitgevoerd door gemeenten), de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ⁵⁰, een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (de ondersteuning van vrijwillige thuiszorg en mantelzorgers, diensten bij wonen met zorg, zorgvernieuwingsprojecten ggz), vorming, training en advies en de collectieve ggz-preventie. De bundeling van deze regelingen binnen één kaderwet geeft gemeenten meer mogelijkheden om regie te voeren over de activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening en om zo een sluitende keten van zorg en ondersteuning en meer maatwerk tot stand te brengen, aldus de mvt. In 2004 ging het kabinet ervan uit dat op een later moment ook andere activiteiten onder de reikwijdte van de Wmo zouden worden gebracht. Het noemde in dat verband expliciet de aanspraken op ondersteunende en activerende begeleiding in de AWBZ en de subsidie-regeling cliëntondersteuning vanuit MEE-organisaties in de AWBZ. Het eindperspectief is een integraal en samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn en aanpalende beleidsterreinen.

De keuze voor de Wmo kan niet los worden gezien van de discussie over de toekomstbestendigheid van de AWBZ. Zo wil het kabinet met de integratie van onderdelen van de AWBZ in de Wmo ook bereiken dat de AWBZ geleidelijk wordt teruggebracht tot waarvoor hij oorspronkelijk was bedoeld.

50 In geval van intramurale zorg (indicatie verblijf) valt de huishoudelijke hulp nog onder de AWBZ.

Volgens de (huidige) staatssecretaris van VWS is de Wmo een participatiewet, die moet bijdragen tot de participatie en emancipatie van álle burgers in de samenleving. Zij benadrukt dat de Wmo mensen in staat moet stellen om verbindingen aan te gaan met elkaar⁵¹. Voor haar “ligt de opdracht van de Wmo in ‘verbinden’. De Wmo maakt het mogelijk en stimuleert de lokale overheid om burgers met elkaar te verbinden. Voor de gemeenten ligt er de uitdaging om de verschillende prestatievelden met elkaar te verbinden. Dat is de kracht van de wet. Juist op het gemeentelijk niveau liggen kansen voor een integraal beleid. De rijksoverheid stimuleert dat integrale beleid door op landelijk niveau, en dan met name tussen de ministeries, de verbindingen te verbreden en te verdiepen.”⁵².

3.2 Wmo anno 2008: algemeen

Prestaties

De Wmo kent negen zogenoemde prestatievelden⁵³. Gemeenten hebben een grote vrijheid om het beleid ten aanzien van deze prestatievelden te bepalen; de rol van de rijksoverheid is beperkt tot het stellen van een algemeen kader, randvoorwaarden en procedure-eisen. Gemeenten zijn verplicht om een vierjaarlijks plan op te stellen waarin zij aangeven welke beleidskeuzes zij ten aanzien van deze prestatievelden hebben gemaakt.

Negen Wmo-prestatievelden

De negen prestatievelden zijn:

- 1 het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
- 2 op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden;
- 3 het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- 4 het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- 5 het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- 6 het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;

51 In de voortgangsrapportage Wmo noemt de staatssecretaris voorbeelden van initiatieven en beleidsrichtingen die volgens haar belangrijk zijn. Daarbij past de kanttekening dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de beleidsmatige invulling van de Wmo-prestatievelden. Haar voorbeelden kunnen dan ook niet meer dan een inspiratiebron voor gemeenten vormen.

52 Ministerie VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*, Tweede Kamer, 29 538, nr. 58.

53 Artikel 1, lid 1g Wmo.

- 7 het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van huiselijk geweld;
- 8 het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
- 9 het bevorderen van verslavingsbeleid.

De Wmo bepaalt dat de gemeente bij verordening regels vaststelt over de te verlenen *individuele* voorzieningen⁵⁴. De wet geeft geen definitie van het begrip *individuele* voorziening. Het begrip *collectieve* voorziening kent de wet evenmin. Bij *individuele* voorzieningen gaat het om voorzieningen die aan de behoefte van het individu zijn aangepast. Dat *individuele* gebruikskarakter van de voorziening betekent echter niet dat de gemeenten het verlenen van die voorziening niet op *collectieve* wijze kan vormgeven. Te denken valt aan het vervoer van gehandicapten door middel van taxibusjes waarop men een *individueel* beroep kan doen. Tot welke voorziening men toegang heeft, hangt af van de *individuele* kenmerken van de persoon met een beperking.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in zijn modelverordening het begrip ‘*algemene* voorziening’ geïntroduceerd als zijnde een voorziening die aan alle burgers wordt aangeboden – al dan niet met een lichte toegangsbeoordeling. Naast deze *algemene* voorzieningen kent de VNG in zijn modelverordening *individuele* voorzieningen, waar iemand aanspraak op kan maken als deze langdurig of structureel nodig zijn ter compensatie van beperkingen. Het uitgangspunt hierbij is dat iemand niet in aanmerking komt voor een *individuele* voorziening als de alternatief aangeboden voorziening een adequate compensatie biedt voor de beperkingen. Het is aan de rechter om te beoordelen of de beperkingen adequaat zijn gecompenseerd.

Indien de gemeente een *individuele* voorziening verstrekt, moet de cliënt de keuze worden geboden tussen het ontvangen van die voorziening *in natura* of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar pgb, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan⁵⁵.

Compensatiebeginsel

Er is in de Wmo geen sprake van een (permanente) zorgplicht (zoals voorheen in de WVG) of een verzekerd recht (zoals in de AWBZ). Wel geldt (na amendering door de Tweede Kamer) een zogenoemd *compensatiebeginsel*⁵⁶. Dit verplicht de gemeenten tot het wegnemen van de beperkingen in verband met de zelfredzaamheid op het gebied van:

⁵⁴ Artikel 5, lid 1 Wmo.

⁵⁵ Daarbij gaat het om in de persoon of diens situatie gelegen bezwaren (bijvoorbeeld aantoonbaar misbruik in het verleden of doordat vast is komen te staan dat hij niet in staat is om een persoonsgebonden budget te beheren en er ook geen anderen (bij voorkeur wettelijke vertegenwoordigers) in zijn omgeving deze taak kunnen overnemen. Ook overwegingen van efficiency kunnen tot de overwegende bezwaren gerekend worden.

⁵⁶ Artikel 4 lid 1 Wmo.

- het voeren van een huishouden;
- het zich in en om de woning verplaatsen;
- het zich lokaal per vervoermiddel verplaatsen;
- het ontmoeten van medemensen en op basis daarvan, het aangaan van sociale verbanden.

Het compensatiebeginsel geldt voor de prestatievelden 4, 5 en 6⁵⁷, te weten:

- het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem, ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Onder zelfredzaamheid wordt in dit verband verstaan: het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken.

Beleidsvrijheid gemeenten

Gemeenten zijn verplicht om compenserende voorzieningen aan te bieden voor de beperkingen die de betreffende groepen ondervinden, maar hebben een beleidsvrijheid in de wijze waarop zij daaraan invulling geven. Hierbij kunnen zij bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen en collectieve voorzieningen, of tussen diensten en materiële voorzieningen.

Beleidsvrijheid geldt ook voor het al dan niet toepassen van een eigen-bijdrageregeling en de invulling daarvan binnen de landelijke vormgeving en maximering⁵⁸. Gemeenten zijn ook vrij bij het bepalen van de wijze waarop en door wie de indicatiestelling zal plaatsvinden. De betreffende beperkingen kunnen immers op uiteenlopende wijze worden 'gecompenseerd'. Ook kunnen gemeenten zelf criteria opstellen in verband met de toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld inkomenscriteria). Bij een eventueel geschil bepaalt uiteindelijk de Centrale Raad van Beroep in hoeverre in de desbetreffende individuele situatie, de compensatieplicht in voldoende mate door de gemeente is ingevuld⁵⁹.

Daarnaast hebben gemeenten ten aanzien van enkele op het individu gerichte, noodzakelijk te achten voorzieningen een tijdelijke zorgplicht (als overgangsregeling).

De voorzieningen waarvoor deze zorgplicht vooralsnog geldt, zijn vastgelegd bij AMvB.

57 Artikel 1 lid 1g Wmo.

58 Artikel 15 Wmo.

59 Sijtema, T.B. (2006) *Wet maatschappelijke ondersteuning*, PS Special nr. 4, Deventer, Kluwer, p. 20.

Formele afbakening met AWBZ

De Wmo geldt niet indien aan andere wetten rechten kunnen worden ontleend (waaronder de AWBZ en de Zvw)⁶⁰. Verder is van belang dat de Wmo van gemeenten vraagt om samenhang na te streven met andere regelingen⁶¹.

Doelgroep

De Wmo kent een bredere *doelgroep* dan de zorgverzekeringen, namelijk alle burgers en daarbinnen vooral kwetsbare groepen. Kwetsbaarheid volgens de Wmo is niet altijd het gevolg van een fysieke, mentale of verstandelijke beperking of aandoening. Ook mantelzorgers, kinderen of hele gezinnen kunnen kwetsbaar zijn⁶². Wel maken mensen met beperkingen conform de ABWZ-grondslagen, onderdeel uit van de brede Wmo-doelgroep 'kwetsbare mensen'.

3.3 Het veld en de spelers

Met de invoering van de Wmo is de sturingsfilosofie gewijzigd. Gemeenten mogen in hoge mate zelf invulling geven aan hun verantwoordelijkheden tot het bieden van maatschappelijke ondersteuning. De Wmo stelt geen inhoudelijke eisen aan het te voeren beleid; gemeenten beslissen welke voorzieningen er lokaal worden aangeboden (en overigens ook in hoeverre sprake is van keuzevrijheid en eigen bijdragen⁶³). Wel stelt de Wmo procedure-eisen aan de voorbereiding van lokaal beleid en aan de verantwoording daarvan. Zo zijn gemeenten onder meer verplicht tot het vinden van draagvlak door ingezetenen en belanghebbenden bij de planvorming te betrekken, en tot het jaarlijks publiceren van gegevens over de tevredenheid van vragers over de uitvoering van de wet en prestatiegegevens⁶⁴; die gegevens worden ook in een landelijke rapportage gepubliceerd om de prestaties van gemeenten met elkaar te kunnen vergelijken.

Gemeenten zijn bij de collectieve inkoop van diensten gehouden aan (Europese) aanbestedingsprocedures.

60 Zie artikel 2 Wmo

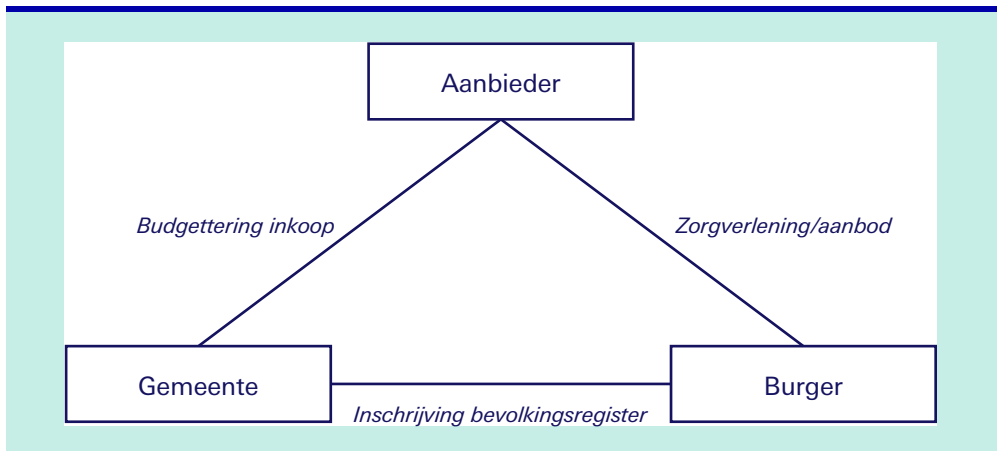
61 Volgens de mvt zijn er diverse momenten waarop gemeenten kunnen sturen op het realiseren van samenhang:
 - bij het opstellen van het Wmo-beleidsplan;
 - bij de financiering van het zorgaanbod, waarbij de gemeente eisen kan stellen aan zorgaanbieders met betrekking tot de samenwerking met derden;
 - bij de toegang tot de verschillende stelsels, door het creëren van één loket en door te bevorderen dat ook andere 'stelsels' daarbinnen participeren.

62 Memorie van Toelichting; zie ook: Sijtema, T.B. (2006) *Wet maatschappelijke ondersteuning*, PS Special nr. 4, op.cit.

63 Een verplichting om een pgb aan te bieden, is volgens de mvt niet in lijn met het sturingsmodel (beleidsvrijheid voor gemeenten). Wel stimuleert het kabinet gemeenten actief om een pgb aan te bieden.

64 Artikel 9 Wmo.

figuur 7 Relatieschema Wmo



Toezicht

De Wmo gaat uit van horizontale (democratische) verantwoording door gemeenten aan hun burgers; er vindt geen verticale sturing of verantwoording plaats door of aan de rijksoverheid. Wel houdt het ministerie van VWS als wetgever toezicht op de naleving van de wet door gemeenten en is in de wet opgenomen dat telkens na vier jaar een evaluatie dient te worden uitgebracht.

3.4 Bekostiging gemeenten en verdeelmodel gemeentefonds

Bronnen van inkomsten gemeenten

In 2007 bedroeg de totale uitkering (inclusief Wmo-gelden) uit het gemeentefonds⁶⁵ 14.983 miljoen euro. Daarvan was in 2007 1390 miljoen euro bestemd voor de nieuwe onderdelen van de Wmo⁶⁶.

65 Fonds van de rijksoverheid waaruit gemeenten via een bepaalde verdeelsleutel uitkeringen ontvangen. Het fonds wordt gevoed met opbrengsten van de rijksbelastingen.

66 Het gaat hier om de volgende subsidieregelingen:

- diensten bij wonen met zorg (29,6 miljoen euro in 2007, maar 22,9 miljoen euro in 2008. Het bedrag 2008 is lager vanwege incidentele herstel van fouten);
- zorgvernieuwingsprojecten ggz (7,7 miljoen in 2007, maar 6,7 miljoen euro in 2008);
- coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg (32,5 miljoen in 2007, maar 32,0 miljoen euro in 2008);
- aanpassing bestaande ADL-clusters (0,0 miljoen euro);
- vorming, training en advies (2,5 miljoen);
- collectieve ggz-preventie (9,5 miljoen);
- Besluit Bijdrage AWBZ Gemeenten (BBAG) 22,7 miljoen in 2007 (in 2008: 23 miljoen);
- Uitvoeringskosten 67 miljoen).

Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, Amsterdam, Centrum Beleidsadviseurend Onderzoek, p. 7.

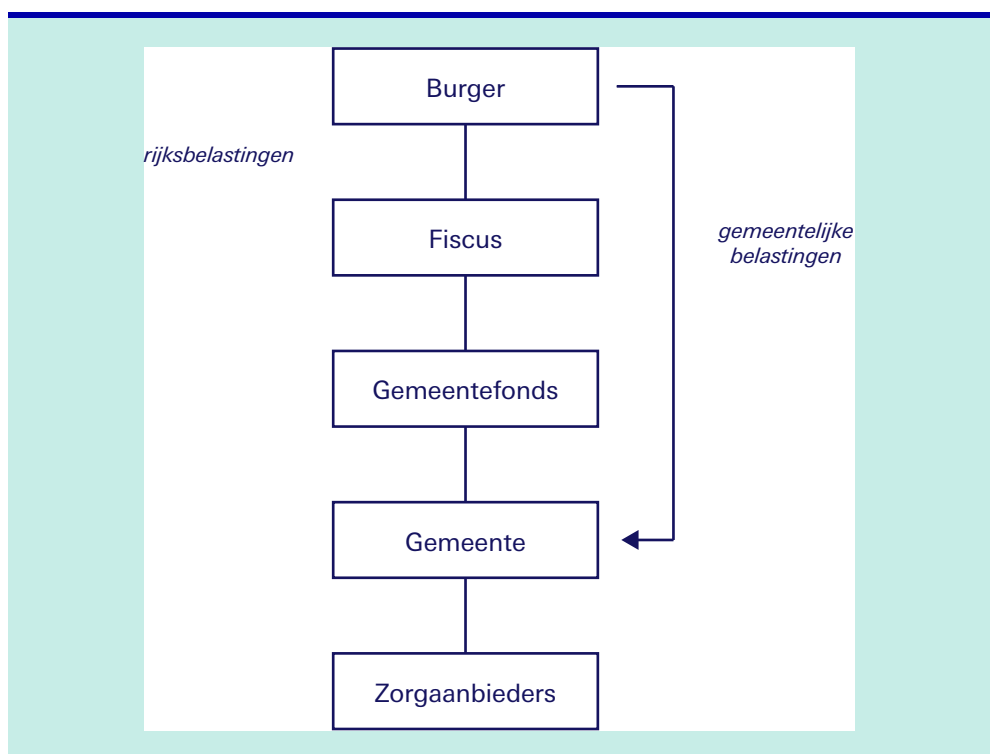
Cebeon (2007) *Actualisering verdeelsleutel Wmo 2005: Verwerken aanvullende budgetten ten opzichte van 2004*, Cebeon conceptrapportage, 30 maart 2007, Amsterdam, Centrum Beleidsadviseurend Onderzoek.

Zie: Ministerie Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, circulaire gemeentefonds, 18 september 2007.

Omdat het gemeentefonds is ontschot, is het niet exact bekend welke middelen reeds in het gemeentefonds zaten ten behoeve van Welzijn (schattingen lopen uiteen van 1 tot 2,5 miljard euro) en de voormalige Wet Voorzieningen Gehandicapten (geschat wordt 1 miljard euro). Het is op dit moment nog onbekend hoeveel geld gemeenten in 2007 hebben uitgegeven aan de Wmo.

Naast een uitkering uit het gemeentefonds hebben gemeenten inkomsten uit specifieke uitkeringen, eigen belastingen en overige eigen inkomsten (zoals bijvoorbeeld grondexploitatie). Alle gemeenten samen ontvingen in 2007 in totaal ongeveer 47 miljard aan inkomsten⁶⁷ (dit is inclusief de 14.983 miljoen euro uitkering uit het gemeentefonds).

figuur 8 Geldstroom Wmo



Beschikbare middelen Wmo

Het Wmo-budget (bestaande en nieuwe middelen) is hierboven uiteengezet. Dat budget is voor de Wmo in het gemeentefonds beschikbaar. Echter gemeenten kunnen uit hun middelen van het gemeentefonds en eigen gemeentelijke inkomsten geld bestemmen voor Wmo-activiteiten, dus ze kunnen meer of minder uitgeven dan het budget dat hierboven is weergegeven. Daar zijn gemeenten vrij in.

67 CBS Statline op basis van gemeentebegrotingen 2007.

Verdeelmodel gemeentefonds

Het verdeelmodel van het gemeentefonds is gebaseerd op twee uitgangspunten:

- het model moet rekening houden met onderlinge verschillen in kosten van gemeenten gelet op de taken die gemeenten moeten uitvoeren;
- het model moet rekening houden met de draagkracht van gemeenten.

Het gemeentefonds wordt verdeeld op basis van zo'n vijftig verdeelmaatstaven. Door de beheerders van het gemeentefonds wordt per afzonderlijke mutatie bekeken welke verdeelsleutel het best aansluit bij de gemeentelijke kosten. Bij een toevoeging voor bijvoorbeeld onderwijs wordt gebruik gemaakt van de criteria aantal jongeren en aantal leerlingen. Een ander voorbeeld is wanneer een gemeente bijvoorbeeld de plicht krijgt opgelegd een verordening en elke vier jaar een beleidsplan op te stellen. Dan wordt het beschikbare bedrag verdeeld via de maatstaf 'vast bedrag', zodat iedere gemeente een bepaald minimumbedrag krijgt om deze taken uit te voeren. Wanneer er geen specifieke kosten in het geding zijn, wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde uitkeringsfactor.

Specifieke verdeelsystematiek Wmo op basis van gegevens over het jaar 2004

Voor de toevoeging van de nieuwe middelen van de Wmo moest een verdeelmodel worden uitgewerkt. In de zomer van 2005 is een verdeelsleutel ontwikkeld ten behoeve van de decentralisatie van de eerste tranche middelen Wmo. Voor het ontwikkelen van deze verdeelsleutel is gebruik gemaakt van gegevens over het basisjaar 2004 en de daarbij behorende afbakening van de relevante taken en over te dragen budgetten aan gemeenten.

Voor de verdeling van de middelen ten behoeve van de uitvoering door gemeenten van de Wmo geldt een specifieke verdeelsystematiek uitvoeringskosten.

Verdeelsleutel huishoudelijke verzorging

Bedoeling van de verdeelsleutel 'huishoudelijke verzorging' is om alle individuele gemeenten een vergelijkbare (structurele) bestedingspotentie (gecorrigeerd voor externe omstandigheden) te geven voor de betreffende regeling. De verdeelsleutel 'huishoudelijke verzorging' houdt rekening met externe factoren die bepalend zijn voor de verschillen tussen gemeenten in het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging tussen gemeenten⁶⁸. Externe factoren zijn in dit verband:

68 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., pp. 9-10.

- leeftijdgebonden factoren⁶⁹;
- factoren inzake de samenstelling van huishoudens⁷⁰;
- inkomensgebonden factoren⁷¹;
- factoren inzake arbeidsgerelateerde zorgbehoeften⁷²;
- geografische factoren⁷³.

Bovenstaande factoren zijn het gevolg van externe omstandigheden die voor gemeenten leiden tot duidelijke verschillen in behoefte aan middelen voor huishoudelijke verzorging. Bij een gecumuleerde aan- of juist afwezigheid van bovenstaande aspecten kan er sprake zijn van een zeer sterk uiteenlopende behoefte aan middelen tussen individuele gemeenten (zelfs wanneer sprake is van een zelfde inwoneraantal). Deze factoren worden in de verdeelsleutel expliciet tot uitdrukking gebracht.

Er blijken ook verschillen tussen gemeenten te bestaan die niet expliciet in de verdeelsleutel worden gehonoreerd. Enerzijds gaat het daarbij om (tijdelijke) schommelingen over de jaren. Anderzijds betreft het (mogelijk historisch gegroeide) verschillen die met name samenhangen met verschillen in beleid en uitvoeringspraktijk van indicatiestellers, zorgkantoren en/of zorgaanbieders. Deze aspecten beïnvloeden de verschillen in aantal geïndiceerde cliënten, aantallen uren verleende zorg per cliënt en/of de gemiddelde uitgaven per uur. Overigens is de verwachting dat deze verschillen zullen afnemen, onder invloed van reeds in gang gezette ontwikkelingen (bijvoorbeeld bij de indicatiestelling) en/of door decentralisatie gestimuleerde ontwikkelingen (bijvoorbeeld benchmarking).

Verdeelsleutel specifieke regelingen

Bedoeling van de verdeelsleutel 'specifieke regelingen' is om alle individuele gemeenten een vergelijkbare (structurele) bestedingspotentie (gecorrigeerd voor externe omstandigheden) te geven voor de betreffende regeling. De verdeelsleutel 'specifieke regelingen'

-
- 69 Het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging neemt duidelijk toe met de leeftijd van inwoners, waarbij vooral het aantal ouderen van boven de 65 jaar van belang is.
- 70 Het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging concentreert zich relatief sterk bij alleenstaande ouderen, waarbij het gebruik met de leeftijd toeneemt. Zij hebben geen partner die de 'gebruikelijke zorg' kan verlenen en zullen veelal eerder en/of langer beroep doen op professionele zorg.
- 71 Lagere inkomensgroepen blijken meer en/of langer gebruik te maken van collectief gefinancierde huishoudelijke verzorging. (Langdurige) situaties van lagere inkomens blijken ook vaker gepaard te gaan met een slechtere gezondheidssituatie, hetgeen vooral op latere leeftijd tot uiting komt. Daarnaast is van belang dat het huishoudinkomen mede bepalend is voor de hoogte van de eigen bijdragen. Tegen deze achtergrond is het verklaarbaar dat de uitgaven aan huishoudelijke verzorging in gemeenten met een zwakkere sociale structuur (veel huishoudens met lage inkomens) op een hoger niveau liggen dan in gemeenten met een sterkere sociale structuur.
- 72 Er kan ook een relatie worden gelegd tussen de aanwezigheid van relatief veel arbeidsongeschikten of gehandicapten en een hoger beroep op collectief bekostigde huishoudelijke verzorging. Dit aspect wordt in beeld gebracht door de verdeelmaatstaf uitkeringsontvangers waarbij het aantal bijstandontvangers buiten beschouwing wordt gelaten. Bijstandontvangers zijn immers al onderdeel van de maatstaf lage inkomens.
- 73 In (groot)stedelijke gebieden wordt relatief minder snel en/of minder lang gebruik gemaakt van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging. In een stedelijke omgeving zijn in de regel meer voorzieningen en op kortere afstand beschikbaar. Om dit te indiceren wordt een negatieve correctie met behulp van de maatstaf omgevings-adressendichtheid toegepast. Met name kleinere (plattelands)gemeenten met een geringere bebouwendichtheid profiteren per saldo van de uitwerking van deze negatieve correctie in de totale verdeelsleutel.

houdt rekening met externe factoren die bepalend zijn voor de verschillen in het gebruik van deze regelingen tussen gemeenten⁷⁴. Externe factoren zijn in dit verband:

- factoren uit de module ‘huishoudelijke verzorging’⁷⁵;
- geografische factoren⁷⁶;
- specifieke factoren⁷⁷.

De niet expliciet in de verdeelsleutel gehonoreerde elementen hebben vooral betrekking op het karakter van de regelingen. Door alle gemeenten een vergelijkbare bestedingspotentie te geven, kunnen zij vergelijkbare uitgaven doen voor deze taken. Historische verschillen door een min of meer toevallige spreiding (naar plaats en/of tijd onder andere vanuit het projectmatige karakter) zijn vertaald naar een structureel budget per individuele gemeente.

Uitvoeringslasten

Voor de verdeling van de uitvoeringskosten (67 mln. euro) verbonden met de taken rond de huishoudelijke verzorging en de specifieke regelingen is uitgegaan van een opslag op de eerder beschreven verdeelsleutels⁷⁸.

Aanpassingen verdeelsystematiek Wmo op basis van gegevens over het jaar 2005

In het jaar 2005 is vervolgens een aantal veranderingen opgetreden waardoor de samenstelling en de omvang van de te decentraliseren budgetten is gewijzigd. Eén van de belangrijkste veranderingen betreft de uitbreiding van de ‘hoofdmodule’ huishoudelijke verzorging met een substantieel aantal uren die voorheen onder andere functies werden geregistreerd. Daardoor nam in 2005 de totale omvang van het budget toe met enkele honderden miljoenen euro’s. Om deze aanvullende budgetten op een juiste wijze onder te brengen in de verdeelsleutel voor het gemeentefonds is in het voorjaar van 2007 het verdeelmodel 2004 geactualiseerd naar het jaar 2005⁷⁹. Dit heeft niet geleid tot introductie

74 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., pp. 13-14.

75 Voor de regelingen Diensten bij wonen met zorg, Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg en Dure woningaanpassingen is er een duidelijke samenhang met de verdeelsleutel voor huishoudelijke verzorging. Factoren als het aantal ouderen en de inkomenssituatie spelen ook een rol bij uitgaven aan deze regelingen.

76 Het gaat hierbij om: concentratie van bepaalde middenstromen bij grotere gemeenten (Zorgvernieuwingprojecten) en het interlokale/regionale karakter van de ondersteuning van de Coördinatie voor vrijwillige thuiszorg en mantelzorg via regionale klantenpotentiëlen;

Het gaat hierbij om: een (negatieve) correctie voor de bevinding dat er in grootstedelijke omgeving naar verhouding minder sprake is van Dure woningaanpassingen en Aanpassingen voor bestaande ADL-clusters.

77 Een specifieke groep gemeenten heeft te maken met (een concentratie van) vestigingen van bepaalde instellingen en de daarmee samenhangende specifieke vraag naar vervoersvoorzieningen voor gehandicapte bewoners. Het gaat om een zeer ongelijk gespreide en aan aangewezen instellingen gekoppelde extra taak ten opzichte van andere gemeenten. Daarom is aangesloten bij de bestaande verdeling van dit budget via het aantal bedden (gewogen naar type instelling). Aandachtspunt voor de toekomst is de periodieke actualisering van het aantal bedden.

78 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., p. 13 en p. 15.

79 Cebeon (2007) *Actualisering verdeelsleutel Wmo 2005: Verwerken aanvullende budgetten ten opzichte van 2004*, Cebeon conceptrapportage, 30 maart 2007, Amsterdam, Centrum Beleidsadviserend Onderzoek.

van nieuwe maatstaven. Wel zijn de gewichten die aan de verschillende maatstaven waren gekoppeld, aangepast.

Invoering verdeelmodel en nacalculatie

Bij de invoering van de Wmo in 2007 is zoveel mogelijk aangesloten bij de historische budgetten. Voor de overgang van een historische naar een objectieve verdeling onder gemeenten is met ingang van 2008 het objectieve verdeelmodel geïntroduceerd. Belangrijke regel is dat gecumuleerde herverdeeffecten in het gehele gemeentefonds, inclusief het herverdeeffect van de Wmo, voor geen enkele gemeente groter mag zijn dan € 15,- per inwoner per jaar. Met deze regel wordt het herverdeeffect voor alle regelingen samen in het gemeentefonds over meerdere jaren uitgesmeerd. Gemeenten ontvangen voor het totale herverdeeffect in 2008 en 2009 een suppletierегeling.

3.5 Functioneren van de Wmo anno 2008

Het functioneren van de Wmo anno 2008

De Wmo is per 1 januari 2007 in werking getreden. Volgens de staatssecretaris van VWS lijkt de invoering redelijk soepel en zonder grote problemen voor de burger te zijn verlopen⁸⁰. Wel hebben ontwikkelingen in de *huishoudelijke verzorging* door gemeenten veel aandacht gekregen (zie kader). Daarnaast zijn er in sommige gemeenten problemen geweest in verband met de aanbesteding en feitelijke levering van vervoersvoorzieningen.

De Wmo en ontwikkelingen in de thuiszorg^a

Huishoudelijke verzorging werd tot 1 januari 2007 verleend op grond van de AWBZ en is sinds 1 januari 2007 onderdeel van de Wmo. De Wmo bepaalt dat gemeenten het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk door derden laten verrichten^b. In de praktijk betekent dit dat het zorgaanbod via een aanbestedingsprocedure (op basis van Europese regelgeving) bij aanbieders wordt ingekocht. Gemeenten sluiten contracten af met onder andere zorgaanbieders en leveranciers van hulpmiddelen waarin zij afspraken maken over kwaliteit, tarieven et cetera.

De aanbesteding van huishoudelijke hulp door gemeenten heeft geleid tot een vergroting van de concurrentie tussen aanbieders van huishoudelijke hulp. De tarieven voor huishoudelijke hulp zijn als gevolg van de aanbestedingen lager geworden, waarbij de tarieven voor HH2 (aanvullend op HH1, voor cliënten die geen regie meer kunnen voeren over hun huishouden)^c

80 Ministerie VWS (2007) *Eerste voortgangsrapportage Wmo*. Het meldpunt van de CG-raad, PCOB en ANBO concludeert eveneens dat de eerste maanden na invoering goed zijn verlopen. Wel hebben verschillende gemeenten aangegeven dat de samenwerking met het CIZ nog niet altijd naar wens verliep.

relatief sterker zijn gedaald dan de tarieven voor HH1 (eenvoudige – en goedkopere – huishoudelijke hulp, veelal verricht door alphahulpen^d).

Het effect van deze aanbestedingen op de markt voor huishoudelijke hulp wordt mede beïnvloed door de financiële risicodragendheid van gemeenten. De zorgkantoren liepen geen financieel risico bij de inkoop van huishoudelijke verzorging, gemeenten wel. Mede hierdoor is het in de AWBZ voorkomende verschil tussen het niveau van huishoudelijke hulp die geïndiceerd is en de hulp die daadwerkelijk wordt geleverd en betaald in de Wmo, nagenoeg verdwenen. In het verleden werd op deze wijze door zorgaanbieders vaak duurdere hulp geleverd dan was geïndiceerd en werd het hogere tarief door zorgkantoren ook betaald. In de nieuwe situatie is dit veelal niet meer het geval en kan voor hulp aan iemand met een HV1-indicatie alleen het tarief voor een alphahulp in rekening worden gebracht. Er wordt in de Wmo minder HH2 geleverd en meer HH1 dan bij de AWBZ het geval was.

Door deze verschuiving van HH2 naar HH1 sluit het personeelsbestand van thuiszorgorganisaties niet meer goed aan bij de vraag en de tarieven die daarvoor in rekening kunnen worden gebracht^e.

Het personeelsbestand van deze organisaties is nog samengesteld op basis van de ‘oude’ verhouding HH1 en HH2. Zorgaanbieders vrezen de duurdere medewerkers in loondienst te moeten ontslaan. Enkele zorgaanbieders vrezen dat er niet voldoende alphahulpen beschikbaar zullen zijn^f.

Ervan uitgaande dat door gemeenten passend is geïndiceerd voor HV1 en HV2^g, zal zorgpersoneel meer optimaal worden ingezet, hetgeen bijdraagt aan meer doelmatigheid in de zorg^h. Eenvoudig huishoudelijke werk kan door lager gekwalificeerd personeel worden uitgevoerd; hoger gekwalificeerd zorgpersoneel kan dan elders in de zorgsector worden ingezet. Het is echter ongewenst dat gekwalificeerd zorgpersoneel voor de sector verloren gaat, vooral met het oog op de verwachte tekorten in de zorgsector.

Bij dit alles past nog de kanttekening dat de rechtspositie van de alphahulpen in de zorg (die veelal de eenvoudige huishoudelijke verzorging verlenen), te wensen overlaat. Geopperd is de alphahulp onder te brengen in een cao.

Om gemeenten en zorgaanbieders goed voor te bereiden op het proces van aanbesteden en te laten leren van de opgedane ervaringen, is door het ministerie van VWS en de VNG in september 2007 de brochure ‘Sociaal overwogen aanbesteden’ uitgebracht.

a Ontleend aan: VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*; Research voor Beleid (2007) *Aanbesteding hulp bij het huishouden*, Leiden; Geldnood thuiszorg ligt aan instellingen en laag zorg-tarief, *Het Financieele Dagblad*, 24 juli 2007.

b Artikel 10 Wmo.

- c Bij definities van de producten door gemeenten is rekening gehouden met de activiteiten zoals die onder de AWBZ benoemd werden voor HV1, 2 en 3. HH1 wordt bijvoorbeeld geïndiceerd en geleverd als het alleen gaat om het schoonmaken van het huis, boodschappen doen en kledingverzorging. Pas als er sprake is van een verminderde regiefunctie van een cliënt, dan zal ook HH2 (naast de activiteiten bij HH1) worden geïndiceerd.
- d De alphahulp-constructie komt erop neer dat klanten een arbeidsovereenkomst sluiten met een alphahulp. De thuiszorgorganisatie bemiddelt bij het tot stand komen van die overeenkomst. De thuiszorgorganisatie kent twee standaardcontracten, waartussen de klant kan kiezen. In het ene is geregeld dat de klant de thuiszorg machtigt de betalingen aan de alphahulp te verrichten (eventueel uit het door de thuiszorgorganisatie te beheren pgb van de cliënt). In het andere contract is de klant degene die direct een overeenkomst heeft met de alphahulp. Het aantal uren dat alphahulpen mogen werken, is begrensd; de klant hoeft geen premies werknemersverzekeringen af te dragen.
- e Landelijk gezien besloeg HH1 in het verleden 30 procent en HH2 70 procent van de inzet van de huishoudelijke verzorging. In de huidige situatie is het indicatiebesluit leidend voor de inzet van een bepaalde vorm van hulp bij het huishouden. In de eerste maanden van 2007 was deze verhouding 85 procent HH1 versus 15 procent HH2.
- f Overigens stelt Deloitte dat thuiszorginstellingen ook efficiënter kunnen opereren en in dat verband dus nog verbeteringen in hun kostenstructuur kunnen realiseren. Maar zelfs efficiënte organisaties komen met de doorsneeprijs van 14 tot 15,50 euro voor een uur van de eenvoudigste vorm van huishoudelijke hulp niet uit de kosten. Afhankelijk van lokale situatie en van de doorberekende scenario's moeten de tarieven 2,5 procent tot 7,5 procent hoger liggen om deze taken met vast personeel uit te kunnen voeren, aldus Deloitte. Deloitte draagt ook enkele oplossingsrichtingen aan. Zie: Geldnood thuiszorg ligt aan instellingen en laag zorgtarief, *Het Financieele Dagblad*, 24 juli 2007. Zie ook: Kuperus, K. en P. Kuypers (2007) Impasse in de thuiszorg is te doorbreken, *Het Financieele Dagblad*, 20 juli 2007.
- g Er zijn vooralsnog geen indicaties dat de cliënt nadeel heeft ondervonden van de overheveling van huishoudelijke hulp naar de Wmo en dus kennelijk ook niet van de verschuiving van HV2 naar HV1. Bij de diverse meldpunten (CG-raad, SP en Zorgbelang) zijn relatief weinig signalen binnengekomen. VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*, op.cit.
- h Zie ook: Groot, W. (2007) *Thuiszorg misbruikt AWBZ*, in: *Het Financieele Dagblad*, 1 maart 2007.

Toekomstige ontwikkeling

Het lijkt nog te vroeg om uitspraken te doen over het functioneren in de praktijk.

De inspanningen van lokale bestuurders en politici waren vooral gericht op de operationele invoering; zij zijn nog nauwelijks toegekomen aan (integrale) beleidsvorming op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Begin 2008 zullen veel gemeenten met hun vierjarige beleidsplannen voor de uitvoering van de Wmo komen. Pas na enkele jaren zal blijken hoe gemeenten invulling hebben gegeven aan de genoemde prestatievelden, welke beleidsinitiatieven succesvol zijn, en in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van een integraal beleid. Dit geldt ook voor de wijze waarop en de mate waarin gemeenten invulling geven aan de compensatieplicht of het compensatiebeginsel en in welke mate verschillen tussen gemeenten aanvaardbaar worden geacht.

Zeker is wel dat het voorzieningenaanbod op het gebied van de Wmo als gevolg van de lokale beleidsvrijheid per gemeente zal kunnen variëren in omvang en kwaliteit, en in de mate van vraagsturing en keuzevrijheid. Ook de verhouding tussen collectieve en individuele voorzieningen kan lokaal gaan verschillen.

Overigens is de invulling van de Wmo niet alleen afhankelijk van de beleidsmatige keuzes van gemeenten, maar ook van de (juridische) interpretatie van met name het compensatiebeginsel.

Pilots met uitvoering ondersteunende en activerende begeleiding door gemeenten

Bij de totstandkoming van de Wmo pleitten diverse partijen voor een ruimere reikwijdte van deze wet en een overheveling van meer onderdelen van de AWBZ naar de Wmo. Het (toenmalige) kabinet zag de Wmo nadrukkelijk als eerste stap in het bundelen van regelingen en als ‘drager’ van uitbreiding van het gemeentelijke domein. Het kabinet stelt zich voor dat op een later moment ook andere activiteiten onder de Wmo kunnen worden gebracht. Het noemt in dat verband de ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ uit de AWBZ. Het kabinet ziet de Wmo als voorliggende voorziening op de AWBZ.

Sinds 2005 wordt in vier pilots (binnen het huidige wettelijke AWBZ-kader) geëxperimenteerd met uitvoering van ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ door gemeenten. De doelgroepen en thema’s van deze pilots lopen uiteen; in slechts één gemeente is sprake van een integrale voorziening voor alle bewoners met een ondersteuningsbehoefte. In een (kwalitatieve) tussenrapportage geven de gesprekspartners in de betreffende gemeenten aan dat de AWBZ-functie ‘ondersteunende begeleiding’ in haar geheel naar de gemeenten zou kunnen worden overgeheveld. Zij voeren als reden aan dat de doelstelling van de functie ‘ondersteunende begeleiding’ naadloos aansluit bij de Wmo-doelstelling. Als (extramurale) ‘ondersteunende begeleiding’ eveneens onder de gemeentelijke regierol zou vallen, versterkt dit de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden. Men verwacht hiervan voordelen in verband met de kwaliteit en efficiency van de te leveren ondersteuning. Volgens de rapporteurs speelt hierbij een rol dat zorgkantoren op dit moment nog onvoldoende prikkel hebben om een integraal en vraaggericht aanbod van ‘ondersteunende activiteiten’ dat aansluit op lokale voorzieningen, te realiseren⁸¹.

Met betrekking tot de *omvang en reikwijdte* van de te treffen voorzieningen is van belang dat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om collectief gefinancierde hulp te onthouden aan mensen die over voldoende eigen hulpbronnen beschikken⁸²; de huidige AWBZ biedt die mogelijkheid niet (zorg als verzekerd recht). Budgettaire begrenzing van gemeentelijke budgetten kan ertoe leiden dat gemeenten bij stijgende kosten selectiever met het treffen van voorzieningen zullen omgaan. Deze veranderingen kunnen de vraag naar particulier gefinancierde diensten en informele (onbetaalde) zorg in de toekomst doen toenemen.

3.6 *Verhouding AWBZ en Wmo*

Zorg (dat wil zeggen: de ingrepen of handelingen die zijn gericht op het verhelpen dan wel het verzorgen van aandoeningen van fysieke, mentale of verstandelijke aard) ziet

81 Kuperus, K. en W.R. van der Veen (2007) *Ondersteunende en activerende begeleiding: Overhevelen naar de Wmo?* Adviesrapport op basis van de resultaten van pilots bij zeven gemeenten, Amstelveen, Deloitte Consulting.

82 Artikel 4 lid 2 Wmo vraagt gemeenten rekening te houden met de capaciteit van de aanvrager om financieel zelf in maatregelen te voorzien.

de regering als aanspraken ondergebracht in het verzekerde domein. Naast zorgvoorzieningen zijn volgens de regering *ondersteunende voorzieningen* nodig om kwetsbare groepen in de samenleving op een waardige, zo niet volwaardige manier aan de samenleving te laten deelnemen. Daartoe dient de Wmo.

Een succesvol gemeentelijk beleid op het terrein van maatschappelijke ondersteuning heeft *een preventieve functie* voor het beroep op (de lichtere vormen van) AWBZ-zorg. De Wmo heeft immers – naast het mogelijk maken van participatie van kwetsbare groepen – ook als doel te voorkómen dat kwetsbare groepen een beroep doen op AWBZ-zorg. Dit geldt tamelijk indirect, door middel van versterking van sociale netwerken van betrokkenen en via de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers (prestatievelden 1 en 4). Hier gaat het vooral om solidariteit in de zin van betrokkenheid op elkaar (aldus de mvt bij de Wmo).

Die preventieve functie is meer direct als het gaat om de taak van gemeenten om “beperkingen in verband met de zelfredzaamheid weg te nemen” (door voorzieningen te regelen op het gebied van huishoudelijke verzorging, woningaanpassing en mobiliteit). Dit bevordert het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. In dat verband wordt ook wel gesproken over ‘vermaatschappelijking van de zorg’⁸³.

83 Hazeu, C.A. (2007) De Wet maatschappelijke ondersteuning, in: *Jaarboek Overheidsfinanciën 2006*, pp. 163-176.

Secretariaatsnotitie Lastenverdeling huidige zorguitgaven

In deze bijlage wordt gezien hoe de zorgkosten van de AWBZ en de aanpalende terreinen over huishoudens, bedrijven en algemene middelen zijn verdeeld. Om dit op een overzichtelijke manier te kunnen doen, is gekozen voor een min of meer gestileerde weergave. Daarbij komen verschillende begrotingshoofdstukken (VWS, Financiën) aan bod. Verder is het verschil tussen zorguitgaven die wel of niet tot het budgettaire kader zorg (BKZ) behoren, losgelaten.

tabel 5A.1 Verdeling van de zorguitgaven over huishoudens, bedrijven en algemene middelen, 2007, in miljarden euro's

Regeling	Kosten	Financiering	Verdeling
AWBZ	20	AWBZ-premie = 13,6 Eigen betalingen = 1,8 Rijksbijdrage BIKK = 4,6	Totaal = 20 Huishoudens = 15,4 Alg. middelen = 4,6
Zvw*	30	Ink.afh. premies = 14,9 Zorgtoeslag* = 2,7 Nominale premies = 11,1 - 2,7 = 8,4 Eigen betalingen = 2,1 Rijksbijdrage kinderen* = 1,9	Totaal = 30 Huishoudens = 18,4 Werkgevers = 10,2 Alg. middelen = 1,4 <i>In verdeling meegenomen: Loonheffing over werkgeversbijdrage = 4,1</i>
Totaal AWBZ + Zvw	50		Totaal = 50 Huishoudens = 33,8 Werkgevers = 10,2 Alg. middelen = 6,0
Voorheen AWBZ	1,9	Algemene middelen	Alg. middelen = 1,9
- opleidingskosten	0,6		
- WMO	1,3		
Overige zorguitgaven VWS*	7,4	Algemene middelen	Alg. middelen = 7,4
Uitgaven derde compartiment	3,4	Premies aanvullende verz. <i>pm overige eigen betalingen</i>	Huishoudens = 3,4
Aftrekpost bijzondere uitgaven	<i>pm</i>	<i>pm algemene middelen = -1,6</i>	Alg. middelen = -1,6 Huishoudens = 1,6
Totaal overige zorguitgaven	12,7	Algemene middelen Premies aanvullende verz. Overige eigen betalingen	Totaal = 12,7 Alg. middelen = 10,9 Huishoudens = 1,8
Totaal zorguitgaven** (inclusief zorgtoeslag, WMO en aanvullende ziekttekostenverzekeringen)	62,7		Totaal = 62,7 Huishoudens = 35,6 Werkgevers = 10,2 Alg.middelen = 16,9

* Op de begroting VWS 2007 vallen de zorgtoeslag en de rijksbijdrage kinderen beide onder de begrotingsgefinancierde zorguitgaven. De rijksbijdrage kinderen hoort wel bij het budgettair kader zorg, de zorgtoeslag niet. In deze tabel zijn de beide posten aan de Zvw toegewezen.

** In dit overzicht is geen rekening gehouden met de financiering van de ggz aan volwassenen in een strafrechtelijk kader die onder Justitie valt.

Bron: SER-secretariaat op basis cijfers begroting VWS 2007 en aanvullende cijfers CPB.

Verdeling van zorglasten verschilt naar regeling

Uit de tabel komt naar voren dat de verdeling van de zorglasten naar regeling sterk verschilt. Zo dragen de algemene middelen substantieel bij aan de kosten van de AWBZ, maar per saldo in geringe mate aan de kosten van de Zvw. Zonder flankerende maatregelen zal een overheveling van de AWBZ naar de Zvw dus gevolgen hebben voor de lastenverdeling. Een voorbeeld hiervan is de overheveling van de kortdurende geestelijke gezondheids-

zorg (ggz) naar de Zorgverzekeringswet. Met de financiële overheveling is een bedrag van 2,8 miljard euro gemoeid.

Kosten derde compartiment

De kosten voor het derde compartiment bestaan uit de premies voor de aanvullende verzekeringen en uit de overige eigen betalingen van huishoudens. Volgens De Nederlandsche Bank bedragen de betaalde premies zo'n 3,4 miljard euro. Het is onbekend hoe hoog de overige eigen betalingen zijn. Er is wel informatie over de belastingaftrek buitengewone uitgaven. Deze bedraagt zo'n 5,6 miljard euro in 2006. De feitelijke buitengewone uitgaven vallen hoger uit, omdat de aftrekpost werkt met een inkomensafhankelijke drempel. Daar staat weer tegenover dat niet alle buitengewone uitgaven met zorgkosten samenhangen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de forfaits voor 65-plussers en arbeidsongeschikten, begrafeniskosten en kosten van adoptie.

Kosten Zvw en zorgtoeslag

De kosten van de Zvw in tabel 5A.1 zijn gepresenteerd inclusief de zorgtoeslag. De zorgtoeslag is bedoeld om huishoudens tegemoet te komen in de kosten van de nominale premie. Het is dan logisch om dit effect bij de verdelingsvraag (wie betaalt wat bij de Zvw) mee te nemen.

Toelichting bij de verdeling van de Zvw-lasten

In tabel 5A.1 is per categorie (huishoudens, werkgevers, algemene middelen) per saldo aangegeven wat de bijdrage is aan de kosten van zorg. Bij de Zvw valt dit niet op een eenvoudige manier te achterhalen. Daarom wordt in tabel 5A.2 de eerder gepresenteerde verdeling nader toegelicht.

tabel 5A.2 De verdeling van de Zvw-lasten over huishoudens, werkgevers en algemene middelen, 2007, in miljarden euro's

Verdeling Zvw-lasten 2007	
Huishoudens	
Inkomensafhankelijke bijdrage werknemers	10,2
Bijdrage werkgevers	-10,2
Loonheffing werknemers werkg.bijdrage (40%)	4,1
Inkomensafhankelijke premie niet-werknemers	3,8
Nominale premies	11,1
Zorgtoeslag	-2,7
Saldo huishoudens	18,4
Werkgevers	
Inkomensafhankelijke bijdrage	10,2
Saldo werkgevers	10,2
Algemene middelen	
Zorgtoeslag	2,7
Bijdrage kinderen	1,9
Werkgeversbijdrage uitkeringsgerechtigden	0,9
Loonheffing over werkgeversbijdrage (40%)	-4,1
Saldo algemene middelen	1,4
Totaal Zvw-lasten	30

Bron: SER-secretariaat op basis cijfers VWS en CPB.

Uit tabel 5A.2 blijkt dat de saldi voor huishoudens en algemene middelen het gevolg zijn van verschillende plussen en minnen. De lastenverdeling wordt beïnvloed door de loonheffing die werknemers en uitkeringsgerechtigden over hun werkgeversbijdrage moeten betalen (4,1 miljard euro) en door de zorgtoeslag (2,7 miljard euro). De beide posten vallen overigens deels tegen elkaar weg.

Secretariaatsnotitie Ramingen toekomstige ontwikkeling AWBZ-uitgaven

1 Inleiding

In deze bijlage staat de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven op de langere termijn centraal. Paragraaf 2 geeft als opstapje de middellangetermijnraming van het CPB voor de periode 2008-2011. Deze raming is mede van belang omdat andere, later te presenteren ramingen hiernaar verwijzen.

Voor de langetermijnontwikkeling van de AWBZ-uitgaven heeft de SER de beschikking gekregen over verschillende ramingen. De ramingen van deskundigen van het ministerie van VWS en van het CPB zijn integraal opgenomen in de bijlagen 5C en 5D. Het SCP heeft een terugblik gemaakt van de AWBZ-uitgaven in de periode 1985-2005 en een gebruiksraming voor de ouderenzorg voor de periode 2005-2030. Beide ramingen zijn opgenomen in bijlage 3 en 4 en zijn ook beschikbaar als afzonderlijke SCP-publicatie¹.

Paragraaf 3 gaat in op de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende ramingen. Paragraaf 4 bevat enkele bevindingen.

2 CPB-raming 2008-2011

In 2006 heeft het CPB een middellangetermijnraming uitgebracht voor de ontwikkeling van de zorguitgaven voor de periode 2008-2011². In deze raming is de AWBZ afzonderlijk in beeld gebracht. De raming is gebaseerd op een behoedzame economische groei van 1,75 procent per jaar, op een verouderde bevolkingsprognose van het CBS en op ongewijzigd beleid.

De Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011 van het CPB geeft een actuelere raming van de verwachte zorguitgaven op de middellange termijn³. In deze raming wordt de AWBZ echter niet afzonderlijk gepresenteerd.

In deze paragraaf baseert het SER-secretariaat zich op de oudere CPB-raming, ook al omdat verschillende later te bespreken langetermijnramingen op onderdelen naar deze CPB-publicatie verwijzen. Waar mogelijk wordt de presentatie aangevuld met cijfers uit de geactualiseerde MLT-raming van het CPB⁴.

-
- 1 Evelien Eggink, Evert Pommer en Isolde Woittez (2008) *De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 28 maart 2008.
 - 2 R. Douven [et al.] (2006) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, CPB-Document 121, Den Haag, Centraal Planbureau.
 - 3 CPB (2007) *Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011*, CPB-Document 121, Den Haag, Centraal Planbureau.
 - 4 De geactualiseerde MLT-raming is gebaseerd op een trendmatige groei van 2 procent per jaar (in plaats van 1,75 procent per jaar), gaat uit van het voor 2008-2011 voorgenomen kabinetsbeleid (in plaats van ongewijzigd beleid), en houdt rekening met de bijgestelde bevolkingsprognose van het CBS.

Afbakening zorguitgaven

Het CPB gaat in haar ramingen uit van een bredere definitie van de zorguitgaven dan het budgettair kader zorg (BKZ). De CPB-definitie is gebaseerd op de CBS-definitie van de zorgrekeningen. Zo zijn de AWBZ-uitgaven inclusief de eigen betalingen.

Tussen 1990 en 2006 schommelen de BKZ-uitgaven als percentage van het bbp rond de 9 procent. Tussen 1990 en 2003 valt de jaarlijkse groei van de BKZ-uitgaven 0,7 procent lager uit dan de zorguitgaven die binnen de CPB-definitie vallen. Na 2004 wordt het groei-verschil groter.

Per saldo komt de zorgquote volgens de BKZ-definitie uit op circa 9 procent bbp in 2007, tegen circa 12 procent bbp volgens de CPB-definitie. Het verschil wordt vooral veroorzaakt door beleid gericht op pakketverkleining, hogere eigen betalingen en overhevelingen naar andere sectoren.

Referentieperiode 1990-2003

Het CPB maakt voor de MLT-raming van de AWBZ-sectoren gebruik van verschillende referentieperiodes. Voor de sector verpleging en verzorging (verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg) gaat het vooral om de periode 1990-2003. Voor de gehandicaptenzorg spelen ook andere referentieperiodes een rol.

De gemiddelde groeicijfers voor de door het CPB gehanteerde referentieperiode komen lager uit dan die voor de periode 2000-2003. Dat komt omdat in die periode de uitgaven veel sterker toenamen dan in de voorafgaande periode 1990-1999. Voor de gehele referentieperiode 1990-2003 gaat het CPB ervan uit dat de structurele groei goed wordt weergegeven door de gemiddelde groei. Dat betekent dat een deel van de hoge groei van de periode 2000-2003 zal doorwerken naar de periode 2008-2011.

Volumeraming

De volumeraming van de AWBZ-sectoren bestaat uit twee componenten. De eerste component is de verwachte groei van het aantal cliënten op basis van demografische en sociaal-economische ontwikkelingen. Dit onderdeel is gebaseerd op een eerdere SCP-raming⁵.

De tweede component betreft de intensiteit van de zorg. Dit omvat allerlei factoren die tot gevolg hebben dat de totale volumegroei afwijkt van de groei van het aantal personen dat zorg ontvangt. Relevante factoren zijn de zwaarte en kwaliteit van de zorg, de mate waarin het accent al dan niet op uitgavenbeheersing ligt, het proces van indicatiestelling, prikkels voor aanbodgeïnduceerde vraag, de toekenning van pgb's en dergelijke.

Door het samengestelde karakter van de intensiteit van de zorg is de raming van deze grootte met meer dan gemiddelde onzekerheid omgeven. Zo gaat het CPB voor de sector verpleging en verzorging uit van een groei van 1,1 procent per jaar. Dit is ongeveer gelijk aan de historische trend in de periode 1990-2003. Tussen 1990 en 1998 was de groei

5 Timmermans, J. en I. Woittiez (2004) *Verpleging en verzorging verklaard*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 14 oktober 2004.

van de intensiteit beduidend lager (0,1 procent per jaar), maar in de periode 1998-2003 juist beduidend hoger (2,4 procent per jaar). Het CPB verwacht dan ook dat de hoge groei-cijfers uit het recente verleden wat zullen afvlakken.

Tabel 5B.1 laat zien hoe de volumegroei van de AWBZ-uitgaven samenhangt met de groei van het aantal cliënten en met de toenemende intensiteit van de zorg. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg. Voor de gehandicaptenzorg wordt een iets lagere demografische groei verondersteld bij een wat hogere intensiteit van de zorg⁶.

tabel 5B.1 Volume- en prijsontwikkeling voor de AWBZ in de periode 2008-2011, jaarlijkse groeipercentages

	Volumegroei (1)			Prijs- toename (2)	Nomin. groei (1+2)	Reële groei = nom. groei -/prijs bbp	Nom groei -/- nomin. groei bbp*
	Aantal cliënten	Intensiteit	Totaal				
Verpleging en verzorging	1,2	1,1	2,3	2,7	5,0	3,5	1,5
Gehandicaptenzorg	0,9	1,6	2,5	2,6	5,1	3,6	1,6
AWBZ totaal	1,1	1,2	2,4	2,7	5,1	3,6	1,6

* Het CPB rekent met een jaarlijkse reële bbp-groei van 1¼ procent bij een jaarlijkse bbp-inflatie van 1½ procent. Bij elkaar opgeteld leidt dit tot een nominale bbp-groei van afgerond 3¼ procent per jaar.
Bron: SER-secetariaat op basis van Douven, R. [et al.] (2006) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, CPB-Document 121, op.cit.

Prijstraming

Het CPB raamt de prijsontwikkeling in de AWBZ op 2,7 procent per jaar (zie tabel 5B.1). Dit ligt 1,2 procent hoger dan de bbp-inflatie. De verschillen tussen de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg zijn zeer gering. Dat geldt overigens ook voor de verschillen tussen de sectoren cure en care in het algemeen.

Het CPB onderscheidt bij de prijsontwikkeling vier factoren:

- De lonen in de zorgsector: het gaat hier om de relatieve arbeidsintensiteit van de zorgsector. Vergelijken met andere bedrijfstakken is relatief veel arbeid nodig per eenheid product.
- Het Baumol-effect: het Baumol-effect meet hoeveel de arbeidsproductiviteit in de zorg achterblijft bij de gemiddelde arbeidsproductiviteit in de economie als geheel. Dit achterblijven van de arbeidsproductiviteit heeft een kostenopdrijvende werking.

6 Het SCP (1985-2005) wijst er in dit verband op dat de doelgroep van de verstandelijke gehandicaptenzorg is uitgebreid met zwakbegaafden. Dit staat los van de volumecomponent 'demografie' en komt dus terug in de volumecomponent 'intensiteit van de zorg'. Bij intensiteit gaat het ook om een hogere of lagere deelname per demografische groep (extramuralisering bij verzorgingshuizen) en om veranderingen in de doelgroep.

- De inflatie in de materiële kosten: het gaat hier onder meer om genees- en hulpmiddelen, verbandmiddelen, bedden en maaltijden.
- De groei van de kapitaallasten: de prijs om te investeren in nieuwe gebouwen, apparatuur, en medische technologie.

De totale prijsontwikkeling van 2,7 procent in de zorg⁷ voor de periode 2008-2011 laat zich in vier delen opsplitsen⁸:

Looncomponent	1,2 procent
Baumol-effect	0,8 procent
Materiële kosten	0,6 procent
Kapitaalprijs	0,1 procent

Totaalbeeld

AWBZ-uitgaven groeien tussen 2008 en 2011 nominaal met 5,1 procent per jaar. De reële groei van de AWBZ-uitgaven (gecorrigeerd voor de bbp-inflatie van 1,5 procent) bedraagt 3,6 procent per jaar.

Het is zinvol om te zien hoe de nominale groei van de AWBZ-uitgaven zich verhoudt tot de nominale groei van het bbp in dezelfde periode. De nominale AWBZ-uitgaven blijken dan 1,6 procent per jaar sneller toe te nemen dan het nominale bbp. Dit impliceert een oplopende AWBZ-quote als percentage van het bbp. Voor de zorg als geheel (AWBZ en curatief) neemt de zorgquote tussen 2008 en 2011 met 1 procent bbp toe.

Actualisatie economische verkenning 2008-2011.

Zoals gezegd gaat de geactualiseerde MLT-raming niet specifiek in op de AWBZ. Het CPB heeft echter berekend dat op basis van de meest recente inzichten de volumegroei van de AWBZ-uitgaven tussen 2008 en 2011 ruim 2,5 procent zal bedragen. Het verschil met de eerder gepresenteerde 2,4 procent valt onder meer toe te schrijven aan het hogere groeiscenario voor deze kabinetsperiode (2 i.p.v. 1,75 procent bbp) en de bijstelling van de bevolkingsprognose door het CBS.

In de actualisatie van de MLT-raming groeien de care-uitgaven gemiddeld 2 procentpunt per jaar sneller dan het bbp. Uit bijlage 5D blijkt dat de AWBZ-quote tussen 2008 en 2011 dan oploopt van 3,8 tot 4,2 procent van het bbp.

3 Overzicht van de ramingen

In onderstaande tabel zijn de verschillende AWBZ-ramingen naast elkaar gezet.

⁷ Er is geen afzonderlijke opsplitsing beschikbaar van de prijsontwikkeling in de AWBZ.

⁸ Het SCP verdeelt de historische kostprijsontwikkeling in drie delen: reële personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs), reële materiële kosten per product (niet-loonprijs) en de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

tabel 5B.2 Een overzicht van de verschillende AWBZ-ramingen

	SCP 1985-2005	CPB 2008-2011	VWS-deskundigen 2008-2020	SCP 2005-2030
Verpleging en verzorging				
Volume groei*	0,9 (= 1,8 - 0,9)	2,3 (= 1,2 + 1,1)	2,4 (= 2,4 + 1,2 - 1,2)	1,3 (= 1,3 + 0)
Prijs zorg - prijs bbp (reële prijsstijging)**	2,0	1,2	1,2	2,0 of 2,4
Reële groei uitgaven**	2,8	3,5	3,6	3,3 of 3,7
Gehandicaptenzorg				n.v.t.
Volume groei*	2,3 (= 0,3 + 2,0)	2,5 (= 0,9 + 1,6)	2,5 (= 0,3 + 2,2)	
Prijs zorg - prijs bbp (Reële prijsstijging)	2,0	1,2	1,2	
Reële groei uitgaven	4,4	3,7	3,7	
GGZ				
Volume groei*	1,8 (= 0,6 + 1,2)	2,3 (= 0,8 + 1,5)	1,9 (= 0,5 + 1,4)	n.v.t.
Prijs zorg - prijs bbp (Reële prijsstijging)	2,1	1,2	1,2	
Reële groei uitgaven	3,9	3,5	3,1	
AWBZ				n.v.t.
Volume groei*	1,3 (= 1,3 + 0)	2,4 (= 1,2 + 1,1)	2,5 (= 1,7 + 1,5 - 0,7)	
Prijs zorg - prijs bbp (Reële prijsstijging)	2,0	1,2	1,2	
Reële groei uitgaven	3,3	3,6	3,7	

* Volume groei bestaat uit groei in personen (demografie) + overige groei (intensiteit van de zorg en/of een hogere of lagere deelname per leeftijdsgroep en/of uitbreiding van de doelgroep). VWS onderscheidt bij verpleging en verzorging een derde volumecomponent, nl. de trend van extramuralisering.

** Het SCP hanteert voor 2005-2030 een laag en een hoog prijsscenario.

Bron: SER-secretariaat op basis van de bijdragen van VWS-deskundigen, CPB en SCP.

De reële groei van de AWBZ-uitgaven varieert van 3,3 procent (gemiddelde 1985-2005) tot 3,7 procent (technische exercitie VWS-deskundigen voor 2008-2020).

Achter dit ogenschijnlijk eensluidende beeld gaan echter grote verschillen schuil betreffende de volumeontwikkeling in de ouderenzorg en de prijsontwikkeling. Over de vooruitzichten voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lijkt meer overeenstemming te bestaan.

In het onderstaande komen enkele enkele belangrijke overeenkomsten en verschillen aan de orde.

Verstandelijke gehandicaptenzorg en GGZ

In de periode 1985-2005 is de volumegroei vooral toegenomen doordat ook zwakbegaafden tot de gehandicaptenzorg werden toegelaten. Deze oprekking van de doelgroep uit zich in de component overige volumegroei. De demografisch bepaalde volumegroei is daarentegen heel gering geweest.

Het is nu de vraag of deze verruiming van de doelgroep leidt tot een eenmalige uitgavenverhoging (met daarna gelijkblijvende groeicijfers) of dat er sprake is van een autonome trend van steeds ruimhartiger zorg. De ramingen van het CPB en het ministerie van VWS gaan uit van een voortgaande autonome trend, maar lager dan in de periode 2000-2003.

Een belangrijk verschil tussen de ramingen is dat het CPB en SCP de prijs- en volumecomponent anders berekenen. Hierdoor komt het CPB tot hogere volumeramingen dan het SCP. Voor de periode 2008-2011 vindt het CPB daarom ook een lagere prijsraming (prijs gehandicaptenzorg – prijs bbp) dan het SCP voor de periode 1985-2005. De VWS-deskundigen baseren zich voor de periode 2008-2020 op de prijsraming van het CPB.

Het beeld voor de GGZ is min of meer vergelijkbaar met dat van de verstandelijke gehandicaptenzorg. De volumegroei wordt slechts in beperkte mate veroorzaakt door demografische groei. Veel belangrijker zijn de overige volumecomponenten. Verder wijkt ook hier de prijsraming van het CPB voor 2008-2011 af van de prijsontwikkeling volgens het SCP over de periode 1985-2005.

Volumeraming verpleging en verzorging

De jaarlijkse volumegroei van de verpleging en verzorging varieert in de ramingen van 0,9 tot 2,4 procent. De bandbreedte loopt van 1,3 tot 2,4 procent als alleen naar de toekomst wordt gekeken. De verschillen weerspiegelen onder meer verschillen van inzicht, verschillen in systematiek⁹ en een verschillend gebruik van de CBS-bevolkingsprognoses. Een eerste verschil van inzicht doet zich voor bij de interpretatie van de uitgavenhobbel van 2000-2003. Het SCP gaat hier uit van een eenmalige verhoging van het uitgavenniveau, wat geen opwaartse druk zal leggen op de toekomstige groeicijfers. Het CPB (2008-2011) en de VWS-deskundigen (2008-2020) gaan er wel van uit dat een deel van de hoge groeicijfers van 2000-2003 zal doorwerken naar de toekomst.

Een tweede verschil van inzicht heeft te maken met de trend van extramuralisering. Uit de periode 1985-2005 blijkt dat de demografisch bepaalde volumegroei van 1,8 procent per jaar aanmerkelijk is getemperd door een overige volumecomponent, te weten een lagere deelname per leeftijdsgroep van 0,9 procent per jaar. Deze autonome trend valt grotendeels toe te schrijven aan het verminderde gebruik van verzorgingshuiszorg.

9 Ook hier speelt een rol dat het CPB en het SCP de prijs- en volumecomponenten anders berekenen. Verschillen in systematiek komen verder aan de orde in de voetnoten 10 en 11.

De vraag is of een verdergaande extramuralisering in de toekomst de volumegroei van de uitgaven zal blijven beperken. Volgens het SCP is dit niet het geval. Het SCP gaat ervan uit dat een verdergaande substitutie van verzorgingshuizorg voor thuiszorg grosso modo kostenneutraal zal plaatsvinden. Dat komt omdat de mensen die thuis blijven wonen, aangewezen zullen zijn op de duurdere vormen van thuiszorg. De duurste vormen van thuiszorg kosten meer dan de goedkoopste vormen van verzorgingshuizorg.

De VWS-deskundigen boeken voor extramuralisering wel een kostenbesparing in van 1 procent per jaar. De redenering is hier dat de gemiddelde thuiszorggebruiker minder uitgaven met zich brengt dan de gemiddelde intramurale bewoner. De VWS-deskundigen baseren zich tevens op de CPB-raming voor 2008-2011, die op dit onderdeel weer gebaseerd is op de periode 1990-2003¹⁰.

Een derde verschil betreft het al dan niet toepassen van de jongste bevolkingsprognose van het CBS. De VWS-deskundigen baseren zich op de CBS-bevolkingsprognose van 2007. Het CPB en het SCP baseren zich nog op een eerdere prognose. De nieuwste bevolkingsprognose van het CBS gaat uit van een aanmerkelijk hogere groei van het aantal 70-plus-sers. Hierdoor zal de technische kostenraming van de VWS-deskundigen hoger uitvallen dan die van het SCP, ook als alle overige veronderstellingen gelijk zouden zijn.

Welk aandeel heeft de CBS-bevolkingsprognose nu op het verschil tussen de ramingen van de VWS-deskundigen en het SCP? Om dit duidelijk te maken moeten we uitgaan van dezelfde sector (verpleging en verzorging) en dezelfde periode (2008-2020). Voor die periode komt de SCP-volumeraming uit op 1,1 procent, tegen 2,4 procent bij de VWS-deskundigen. Van het verschil van 1,3 procent blijkt 0,4 procentpunt voor rekening van de gehanteerde bevolkingsprognoses te komen¹¹.

Prijssraming ouderenzorg en AWBZ

Over de periode 1985-2005 bedraagt de reële prijsontwikkeling in de AWBZ op basis van SCP-cijfers (prijs zorg – prijs bbp) circa 2 procent per jaar. Zoals eerder opgemerkt, hanteert het CPB voor de splitsing van de prijs- en volumecomponenten een andere methodiek. Dit resulteert voor de periode 2008-2011 in een reële prijsontwikkeling van 1,2 procent per jaar. Deze uitkomst spoot redelijk met de reële prijsontwikkeling in de periode 1990-2003 (1,3 procent per jaar).

-
- 10 De vergelijking tussen de ramingen wordt verder bemoeilijkt doordat de volumecomponenten 'extramuralisering' en 'intensiteit van de zorg' verschillend in de ramingen zijn verwerkt. In de cijfers van CPB en SCP wordt het effect van de extramuralisering meegenomen onder de volumecomponent 'overige groei/ intensiteit van de zorg' (zie voetnoot bij tabel 5B.2). Het ministerie van VWS baseert zich voor de volumecomponent 'intensiteit van de zorg' op het CPB, maar voegt daar toch een aparte volumecomponent 'extramuralisering' aan toe. Verder neemt het SCP een deel van de intensivering van de zorg mee in zijn prijsscenario's en dus niet in de volumecomponent 'intensiteit van de zorg'.
- 11 De verschillen van inzicht over extramuralisering en de intensiteit van de zorg verklaren nog eens 0,25 procentpunt van het verschil. Het resterende verschil van 0,65 procentpunt heeft te maken met de verschillende uitgangspunten van de modellen, waarbij het SCP het gedrag van mensen modelleert en VWS een simulatiemodel hanteert.

De VWS-deskundigen en het SCP hebben voor de toekomst geen eigen prijsontwikkeling geraamd. De VWS-deskundigen baseren zich voor de periode 2008-2020 op de prijsraming in de middellangetermijnraming van het CPB.

Het SCP onderscheidt voor de verpleging en verzorging twee scenario's voor de reële prijsontwikkeling. Het lage scenario is gebaseerd op de periode 1985-2005 (2,0 procent), het hoge scenario op de periode 1995-2005 (2,4 procent).

Al met al hebben de ramingen van de jaarlijkse reële AWBZ-prijsontwikkeling een bandbreedte van 1,2 tot 2,0 procent. Voor de AWBZ-sector verpleging en verzorging variëren de prijsramingen van 1,2 tot 2,4 procent. Deze reële prijsstijgingen komen bovenop de bbp-inflatie die in de periode 2008-2011 circa 1,5 procent per jaar bedraagt. De nominale prijsontwikkelingen komen daarmee bij het CPB en de VWS-deskundigen iets hoger uit dan de geraamde volumeontwikkelingen. Bij het SCP vallen de nominale prijsontwikkelingen aanzienlijk hoger uit dan de geraamde volumeontwikkelingen.

4 Belangrijkste bevindingen

In de vorige paragraaf zijn vier ramingen op hoofdlijnen met elkaar vergeleken. Op deze plaats stelt het SER-secretariaat enkele belangrijke bevindingen aan de orde.

Demografie, intensiteit van de zorg en extramuralisering

Bij de volumegroei van de AWBZ-uitgaven zijn verschillende veronderstellingen van belang.

In de eerste plaats verschillen de ramingen van inzicht over de bijdrage van de vergrijzing aan de volumeontwikkelingen in de AWBZ. Hier spelen overigens ook verschillen tussen verleden en toekomst, alsmede tussen de verschillende AWBZ-sectoren een rol.

Het SCP verwacht dat voor de sector verpleging en verzorging de intensiteit van de zorg in de periode 2005-2030 per saldo niet zal toenemen. Het CPB en de VWS-deskundigen rekenen wel op een hogere volumegroei als gevolg van een hogere intensiteit van zorg¹².

Voor de sectoren gehandicaptenzorg en GGZ lijken de verschillende partijen het erover eens dat niet-demografische factoren een relatief belangrijke rol spelen.

Een aan het bovenstaande gerelateerde vraag is in hoeverre de uitgavenhobbel van 2000-2003 de volumegroei op de lange termijn zal beïnvloeden. Hier staan twee scholen tegenover elkaar. De ene school (CPB en de VWS-deskundigen) gaat ervan uit dat de hoge groei-percentages van 2000-2003 (c.q. 1998-2003) weliswaar af zullen vlakken, maar voor een deel toch structureel van aard zullen zijn. De extra volumegroei uit zich dan met name

¹² Een meer technisch punt is dat CPB, SCP en VWS zich baseren op verschillende versies van de bevolkingsprognose van het CBS. Dit verklaart 0,4 procentpunt van het verschil tussen de ramingen van VWS en het SCP als het gaat om de volumegroei van de ouderenzorg tot 2020.

in een hogere autonome groeicomponent (een hogere intensiteit van zorg en/of meer zorg per demografische groep en/of meer groepen die voor zorg in aanmerking komen). De andere school (het SCP) benadrukt dat de uitgavenhobbel meer het karakter heeft gehad van inhaalvraag. In de periode 2000-2003 zijn de uitgaven eenmalig op een hoger niveau gebracht. Dit hoeft verder geen gevolgen te hebben voor de volumegroei na 2003.

Prijsontwikkeling

Een tweede grote onzekerheid doet zich voor rond de prijsontwikkeling (prijs zorg – prijs bbp) op de lange termijn. Eigenlijk is hier geen echte AWBZ-raming voor beschikbaar. Het CPB heeft alleen een middellangetermijnraming voor 2008-2011. De VWS-deskundigen en het SCP hebben voor hun langetermijnramingen geen eigen prijsramingen opgesteld.

Indien naar het verleden wordt gekeken, dan varieert de reële prijsontwikkeling van 1,2 procent per jaar (1972-2003) tot 2,4 procent per jaar (1995-2005). Over de periode 1985-2005 bedroeg de reële prijsontwikkeling 2,0 procent. Indien het verleden als spiegelinformatie wordt gebruikt voor het ramen van de toekomstige prijsontwikkeling, dan maakt het dus nogal uit voor welke referentieperiode wordt gekozen. Zoals eerder opgemerkt, is ook van belang welke methode wordt gehanteerd om groeicijfers uit het verleden te splitsen in een prijs- en een volumecomponent.

Verder valt op dat bij het SCP de reële prijsontwikkeling dezelfde orde van grootte heeft als de verschillende volumeramingen. Over de periode 1985-2005 viel de reële prijsontwikkeling (2,0 procent per jaar) zelfs aanzienlijk hoger uit dan de volumegroei van de AWBZ-uitgaven in dezelfde periode (1,3 procent per jaar).

Alle ramingen gaan ervan uit dat de prijsontwikkeling voor de AWBZ hoger zal zijn dan de gemiddelde prijsstijging voor de economie als geheel. Dit komt met name door de arbeidsintensieve manier van werken en door de achterblijvende arbeidsproductiviteit.

Ontwikkeling AWBZ-quote

De onzekerheden over toekomstige en volumes en prijzen afzonderlijk doen zich in versterkte mate voor wanneer prijs en volume met elkaar moeten worden gecombineerd. In dat geval kan de totale kostenontwikkeling van de AWBZ vergeleken worden met de toeneming van het bbp in dezelfde periode.

Twee van de vier ramingen maken een dergelijke vergelijking mogelijk. De SCP-analyse over 1985-2005 laat zien dat de AWBZ-uitgaven 3,3 procent per jaar gegroeid zijn. Dit is sneller dan de groei van het bbp (gemiddeld 2,7 procent). Bijgevolg is de AWBZ-quote toegenomen tot circa 4 procent van het bbp in 2005.

Het SCP benadrukt dat de AWBZ-quote tot 2001 min of meer stabiel is gebleven op 3,5 procent van het bbp. De toeneming tot 4 procent bbp heeft in de daaropvolgende twee jaar

plaatsgevonden. Daarmee is het groeipad voor de hele periode 1985-2005 naar boven toe vertekend. Dit wordt bevestigd door de observatie dat de groei na 2004 weer afvlakt. Het een en ander impliceert volgens het SCP dat een oplopende AWBZ-quote geen vanzelfsprekendheid hoeft te zijn.

Het CPB gaat er in zijn MLT-raming van uit dat de nominale AWBZ-uitgaven in de periode 2008-2011 jaarlijks 1,6 procent sneller toenemen dan het nominale bbp. Dit impliceert een oplopende AWBZ-quote.

Op verzoek van de SER heeft het CPB in een afzonderlijke raming aandacht besteed aan de mogelijke ontwikkeling van de AWBZ-quote tot 2020. Deze raming is integraal opgenomen in bijlage 5D.

De raming bestaat in wezen uit drie scenario's. In het lage scenario wordt aangesloten bij een periode uit het verleden (1990-2000) waarin de AWBZ-uitgaven dankzij stringente aanbodregulering werden beperkt. Dit scenario laat zien dat een stabiele of zelfs dalende AWBZ-quote inderdaad tot de mogelijkheden behoort. De AWBZ-quote zou dan dalen tot 3,5 procent van het bbp in 2020.

Het hoge scenario sluit aan bij de periode 2000-2006. In die periode groeiden de AWBZ-uitgaven jaarlijks gemiddeld 3,8 procent sneller dan het bbp. Indien dit groeiverschil wordt doorgetrokken naar 2020, dan resulteert in 2020 een AWBZ-quote van 6,4 procent van het bbp.

Het derde scenario komt overeen met de geactualiseerde MLT-raming van het CPB.

Deze laat zien dat de AWBZ-quote in de periode 2008-2011 naar verwachting toeneemt van 3,8 naar 4,2 procent van het bbp.

VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Lange termijn kostenraming AWBZ (2008-2020) (VWS-analyse ten behoeve van de SER)

20 november 2007.

1: Inleiding

Begin 2007 is in opdracht van de VWS een ramingsmodel voor de AWBZ ontwikkeld door ABF-research te Delft. Dit model is vooral bedoeld om kostenraming van de AWBZ te kunnen vervaardigen.

In het kader van de advisering over de toekomst van de AWBZ heeft het SER-secretariaat aan VWS gevraagd of een raming kon worden gemaakt van de AWBZ-kosten in de periode 2008-2020. 2008 is als startjaar genomen omdat in dit jaar de zogenaamde knip in de GGZ is gerealiseerd. In totaal wordt daarmee een bedrag van ca. € 3 mld overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. In het model is verder uitgegaan van een beleidsarmscenario. Dit betekent dat de intensiveringen en ombuigingen die door het huidige kabinet zijn voorzien niet zijn meegenomen in de kostenprognose¹. In deze notitie zal kort worden ingegaan op de werking van het ramingsmodel. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd.

Het SER-secretariaat heeft een soortgelijk verzoek neergelegd bij het SCP. Ook het SCP heeft een kostenraming aan de SER aangeboden. VWS en SCP hebben nader geanalyseerd welke uitgangspunten aan beide ramingen ten grondslag liggen. In de slotparagraaf worden de belangrijkste verschillen toegelicht.

¹ Het betreft hier de maatregelen in het kader van de ondersteunende begeleiding en de tariefmaatregelen AWBZ (-0,3 mld, oplopend tot -0,8 mld in 2011, en de intensiveringsgelden care 0,4 mld. structureel. Deze maatregelen zullen een zeer beperkt effect hebben op het geraamde groeppad van de AWBZ-uitgaven in de periode 2008-2020.

2: Werking van het VWS-ramingsmodel

Voor het vaststellen van het zorggebruik in de toekomst is het van belang zo goed mogelijk zicht te hebben op de zogenaamde determinanten, ofwel “verklarende factoren” van het zorggebruik. Door het ramen van de determinanten kan zodoende ook een schatting van het toekomstige zorggebruik worden verkregen.

In het AWBZ-ramingsmodel van VWS is zoveel mogelijk aangesloten bij de uit de literatuur bekende determinanten. In de basisraming van het model wordt verondersteld dat het gebruik van AWBZ-zorg samenhangt met demografische en sociaaleconomische factoren, waarbij een onderscheid is gemaakt in vijf determinanten:

- Leeftijd (20 leeftijdscategorieën),
- Geslacht (2: m/v),
- Huishoudtype (3: alleenstaand verweerd, alleenstaand en samenwonend)
- Opleiding (3: laag, middel, hoog) en
- Inkomen (5 quintielen).

In totaal gaat het om 1800 bevolkingsgroepen (20x2x3x3x5).

Gebruik makend van verschillende databestanden (o.a. CAK, CIZ, NZa) is de samenstelling naar de achtergrondkenmerken van de diverse cliëntgroepen vastgesteld. Voor het basisjaar 2005 is per bevolkingsgroep het zorggebruik per product vastgesteld. In het model wordt volledig aangesloten op de realisatie 2005 van de kosten van de AWBZ die ook in de begroting van VWS is gepresenteerd.

De basisraming gaat er vanuit dat het procentuele zorggebruik binnen elke bevolkingsgroep gelijk blijft. Vervolgens is gebruik makend van de primos-bevolkingsprognose, die ook naar leeftijd, geslacht, huishoudtype, inkomen en opleiding is gespecificeerd, een raming van het zorggebruik gemaakt in de periode 2008-2020.

Vervolgens zijn de volumegegevens gerelateerd aan de kosten per product uitgaande van het prijsniveau 2006.

3: Specifieke veronderstellingen in de VWS-raming 2008-2020

Bij de raming van de AWBZ-kosten voor de periode 2008-2020 is een aantal specifieke uitgangspunten gehanteerd.

Basisuitgangspunten:

- Basis voor het model vormt de begroting 2005. Op basis van dit model is het geld verdeeld naar de verschillende subgroepen die in het model worden onderscheiden.
- Daaraan zijn de meest recente demoramingen van het CBS (Primos 2007) toegevoegd. Dit is van belang om dat in 2007 de demografische prognose door het CBS naar boven is bijgesteld, met name in de oudere leeftijdscategorieën. Dit heeft een groot effect op de raming van de AWBZ-uitgaven.
- De uit het model afkomstige groei wordt gezet op de meest recente uitgavenstanden (2006). Voor het jaar 2007 zijn er eventueel correcties toegepast om zoveel mogelijk aan te sluiten op de huidige begroting.
- Inkomensgroei in het model: Als gevolg van de inkomensgroei stijgt het inkomen van de huishoudens. Hogere inkomens nemen minder zorg af.
- Het betreft hier de raming van zorg in natura voor alle doelgroepen (V&V, GHZ, GGZ). De overige kosten inclusief PGB worden afzonderlijk geraamd.
- Alle uitgaven zijn in constante prijzen 2006.
- De raming is beleidsarm.
- Voorbehoud: Alhoewel onderstaande ramingen de uitgaven in miljoenen nauwkeurig aangeven, pretendeert VWS niet dat zij inderdaad een dusdanig nauwkeurige raming voor de lange termijn te kan geven.

Aanvullende veronderstellingen:

Aansluiting CPB

Voor de gehanteerde veronderstellingen is zoveel mogelijk aangesloten bij de uitgangspunten die het CPB hanteert in hun publicatie "Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011" en die ook een vertaling hebben gevonden in de bepaling van het Budgettair Kader Zorg.

Extramuralisering

Door VWS wordt een trend voorzien in de komende jaren waarbij zorgverlening in verpleeg- en verzorgingshuizen langzaam zal afnemen en de zorg thuis zal toenemen. Dit wordt onder meer veroorzaakt door de introductie van het volledig pakket thuis. In het model is dit als volgt gekwantificeerd:

- afname aantal verpleeghuisbedden – 0,4% per jaar
- afname aantal verzorgingshuisbedden -1,1% per jaar
- de afname intramuraal wordt geheel opgevangen in de thuiszorg

Intensiteit van de zorg

In de afgelopen jaren is een trendmatige groei zichtbaar van de intensiteit van de zorg. Dit betekent dat de cliënt bij gelijkblijvende beperkingen meer zorg geleverd krijgt. Dit uit zich ondermeer in de toename van het aantal geïndiceerde functies per persoon.

In het model zijn met betrekking tot de intensiteit de volgende veronderstellingen gehanteerd:

- Extra intensiteit thuiszorg 1,5%
- Extra intensiteit verpleeghuizen 1,0%
- Extra intensiteit verzorgingshuizen 1,0%
- Extra intensiteit GHZ 2,5%
- Extra intensiteit GGZ 1,5%

Indien de veronderstellingen worden ingebracht in het ramingsmodel, ontstaat het geraamde uitgavenbeeld AWBZ 2008-2020 zoals weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Raming op basis van het VWS-ramingsmodel ABF voor de AWBZ-uitgaven.

Bedragen x 1 mln.	2008	2009	2010	2015	2020
V&V - extramuraal	€ 4.770	€ 5.100	€ 5.441	€ 6.930	€ 8.521
V&V - intramuraal	€ 7.242	€ 7.264	€ 7.286	€ 7.374	€ 7.448
Totaal V&V	€ 12.013	€ 12.363	€ 12.727	€ 14.304	€ 15.969
PGB	€ 1.415	€ 1.513	€ 1.614	€ 2.056	€ 2.528
GGZ-na split	€ 1.262	€ 1.286	€ 1.308	€ 1.420	€ 1.524
GHZ intramuraal	€ 3.939	€ 3.939	€ 4.054	€ 4.627	€ 5.204
GHZ extramuraal	€ 1.381	€ 1.381	€ 1.418	€ 1.598	€ 1.778
Totaal	€ 5.320	€ 5.320	€ 5.472	€ 6.225	€ 6.982
Overig (Subsidies, MEE en Beheerskosten)	€ 469	€ 481	€ 494	€ 555	€ 618
Totaal	€ 20.479	€ 20.964	€ 21.615	€ 24.560	€ 27.622

Uit tabel 1 blijkt dat de jaarlijkse groei voor de V&V-sector ca. 2,4% per jaar is in de periode 2008-2020. Voor de totale AWBZ ligt deze groei iets hoger op ca. 2,5% per jaar. De groei wordt voor 1,7% veroorzaakt door de demografische ontwikkeling, 1,5% door een toename van de intensiteit van de zorg en voor -/0,7% door de veronderstelde extramuraliseringstendens (verschuiving van intramurale naar extramurale zorgverlening in de V&V-sector).

Voor de groei van pgb is aangesloten bij de groei zoals deze in de extramurale zorg wordt verwacht. In de afgelopen jaren blijkt de groei van het aantal PGB's echter hoger te liggen.

Zoals aangegeven is de raming weergegeven in constante prijzen 2006. Indien ook de reële prijsstijging (prijs zorg- prijs BBP) in de raming wordt meegenomen, zal de jaarlijkse kostengroei toenemen tot 3,7%. Hierbij is aangesloten bij de verwachting van het CPB over de reële prijsstijging zoals opgenomen in de MLT-raming (2008-2011).

4. Ramingen VWS en SCP: verschillen en overeenkomsten

Op verzoek van het secretariaat van de SER is zowel door VWS als het SCP een raming opgesteld van de AWBZ- uitgaven in de periode 2008-2020.

Beide ramingen gaan uit van de realisatie 2005 zoals weergegeven in de begroting van VWS. De raming van VWS is gebaseerd op een simulatiemodel dat primair bedoeld is om ramingen voor de begrotingen (1 tot 5 jaar vooruit) op te leveren. Het simulatiemodel is nader uitgewerkt in de publicatie "AZRA een AWBZ-ramingsmodel" (ABF, juli 2007). De raming van het SCP is gebaseerd op een gedragsmodel dat beoogt inzicht te geven in hoe mensen met beperkingen hun verzorgingsproblemen oplossen. Dit model is nader uitgewerkt in Jonker et al. (2007, te verschijnen). Op basis van het gedragsmodel zijn lange termijn ramingen (1 tot 25 jaar vooruit) gemaakt.

De volgende verschillen tussen de VWS- en de SCP-ramingen zijn waarneembaar:

a. Het SCP concentreert zich op de V&V-sector (exclusief een klein deel dat ook onder de GGZ geschaard kan worden). De VWS-raming omvat alle AWBZ-uitgaven. In omvang gaat het om een bedrag van € 10 mld. bij het SCP en bijna € 23 mld. bij VWS (niveau 2005).

Componenten die het SCP verder niet meeneemt zijn:

- Kapitaallasten
- Beheerskosten
- Uitleen, preventie en vervoer

Deze kostencomponenten zitten wel in het niveau van de VWS-raming, maar ze volgen de groei van de overige onderdelen.

Datzelfde geldt voor de VWS-raming van de uitgaven aan het PGB; die volgt de raming van de thuiszorg. Door gebrek aan informatie kon het PGB niet expliciet in het SCP-gedragsmodel worden opgenomen. Het PGB zit deels impliciet in het SCP-model omdat dit ook informele en particuliere hulp omvat die mensen met hun PGB kunnen betalen.

Componenten die niet in het VWS-model zitten en wel in het SCP-model zijn:

- private zorg (informeel en particulier)
- Wmo-zorg (huishoudelijke verzorging)

b. VWS veronderstelt een afname van de capaciteit van de intramurale V&V-zorg (hierdoor nemen de kosten van thuiszorg toe). Het SCP-model raamt een toename van het aantal mensen met een zorgbehoefte die voorheen vooral tot intramurale zorg leidde. Het is echter zeer wel mogelijk dat mensen met zo'n zware zorgbehoefte in de toekomst thuis zullen blijven wonen met de benodigde thuiszorg. Omdat voor deze groep de kosten van thuiszorg relatief hoog zijn, is in de visie van het SCP het effect op de totale raming van de AWBZ-kosten (V&V-sector) beperkt.

c. De groei in de V&V-sector tussen 2008 en 2020 wijkt af.

SCP: 1,3% per jaar

VWS: 2,4% per jaar

De verschillen worden veroorzaakt omdat VWS uitgaat van de demografische informatie van het CBS uit 2007 en het SCP de CBS 2006-cijfers gebruikt. Het CBS heeft in 2007 de groei van het aantal ouderen (80+) fors naar boven bijgesteld. Dit verklaart 0,8 procentpunt per jaar.

Daarnaast gaat VWS uit van een toename van de zorgintensiteit van 1,2% per jaar. De extramuralisatie heeft in de raming van VWS een dempend effect van 1,2% per jaar. Als de SCP-raming op basis van de nieuwe CBS-raming naar boven wordt bijgesteld, liggen de SCP-raming (2,1%) en de VWS-raming (2,4%) dicht bij elkaar. Het resterende verschil van 0,3%-punt tussen VWS en SCP per jaar ligt binnen de onzekerheidsmarge van de ramingsmodellen.

De overige verschillen worden veroorzaakt door het verschil van inzicht in de (effecten van de) extramuralisatie +/- 1,2% en de door VWS veronderstelde toename van de zorgintensiteit van 1,2% per jaar. Het saldo van beide effecten is 0% voor de V&V-sector.

Zowel de VWS-raming als de SCP-raming gaan uit van een constant loon- en prijspeil. Het SCP presenteert daarnaast nog varianten met reële tariefstijgingen (die voor een deel veroorzaakt kunnen zijn door een toename van de zorgintensiteit).

CPB Notitie

Nummer : 2007/79
 Datum : 21 december 2007
 Aan : SER-secretariaat

Toekomstige ontwikkeling van uitgavenquotes in de AWBZ

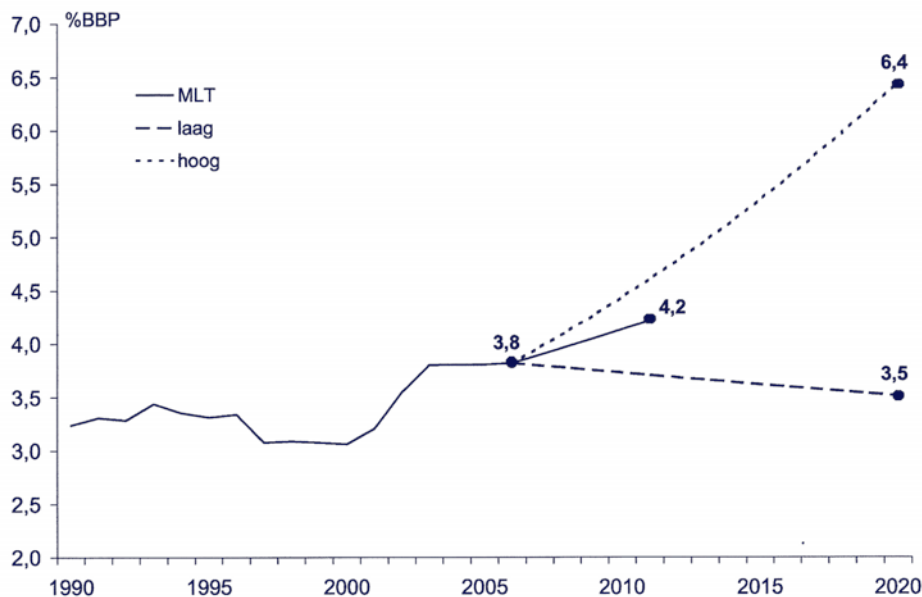
Deze notitie is opgesteld, en afgestemd met het SCP, naar aanleiding van vragen vanuit de SER naar een lange termijn raming voor de AWBZ voor het jaar 2020. In het verleden heeft het CPB geen lange termijn raming voor de AWBZ gemaakt, wel scenario's voor de hele zorg tot 2040 (CPB, 2004). Aangezien het CPB ook binnen afzienbare termijn geen ramingen tot 2020 gaat maken is er voor gekozen om in deze notitie bandbreedtes aan te geven waartussen de AWBZ uitgaven als percentage van het BBP (AWBZ-quote) tussen 2007 en 2020 zouden kunnen uitkomen. Voor het bepalen van bandbreedtes is gekozen voor een techniek die ook het Congressional Budget Office in de VS gebruikt voor haar toekomstige zorgramingen (CBO, 2007)

Ontwikkelingen van AWBZ-quote

In figuur 1 is een ontwikkeling van de AWBZ quote te zien vanaf het jaar 1990. De gebruikte AWBZ definitie is gebaseerd op care sectoren volgens de indeling van het CBS (CBS, 2006). De care uitgaven die we hier beschouwen omvatten de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. Merk op dat de CBS-definitie minder gevoelig is voor beleidsmatige ingrepen dan de VWS-definitie van collectief gefinancierde AWBZ uitgaven, waar de hoogte van de uitgaven sterk samenhangt met de breedte van het wettelijk verzekerd pakket en de door de overheid gefinancierde zorguitgaven die het Ministerie van VWS al dan niet onder de collectieve uitgaven laat vallen (zie ook CPB, 2006). Het beginjaar 1990 is genomen omdat vanaf die periode het redelijk goed is na te gaan wat de care uitgaven in de zorgrekening van het CBS op sectoraal niveau zijn geweest.

Ook in de vorige eeuw speelde de toename van een vergrijzende samenleving al een belangrijke rol. Dit volgt uit onderzoek van het SCP (2007a,b). Zij vinden over de hele periode 1985-2005, en ook in hun raming naar de toekomst toe, een gemiddelde stijging van het gebruik in de care van iets meer dan 1% per jaar. Door de aanbodsturing in de periode 1990-2000, zoals

Figuur 1: Ontwikkeling AWBZ-quote, 1990 – 2020



de budgetfinanciering van instellingen, bleef de AWBZ-quote op een redelijk constant niveau (zie figuur 1). De nominale ontwikkeling van het BBP groeide in die periode jaarlijks met 0,6% punt sneller dan de care uitgaven.

Na het jaar 2000 werd er overgegaan op meer vraagsturing. Kenmerken van deze vraagsturing zijn het gevoerde “boter bij de vis” beleid en het wettelijk verankerde “recht op zorg”. In figuur 1 is te zien dat de overgang naar meer vraagsturing zorgde voor sterke stijging van de zorguitgaven als percentage BBP in de periode 2000-2003. Een gedeelte van deze stijging is van tijdelijke aard geweest en heeft te maken gehad met het wegwerken van wachtlijsten en het verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Vanaf 2003 zien we weer een vlakkere quote. Dit heeft ook te maken met het feit dat de BBP-groei in de afgelopen jaren hoger was dan in de jaren daarvoor. In de periode 2000-2006 groeiden de care zorguitgaven jaarlijks gemiddeld met 3,8% sneller dan het BBP. Een belangrijke vraag is of de sterke stijging in de afgelopen periode structureel van aard is geweest of dat het hier vooral een tijdelijk fenomeen betreft en dat de groei op termijn weer terugkeert naar een lager groeipad. Het verleden laat wel zien dat politieke keuzes in sturingsmechanismen een sterke invloed hebben gehad op de uiteindelijke ontwikkeling van de care uitgaven. Ook in de toekomst zullen politieke keuzes een belangrijke invloed hebben op de ontwikkeling van de care uitgaven. In figuur 1 hebben we onzekerheidsmarges rondom de AWBZ-quote in beeld gebracht. In figuur 1 bedraagt de AWBZ-quote in het jaar 2006 ongeveer 3,8% van het BBP. Bij het lage scenario hanteren we dezelfde groeisnelheden als gedurende de periode 1990-2000 en laten we

de care uitgaven jaarlijks met 0,6% minder hard groeien dan het BBP. Bij dit lage scenario komt de AWBZ-quote in het jaar 2020 uit op 3,5%. In het hoge scenario gebruiken we dezelfde groeisnelheid als gedurende de jaren 2000-2006, en laten we de care uitgaven ieder jaar met 3,8% sneller groeien dan het BBP. In dat scenario komen we uit op een AWBZ-quote van 6,4% van het BBP.

Zowel het hoge als lage scenario zijn weliswaar extreme scenario's maar niet volledig ondenkbaar. Wanneer er gekozen wordt voor een sterke aanbodsturing als in de jaren 1990-2000 behoort het lage scenario tot de mogelijkheden. Wanneer men daarentegen kiest voor een ruimere indicatiestelling en meer kwaliteit in de zorg, bij een achterblijvende productiviteit en een krappere wordende arbeidsmarkt behoort ook het hoge scenario tot de mogelijkheden.

In de actualisatie van de MLT-raming (CPB, 2007) komt het CPB uit op een stijging van de AWBZ-quote van 3,8% in 2006 naar 4,2% in 2011. In de actualisatie van de MLT groeien de care uitgaven met gemiddeld 2% punt per jaar sneller dan het BBP.

Referenties

CBO, 2007, The long-term outlook for health care spending, Congress of the United States Congressional Budget Office.

CBS, 2006, Working paper Zorgrekeningen 1998-2005.

CPB, 2004, Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg.

CPB, 2006, Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011.

CPB, 2007, Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011.

SCP, 2007a, Raming uitgaven verpleging en verzorging 2005-2030.

SCP, 2007b, De ontwikkeling van AWBZ uitgaven 1985-2005.

De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven

De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven

Een analyse van AWBZ-uitgaven 1985-2005 en
een raming van de uitgaven voor verpleging en
verzorging 2005-2030

Evelien Eggink
Evert Pommer
Isolde Woittiez



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, april 2008

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2008

SCP-special

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Omslagsjabloon: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Figuren: Mantext, Moerkapelle

ISBN 978-90-377-0365-8

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

Inhoud

Voorwoord	223
Samenvatting	225
1 Terugblik uitgaven AWBZ	225
2 Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging	228
Deel I Terugblik uitgavenontwikkeling AWBZ 1985-2005	233
1 Analyse kader: decompositie kostenontwikkeling	234
2 Totale kostenontwikkeling	236
3 Kosten naar volume en kostprijs	239
4 Volume naar demografie en trend	242
5 Kostprijs naar personeel en materieel	245
Deel II Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging 2005-2030	250
1 Uitgavenraming	251
2 Aanpak	252
3 Definities	255
3.1 Definitie van potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging	255
3.2 Definitie van gebruik van verpleging en verzorging	255
3.3 Definitie van pluspakketten	257
4 Gebruik van en potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005	259
4.1 Gebruik van collectieve verpleging en verzorging 2005	259
4.2 Potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005	260
4.3 Vergelijking potentiële vraag naar en gebruik van collectieve verpleging en verzorging in 2005	262
5 Tarieven van verpleging en verzorging 2005	264
5.1 Tarieven per functie	264
5.2 Uitgaven per gebruiker	266

6	Ramingen van de collectieve verpleging en verzorging 2005-2030	268
6.1	De ramingen van de potentiële vraag en het gebruik	268
6.2	Interpretatie van de ramingen	270
7	Ramingen van de uitgaven aan collectieve verpleging en verzorging 2005-2030	273
7.1	De ramingen van de uitgaven in constante prijzen	273
7.2	Vergelijking van de groei in gebruikers van en uitgaven aan collectieve voorzieningen	275
7.3	Scenario's met reële prijsstijgingen	276
	Literatuur	280
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	281
	Bijlagen (te vinden op www.scp.nl/deontwikkelingvanawbz_uitgaven)	
A	Uitgavenontwikkeling per voorziening, 1990-2005	
B	Gebruik en uitgaven verpleging en verzorging in 2005	
C	Tarieven verpleging en verzorging	
D	Gebruik extramurale verpleging en verzorging per pluspakket in uren per gebruiker	
E	Ijken van uitgaven en uren verpleging en verzorging.	
F	Ramingen van gebruik, potentiële vraag en uitgaven verpleging en verzorging, 2005-2030	

NB De paginering van deze publicatie is hier aangepast aan de paginering van het SER-advies.

Voorwoord

De staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft op 29 mei 2007 advies gevraagd aan de Sociaal Economische Raad (SER) over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Uit de AWBZ worden onder meer de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. Het kabinet heeft met name gevraagd om een vergezicht op de uitgaven van de nu onder de AWBZ verzekerde zorg. Naar aanleiding van dit verzoek heeft het SER-secretariaat onder andere het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) benaderd voor een analyse van de historische uitgavenontwikkeling en een raming van de toekomstige uitgaven voor AWBZ-voorzieningen. De analyse heeft betrekking op de periode 1985-2005 en de raming op de periode 2005-2030. De terugblik heeft betrekking op de gehele AWBZ, de vooruitblik betreft alleen de sector verpleging en verzorging.

Het SCP heeft gekozen voor een vaste indeling in voorzieningen. In het verleden zijn voorzieningen aan het AWBZ-pakket toegevoegd en weer afgevoerd. Het meest recente voorbeeld hiervan betreft de huishoudelijke verzorging, die per 1 januari 2007 naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is overgeheveld. De huishoudelijke verzorging wordt in dit rapport wel meegenomen omdat deze voorziening een belangrijke functie heeft bij de verzorging en verpleging van mensen met beperkingen en bij de historische analyses niet als deelvoorziening is te onderscheiden bij de thuiszorg, die ook nog verschillende vormen van persoonlijke verzorging en begeleiding omvat. De AWBZ is bedoeld als verzekering voor mensen met ernstige beperkingen die chronische en continue zorg behoeven. De huishoudelijke verzorging is weliswaar op deze doelgroep gericht, maar de overheid heeft besloten om deze voorzieningen op gemeentelijk niveau te brengen en heeft daarvoor het wettelijk kader van de Wmo ingesteld, waarin ook woon- en vervoer- en welzijnsvoorzieningen zijn opgenomen voor mensen met beperkingen. De huishoudelijke verzorging is bij de raming wel als afzonderlijke voorziening onderscheiden.

Het rapport bestaat uit twee delen: een historische decompositie van de uitgavenontwikkeling in de AWBZ voor de periode 1985-2005 (deel I) en een raming van de uitgavenontwikkeling in de verpleging en verzorging voor de periode 2005-2030 (deel II). De verpleging en verzorging is verantwoordelijk voor 56% van de totale AWBZ-uitgaven. Graag hadden we de raming van de uitgavenontwikkeling ook voor de gehele AWBZ gedaan, maar dat was gezien het korte tijdsbestek niet mogelijk.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur SCP

Samenvatting

De staatssecretaris van vws heeft op 29 mei 2007 advies gevraagd aan de SER over de toekomst van de AWBZ. Uit de AWBZ worden onder meer de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. Naar aanleiding van dit verzoek heeft het SER-secretariaat onder andere het SCP benaderd voor een analyse van de historische uitgavenontwikkeling en een raming van de toekomstige uitgaven voor AWBZ-voorzieningen.

1 Terugblik uitgaven AWBZ

In deel I van dit rapport wordt de historische uitgavenontwikkeling beschreven van AWBZ-voorzieningen in de periode 1985-2005. Daarbij nemen we in beschouwing de voorzieningen thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen (tezamen de sector verpleging en verzorging), de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Hiermee was in 2005 circa € 20,3 miljard gemoeid, hetgeen 91% is van de bruto-AWBZ-middelen. Persoonlijk gebonden budgetten (pgb's) spelen een steeds belangrijker rol in de verzorging, maar worden overwegend in de informele sfeer besteed en deze informele zorg blijft in dit deel buiten beeld. Ook de extramurale zorg die vanaf 2002 wordt geleverd door verzorgingshuizen blijft buiten beeld.

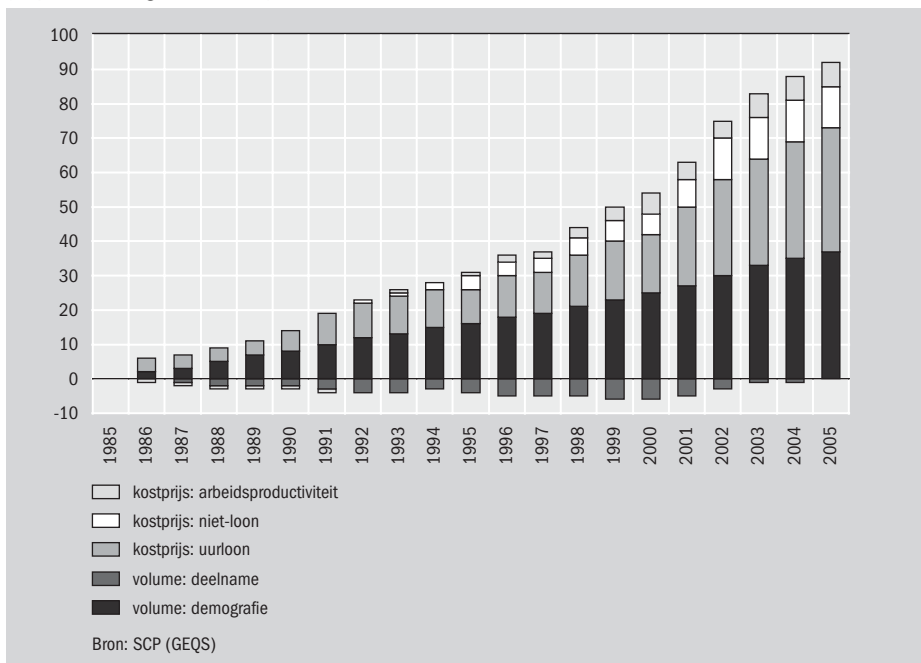
In dit deel van het rapport wordt gebruik gemaakt van een decompositie analyse waarin de ontwikkeling van de reële kosten wordt uiteengelegd in een volumecomponent en een prijscomponent. Bij de volumecomponent wordt een onderscheid gemaakt tussen een vergrijzingseffect en een deelname-effect. Het vergrijzingseffect weerspiegelt de volumegroei die het gevolg is van de vergrijzing van de bevolking. Het deelname-effect geeft de volumegroei weer die het gevolg is van een veranderd zorggebruik per leeftijdsgroep. De prijscomponent is opgebouwd uit de personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs), de arbeidskosten per product (arbeidsproductiviteit) en de materiële kosten per product (niet-loonprijs). De decompositie analyse geeft inzicht in de mate waarin de stijging van de AWBZ-uitgaven kan worden toegeschreven aan de verschillende volume- en prijscomponenten.

De reële kosten van de geselecteerde AWBZ-voorzieningen zijn in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen. Dit verschil van 0,6 procentpunt jaarlijkse groei is geheel gerealiseerd in de periode 2000-2003, waarin de budgettering geheel is losgelaten om wachtlijstproblemen het hoofd te bieden en – mede op basis van gerechtelijke uitspraken – het recht op zorg te garanderen. In 2004 vlakkt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau. De kostengroei loopt voor vier van de vijf voorzieningen met circa 4% per jaar nagenoeg gelijk op. Alleen de kostengroei van de verzorgingshuizen blijft met 1% per jaar aanzienlijk achter op de gemid-

delde groei. Deze achterblijvende kostengroei houdt voornamelijk verband met het gevoerde extramuraliseringsbeleid, waarbij lichtere vormen van verzorgingshuiszorg zijn overgenomen door de thuiszorg. De verstandelijk gehandicaptenzorg kent met bijna 4,5% per jaar de hoogste kostengroei, hetgeen onder meer te maken heeft met een toenemend gebruik en een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt. In het kostenverloop van de vijf voorzieningen zijn twee duidelijke breukpunten te onderscheiden. Bij de GGZ treedt in 2000 een lichte daling in de kostengroei op, die samenhangt met een sterke daling van de loonkosten in dat jaar, en bij de thuiszorg dalen de kosten in 2004 licht door een daling van het gebruik. De daling van het gebruik van thuiszorg in 2004 is mede het gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage, die een lichte schrikreactie bij de cliënten heeft teweeggebracht.

Figuur 1

Groei van de totale reële kosten van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten, gecumuleerd)



Figuur 1 geeft de gecumuleerde ontwikkeling van de totale kosten van de hier betrokken voorzieningen, onderscheiden naar de betrokken componenten.¹ Van de totale reële kostengroei van 92% in de periode 1985-2005 is circa 40% toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en circa 39% aan de toegenomen reële loonkosten per arbeidsjaar. De resterende groei komt voor rekening van de niet-loonkosten (14%) en de achterblijvende arbeidsproductiviteit (8%), terwijl de autonome groei door een constante deelname van de bevolking per leeftijdsgroep geen invloed heeft gehad op de kostenontwikkeling. De volumegroei is dus geheel toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking.

Verhoging van de arbeidsproductiviteit is in de publieke dienstverlening een moeilijk te realiseren optie. Het groeitempo van de arbeidsproductiviteit in de publieke dienstverlening beweegt zich al jaren rond de nullijn, terwijl de marktsector wel jaarlijks productiviteitswinst boekt. Zo blijkt dat de arbeidskosten per product in de periode 1995-2004 gemiddeld met 1,7% zijn toegenomen in de publieke dienstverlening en met 0,6% zijn afgenomen in de marktsector (SCP 2007: 34). Dit verschil is nagenoeg geheel toe te schrijven aan een achterblijvende arbeidsproductiviteit, die in de marktsector is gestegen met gemiddeld ruim 2% per jaar.² Alleen bij de thuiszorg is de arbeidsproductiviteit vanaf de tweede helft van de jaren negentig gestegen. Dit verschil in productiviteitsontwikkeling tussen de publieke dienstverlening en de marktsector is in overeenstemming met de wet van Baumol. Ook de autonome volumegroei (deelname per leeftijdsgroep) blijkt in de AWBZ nagenoeg op de nullijn te zitten. De vergrijzing werkt wel sterk door in de volume ontwikkeling, maar daar valt beleidsmatig weinig tegen in te brengen. Blijft over de groei van de reële loonkosten per arbeidsjaar en niet-loonkosten per geleverd product. Hier doet zich het probleem voor dat er allerlei factoren verscholen zitten achter deze kostprijscomponenten, die zich moeilijk laten kwantificeren, zoals kwaliteitsverbetering ('meer handen aan het bed'), betere arbeidsomstandigheden (lagere werkdruk), verschuiving in personeelskwalificaties (hoger gekwalificeerd en dus duurder personeel), enzovoort. In 2004 heeft de toenmalige Tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven een poging gedaan de reële uitgavenstijging van 8,3 miljard euro in de periode 1995-2002 nader te duiden (TK 2003/2004). Heel voorzichtig kwam de commissie tot de conclusie dat 58% van de uitgavengroei voortkwam uit een hogere productie en 42% uit een hogere kostprijs, waarvan 23 procentpunten als kwaliteitsverbetering is aangemerkt en 18 procentpunten als verbetering van de arbeidsomstandigheden.

- 1 De afzonderlijke componenten tellen via producttermen op tot de totale kosten. Dit kan moeilijk worden weergegeven in een gestapelde figuur. Daarom zijn de afzonderlijke componenten zodanig 'opgehoogd' dat zij opgeteld het totaal van de kosten weergeven.
- 2 De jaarlijkse reële groei van de cao-lonen kwam uit op 0,5% (publieke dienstverlening) respectievelijk 0,3% (marktsector) en de groei van de reële incidentele looncomponent op 1,2% (publieke dienstverlening) respectievelijk 1,4% (marktsector).

De lange termijntrend, waarbij de AWBZ-uitgaven worden gerelateerd aan het BBP, komt uit op een lichte stijging van het aandeel van de AWBZ-uitgaven van circa 0,5% per jaar (gelijk aan 0,02 procentpunt per jaar). Weliswaar betreft het geen geleidelijke maar schoksgewijze groei (met name gerealiseerd in de periode 2000-2003), maar hieraan zijn bijzondere teller- en noemereffecten verbonden. De tellereffecten hebben met name betrekking op de verwerking van de inhaalvraag die is ontstaan door budgettaire beperkingen en het ontstaan van wachtlijsten. Een meer op de zorgvraag gerichte budgettering zou geleid hebben tot een meer geleidelijke groei van de zorguitgaven. De noemereffecten betreffen fluctuaties in de economische groei, die kunnen leiden tot toe- of afname van de genoemde zorgratio's.

2 Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging

Ook het onderzoek dat in deel II wordt beschreven, komt voort uit een verzoek van het SER-secretariaat. De vooruitblik betreft alleen de sector verpleging en verzorging doordat er geen recente modellen beschikbaar zijn voor de beide andere AWBZ-sectoren.

In deel II van dit rapport wordt een raming gepresenteerd van de uitgaven aan verpleging en verzorging. Een deel van die zorg valt onder de AWBZ, maar ook de uitgaven aan de huishoudelijke verzorging (per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo) worden gepresenteerd. Op basis van de AWBZ worden verschillende soorten extramurale verpleging en verzorging geleverd, en verschillende soorten intramurale zorg (zorg met verblijf). In 2005 maakten in totaal 586.000 mensen gebruik van een vorm van verpleging en verzorging. De meesten van hen (62%) woonden thuis en maakten gebruik van een of meerdere vormen van extramurale zorg. 38% van de gebruikers ontving intramurale zorg; zij woonden in een verzorgingshuis of verpleeghuis. De collectieve uitgaven aan verpleging en verzorging waren in 2005 bijna 10 miljard euro. Het grootste deel daarvan heeft betrekking op intramurale zorg (64%).

Het basisjaar van onze analyses is 2005. We hanteren de maximale tarieven uit dat jaar voor de ramingen. Dit betekent dat we bij de basisraming geen rekening houden met een verhoging van de tarieven door bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg, veranderingen in de tariefstructuur en de inflatie. Wel geven we inzicht in de gevolgen van een toename van de tarieven over de gehele linie. Dit houdt ook in dat we geen rekening houden met het loslaten van de tarieven voor huishoudelijke verzorging met de overgang naar de Wmo. De ramingen geven in feite de verwachte ontwikkelingen van de vervulde vraag aan (hier zorggebruik). Daarom zijn ze geconstrueerd onder de voorwaarde dat er geen capaciteitsrestricties zijn en dat er voldoende personeel beschikbaar is. Verder hebben we geen raming gemaakt voor uitleen, preventie en vervoer. Hiermee is 130 miljoen euro ofwel ongeveer 1,3% van de uitgaven aan verpleging en verzorging gemoeid. De berekeningen voor de uitgaven zijn gebaseerd op aantallen gebruikers en uitgaven per gebruiker.

We presenteren hier behalve een raming van het zorggebruik ook ramingen van de potentiële vraag naar collectieve zorg: vraag door mensen waarvan verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Wij operationaliseren de potentiële vraag naar collectieve zorg, conform Jonker et al. (2007), als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, dat zorg van iemand anders ontvangt. De ontvangen zorg kan zorg zijn die op grond van de AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (incl. (dag)behandeling) of verblijf) of Wmo (huishoudelijke verzorging) wordt verstrekt maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Vraag naar en gebruik van zorg worden gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen. Wanneer zij een combinatie van producten ontvangen worden zij ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm. De feitelijke combinatie van producten wordt uiteraard wel betrokken in de berekening van de uitgaven.

In dit rapport is verondersteld dat het gemiddelde aantal uren zorg per gebruiker in de loop van de tijd niet verandert. In 2008 verschijnt een SCP-raming van het aantal uren zorg dat gebruikers ontvangen, en kan deze veronderstelling worden losgelaten. Dan kan nog beter recht gedaan worden aan de verschillen in intensiteit van de ontvangen zorg tussen mensen, waar we op dit moment nog geen rekening mee kunnen houden.

Op basis van een statistisch model zijn relaties geschat tussen de potentiële vraag naar collectieve zorg dan wel het gebruik van zorg en een aantal kenmerken, zoals leeftijd, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau en mate van fysieke beperkingen. Uitgaande van die relaties en de veronderstelde ontwikkelingen in de kenmerken (op basis van o.a. CBS-prognoses) zijn ramingen geconstrueerd in termen van personen. Tot 2030 verwachten we een toename van het aantal gebruikers van collectief gefinancierde verzorging en verpleging van ongeveer 29% ten opzichte van 2005. Deze jaarlijkse groei van 1,0% komt overeen met de historische groei over de jaren 1985-2005. Toen zagen we een groei van 0,9% per jaar (zie deel I). Maar als het beleid de toegangscriteria strenger maakt of een (nog groter) tekort aan personeel werkelijkheid wordt, dan zal het gebruik waarschijnlijk minder hard toenemen dan we geraamd hebben. De verwachte toename van het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg is met 34% iets hoger.

Er bestaat een groot verschil tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het feitelijk aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het

We presenteren hier behalve een raming van het zorggebruik ook ramingen van de potentiële vraag naar collectieve zorg: vraag door mensen waarvan verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Wij operationaliseren de potentiële vraag naar collectieve zorg, conform Jonker et al. (2007), als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, dat zorg van iemand anders ontvangt. De ontvangen zorg kan zorg zijn die op grond van de AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (incl. (dag)behandeling) of verblijf) of Wmo (huishoudelijke verzorging) wordt verstrekt maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Vraag naar en gebruik van zorg worden gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen. Wanneer zij een combinatie van producten ontvangen worden zij ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm. De feitelijke combinatie van producten wordt uiteraard wel betrokken in de berekening van de uitgaven.

In dit rapport is verondersteld dat het gemiddelde aantal uren zorg per gebruiker in de loop van de tijd niet verandert. In 2008 verschijnt een SCP-raming van het aantal uren zorg dat gebruikers ontvangen, en kan deze veronderstelling worden losgelaten. Dan kan nog beter recht gedaan worden aan de verschillen in intensiteit van de ontvangen zorg tussen mensen, waar we op dit moment nog geen rekening mee kunnen houden.

Op basis van een statistisch model zijn relaties geschat tussen de potentiële vraag naar collectieve zorg dan wel het gebruik van zorg en een aantal kenmerken, zoals leeftijd, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau en mate van fysieke beperkingen. Uitgaande van die relaties en de veronderstelde ontwikkelingen in de kenmerken (op basis van o.a. CBS-prognoses) zijn ramingen geconstrueerd in termen van personen. Tot 2030 verwachten we een toename van het aantal gebruikers van collectief gefinancierde verzorging en verpleging van ongeveer 29% ten opzichte van 2005. Deze jaarlijkse groei van 1,0% komt overeen met de historische groei over de jaren 1985-2005. Toen zagen we een groei van 0,9% per jaar (zie deel I). Maar als het beleid de toegangscriteria strenger maakt of een (nog groter) tekort aan personeel werkelijkheid wordt, dan zal het gebruik waarschijnlijk minder hard toenemen dan we geraamd hebben. De verwachte toename van het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg is met 34% iets hoger.

Er bestaat een groot verschil tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het feitelijk aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het

gebruik van collectief gefinancierde zorg. Dit betekent dat een steeds groter aandeel van de mensen de oplossing voor hun verzorgingsprobleem (noodgedwongen dan wel zelf verkozen) vindt in de informele of particuliere sfeer.

Combinatie van de personenraming met de gemiddelde uitgaven per persoon (of anders gezegd pluspakket) levert een uitgavenraming op. Omdat de uitgaven verschillen tussen de pluspakketten, verschilt de uitgavenraming van de personenraming. Volgens onze ramingen zullen de uitgaven aan het collectieve deel van verpleging en verzorging stijgen van bijna 10 miljard euro in 2005 naar 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een stijging van 1,3% per jaar. Daarbij kan opgemerkt worden dat de groei in het aantal gebruikers vooral te vinden is bij de zwaardere en tevens duurere vormen van zorg. Wanneer alle potentiële vraag gehonoreerd zou worden zouden de uitgaven toenemen van ruim 11,5 miljard euro in 2005 tot 15,6 miljard euro in 2030. Dit is een toename met gemiddeld 1,2% per jaar.

Deze ramingen geven de situatie weer die verwacht mag worden bij ongewijzigde tarieven, ongewijzigd beleid en ongewijzigde preferenties. Wanneer er echter de komende jaren een stijging van de tarieven zou zijn (bijvoorbeeld door kwaliteitsverhoging of verhoogde intensiteit van de zorg), zouden de uitgaven tot 2030 harder stijgen dan zonder de tariefsstijging het geval zou zijn. Zo is volgens deel I de reële kostprijs van verpleging en verzorging de afgelopen 20 jaar gemiddeld ongeveer 2% per jaar is toegenomen. In de laatste 10 jaar nemen de prijzen nog sneller toe dan in de eerdere periode (2,4%). Afhankelijk van de gekozen tariefontwikkeling zullen de uitgaven tot 2030 tussen de 3,4% tot 3,7% per jaar stijgen in plaats van de eerder genoemde 1,3% die gebaseerd is op vaste tarieven. Deze ontwikkelingen sporen goed met de historische uitgaven aan verpleging en verzorging in de laatste 10 tot 20 jaar (2,4% tussen 1985 en 2005 en 4,8% tussen 1995 en 2005, gebaseerd op deel I). Tabel 1 vat één en ander samen.

Tabel 1

De groei in het gebruik, de prijzen en de uitgaven, 2005-2030 (jaarlijkse groei in procenten)

	gebruikers	prijsstijging	uitgaven
vaste tarieven	1,0	0	1,3
prijsstijging 1985-2005	1,0	2,0	3,4
prijsstijging 1995-2005	1,0	2,4	3,7

Bron: SCP

Als we uitgaan van de meest recente CBS-raming, waarin het aantal 75-plussers veel sterker stijgt, dan zou de uitgavenraming met vaste tarieven met 0,4 opwaarts bijgesteld moeten worden en uitkomen op 1,7%. Volgens ons inzicht zal verdergaande extramuralisatie geen kostenbesparing opleveren omdat de duurere thuiszorg in de

plaats komt van de ongeveer even dure, goedkoopste, verzorgingshuiszorg. Rekening houdend met verdergaande kwaliteitsstijgingen, intensiveringen en loonstijgingen die in dezelfde orde van grootte liggen als in voorgaande jaren (en die tot uitdrukking komen in een jaarlijkse prijsstijging van 2%), zullen de uitgaven jaarlijks met 3,4% stijgen. Dit laat zien dat de toename van de uitgaven slechts voor een deel door de toename van het volume (gebruikers) van de collectieve zorg kan worden verklaard. De prijsontwikkelingen zijn daarbij minstens van evenveel belang.

Deel I

Terugblik uitgavenontwikkeling AWBZ 1985-2005

1 Analysekader: decompositie kostenontwikkeling

In dit eerste deel van het rapport wordt de historische uitgavenontwikkeling beschreven van AWBZ-voorzieningen in de periode 1985-2005.

Daarbij worden de volgende voorzieningen in beschouwing genomen:

- 1 thuiszorg (waarvan de huishoudelijke verzorging per 1-1-2007 is overgeheveld naar de Wmo)³;
- 2 verzorgingshuizen;
- 3 verpleeghuizen;
- 4 verstandelijk gehandicaptenzorg (intramurale instellingen, dagverblijven, gezinsvervangende tehuizen);
- 5 geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische ziekenhuizen, ribw's, ambulante zorg).

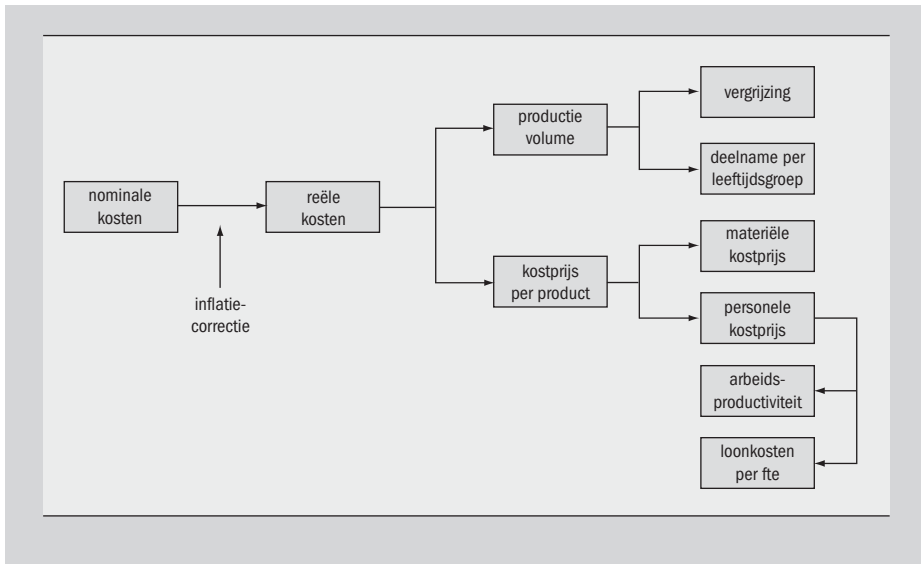
Met deze zorg was in 2005 circa 20,3 miljard euro gemoeid, hetgeen 91% is van de bruto-AWBZ-middelen. De bruto-uitgaven worden voor 70% gefinancierd uit wettelijke premies, voor 23% uit rijksbijdragen en voor 7% uit gebruikersbijdragen (cijfers voor 2004). Buiten beeld blijft de AWBZ brede zorg (4%), de zintuiglijke en lichamelijke gehandicaptenzorg (2%), de preventieve zorg (1%), de curatief somatische zorg (1%) en de beheerskosten (1%). Persoonlijk gebonden budgetten (pgb's) spelen een steeds belangrijker rol in de verzorging. Zo werd in 2000 nog slechts 1% van de bruto-AWBZ-uitgaven via pgb's besteed en in 2005 reeds 4,5%. De pgb's worden overwegend in de informele sfeer besteed (ITS 2007) en deze informele zorg blijft in dit deel van het rapport buiten beeld. Ook de extramurale zorg die vanaf 2002 wordt geleverd door verzorgingshuizen blijft buiten beeld. Dit betreft circa 1% van de bruto-AWBZ-uitgaven.

Om de ontwikkeling van de uitgaven te duiden wordt in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van een decompositie analyse (zie Kuhry en Van der Torre 2002: 233-237). De ontwikkeling van de reële kosten wordt uiteengelegd in een volumecomponent en een prijscomponent (figuur 1.1). de details van deze decompositie zijn opgenomen in bijlage A.

3 Tot de thuiszorg zijn hier ook de kraamzorg en diëtiëk gerekend, die niet onder de AWBZ vallen. Deze voorzieningen leggen beslag op circa 15% van de kosten van de thuiszorg.

Figuur 1.1

Opzet van de decompositie van kosten van AWBZ-voorzieningen



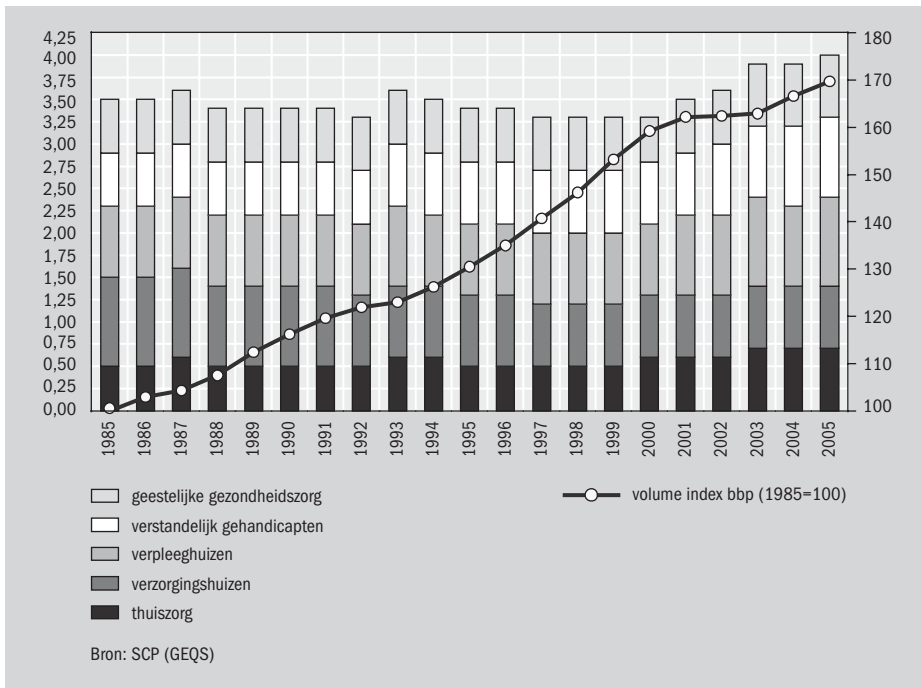
Voor de meting van de productie is gebruik gemaakt van (gewogen) indicatoren van de productie. Deze hebben betrekking op het aantal opnames, verpleegdagen, behandelingsdagen, inschrijvingen, verzorgingsuren en bewoners. Deze indicatoren van de productie zijn, waar mogelijk, gewogen met de aard of intensiteit van de hulpverlening. Zo is bij de verpleeghuizen rekening gehouden met het soort cliënten (somatisch, psychogeriatrisch) en het soort behandeling (verblijf of dagbehandeling) en is bij de verzorgingshuizen rekening gehouden met de hulpbehoefendheid van de bewoners.

2 Totale kostenontwikkeling

De totale brutokosten van de vijf geselecteerde AWBZ-voorzieningen kunnen worden uitgedrukt als aandeel van het BBP (figuur 2.1).

Figuur 2.1

Ontwikkeling van de brutokosten van AWBZ-voorzieningen als % van het BBP, 1985-2005



Het aandeel van de bruto-AWBZ-kosten in het BBP is tot en met 2001 op het niveau van circa 3,5% van het BBP gebleven, waarna het aandeel in twee jaar tijd gestegen is tot het niveau van 4,0%. In deze periode zijn extra middelen naar de zorg gevloeid om de wachtlijstproblematiek te bestrijden. Dit heeft geleid tot een eenmalige niveauverhoging van circa 0,5 procentpunt. De groei van het kostenaandeel in het BBP heeft zich niet voor alle voorzieningen in gelijke mate voltrokken. De groei van dit aandeel was aanzienlijk hoger bij de verstandelijk gehandicaptenzorg en juist negatief bij de verzorgingshuizen. Tegenover dit 'tellereffect' (hogere AWBZ-uitgaven) speelt echter ook een 'noemereffect' omdat in dezelfde periode (2001-2003) Nederland te maken heeft gehad met een sterk achterblijvende economische groei. Wanneer de economische groei in hetzelfde tempo was doorgegaan als in de voorafgaande periode, was het aandeel van AWBZ-uitgaven in het BBP minder sterk

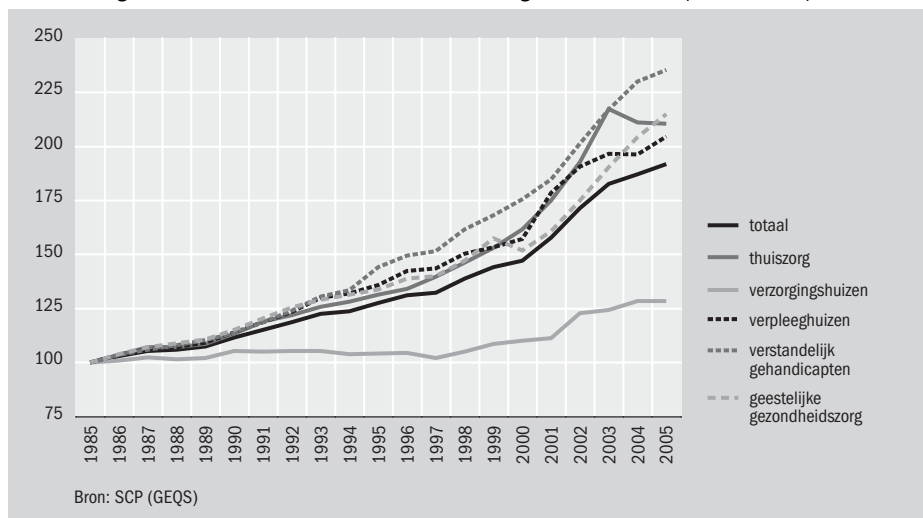
toegenomen. Uit een globale berekening blijkt dat de groei van dit aandeel in de periode 2001-2003 voor circa driekwart op rekening van het tellereffect kan worden geschreven (hogere AWBZ-uitgaven) en circa een kwart op rekening van het noemer-effect (achterblijvende economische groei).

De reële kosten van de geselecteerde AWBZ-voorzieningen zijn in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen (figuur 2.2).⁴ Ter vergelijking: in dezelfde periode is de welvaart gegroeid met 2,7% per jaar.⁵ Het gemiddelde verschil (0,6% per jaar) wordt, zoals eerder vermeld, geheel veroorzaakt door de ontwikkelingen in de periode 2000-2003 (zie figuur 2.1).

In de eerste helft van de beschouwde periode (1985-1995) kwam de gemiddelde jaarlijkse groei aanzienlijk lager uit (2,5%) dan in de tweede helft (4,2%). Opmerkelijk is de sterke kostenstijging in de periode 2000-2003, die zoals gezegd onder meer te maken heeft met het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en een andere invulling van het recht op zorg, die mede werd ingegeven door gerechtelijke uitspraken. In 2004 vlakt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau.

Figuur 2.2

Ontwikkeling van de reële kosten van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



4 De reële kosten zijn verkregen door de nominale kosten te defleren met het prijsindexcijfer van het bruto binnenlands product (BBP).

5 Afgemeten aan de toename van het volume van het BBP.

De kostengroei loopt voor vier van de vijf voorzieningen nagenoeg gelijk op. Alleen de kostengroei van de verzorgingshuizen blijft met 1% per jaar aanzienlijk achter op de gemiddelde groei. Bij de verzorgingshuizen is de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft van de beschouwde periode zelfs nagenoeg nihil geweest (0,4%), maar trekt dan aan tot een matige groei (2,1%). Deze achterblijvende kostengroei houdt voornamelijk verband met een afgenomen productie door beperkingen in de capaciteit en daarmee vermindering in het gebruik van deze voorziening (zie figuur 3.1). De vier overige voorzieningen kennen een gemiddelde reële kostengroei van ruwweg 4% per jaar.

In het kostenverloop doen zich twee discontinue ontwikkelingen voor. Bij de GGZ nemen we in 2000 een lichte daling in de kostengroei waar, die samenhangt met een sterke daling van de loonkosten in dat jaar, mogelijk mede als gevolg van een CAO perikelen die toen speelden. Bij de thuiszorg is er een daling van de kosten in 2004, die toe te schrijven is aan een daling van het gebruik, mede als gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage die een schrikreactie bij de cliënten heeft teweeggebracht.

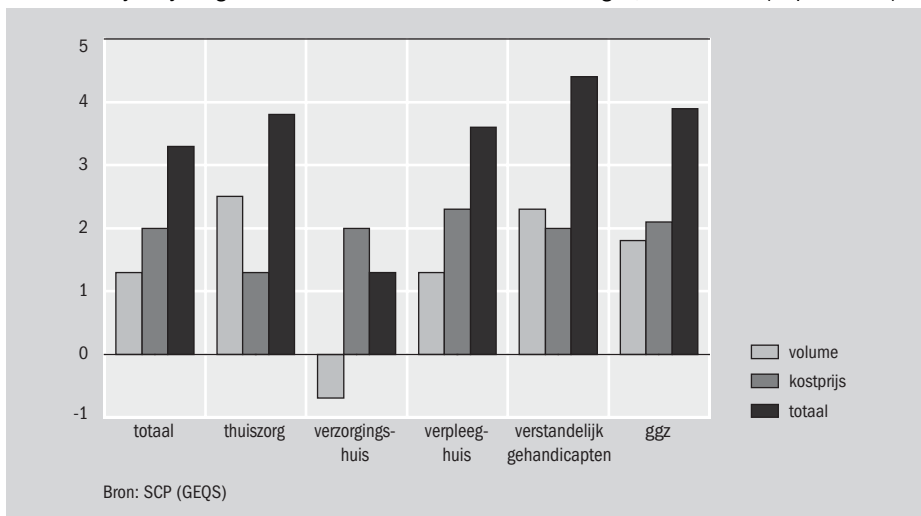
3 Kosten naar volume en kostprijs

De totale kosten vormen per definitie het product van de geleverde productie (*volume*) en de kosten per product (*kostprijs*), zoals aangegeven in figuur 1.1. Bij de meeste AWBZ-voorzieningen weegt de prijscomponent zwaarder in de groei van de reële kosten dan de volumecomponent (figuur 3.1). Van de jaarlijkse reële kostengroei van 3,3% per jaar houdt 2,0% verband met kostprijsstijgingen en 1,3% met volumestijgingen.

Zowel in de eerste als in de tweede helft van de beschouwde periode treffen we deze verhoudingen in kostencomponenten aan. Van de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft (2,5%) kan 1,4% op conto van de kostprijscomponent en 1,0% op conto van de volumecomponent worden geschreven. Van de kostengroei in de tweede helft van de beschouwde periode (4,2%) is 2,5% aan de kostprijsontwikkeling en 1,6% aan de volumeontwikkeling toe te schrijven.

Figuur 3.1

Gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (in procenten)

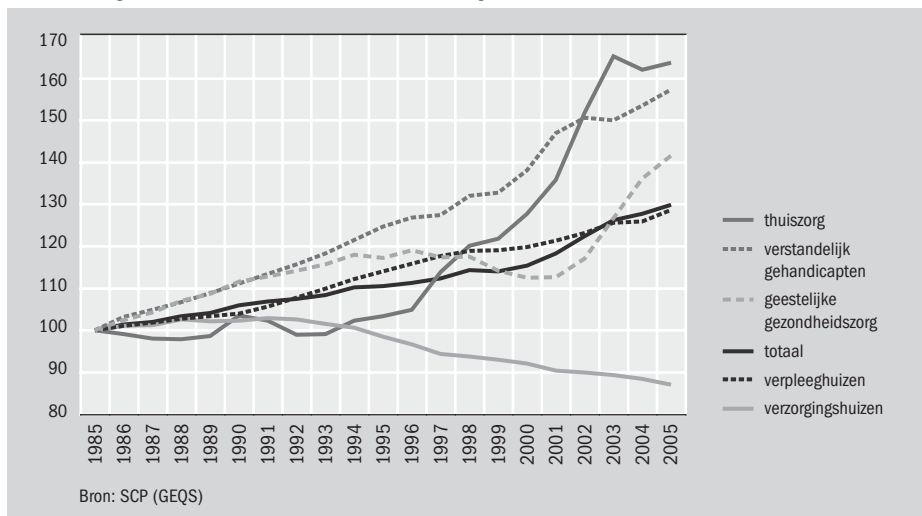


De groei van de productie verschilt aanzienlijk per voorziening (figuur 3.2). Opmerkelijk is het verloop bij de thuiszorg (in 1990 ontstaan uit de gezinsverzorging en het kruiswerk), dat tot en met 1996 een betrekkelijk stabiel verloop kent, maar

daarna te maken krijgt met een forse jaarlijkse volumestijging (5% per jaar).⁶ Dit hangt onder meer samen met de sterk opgelopen wachtlijstproblematiek begin jaren negentig en de politieke wil om daar vanaf 1997 extra middelen voor in te zetten (TK 1996/1997). Dit heeft geleid tot een aanzienlijke uitbreiding van het budget voor de thuiszorg, waarmee een forse groei van de productie mogelijk is gemaakt. Een andere opmerkelijke beweging is het dalend volume aan verzorgingshuiszorg, dat vooral vanaf 1994 is waar te nemen. Dit dalend volume lijkt in strijd met een vergrijzende bevolking, maar hier is sprake van een substitutieproces, waarbij vooral de lichtere vormen van verzorgingshuiszorg zijn overgenomen door de thuiszorg en mensen naar eigen wens langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De verpleeghuiszorg vertoont wel een trendmatige ontwikkeling, die globaal in overeenstemming is met de vergrijzingstrend. Opmerkelijk is ook de groei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten, die te maken heeft met een toenemend gebruik door verstandelijk gehandicapten en een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt.⁷ De zorgzwaarte is bij de verstandelijk gehandicaptenzorg nauwelijks toegenomen (Eggink et al. 2007: 63).

Figuur 3.2

Ontwikkeling van de productie in AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



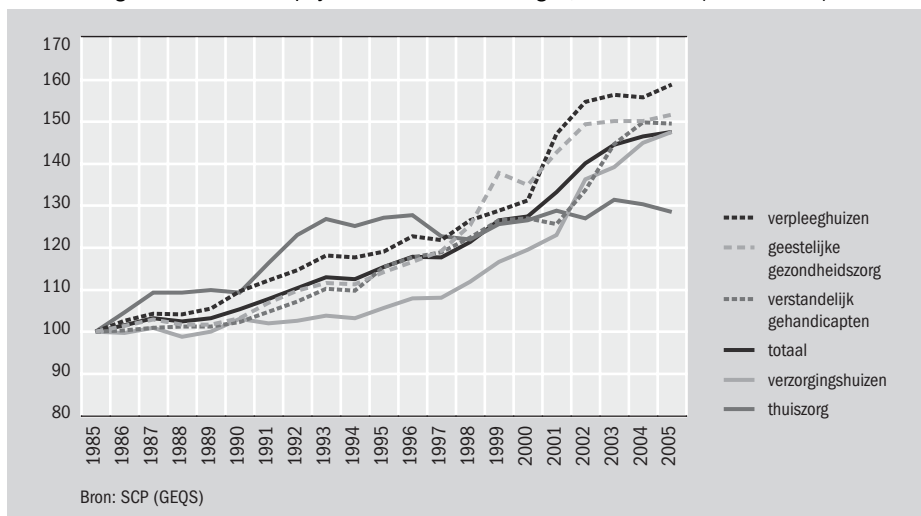
6 De productie van de thuiszorg is tot 1997 gebaseerd op het aantal met kostenaandelen gewogen aantal verzorgingen in de kraamzorg, contacten in en het kruiswerk en verzorgingsuren in de gezinsverzorging en vanaf 1997 op (naar type hulp gewogen) uren verleende hulp.

7 Het betreft met name de toelating van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapte jongeren (zie Woittiez en Crone 2005).

De groei van de reële kostprijs van het totaal van betrokken voorzieningen vertoont aanvankelijk een vrij regelmatig patroon, maar dit patroon wordt in de loop der tijd grilliger (figuur 3.3). Gezien over de gehele periode is de reële kostprijs met 2,0% per jaar gestegen, maar in de eerste helft was deze jaarlijkse stijging duidelijk lager (1,4%) dan in de tweede periode (2,5%). In de eerste helft van de beschouwde periode valt vooral de gestage kostprijsgroei op van de thuiszorg, maar die stabiliseert vanaf 1992 (na de eerder genoemde fusie van kruiswerk en gezinsverzorging). Een omgekeerd beeld treffen we aan bij de verzorgingshuizen, waar de kostprijs tot en met 1997 nagenoeg gelijk bleef, maar vanaf die tijd sterk is gestegen (met 4% per jaar). Dit heeft niet of nauwelijks te maken met het eerder genoemde extramuraliseringsbeleid, omdat bij de volumemeting van verzorgingshuiszorg – voor zover dat mogelijk is – rekening is gehouden met de sterke toename van de zorgzwaarte.⁸ Hier lijkt eerder sprake te zijn van een algemene trend van kostprijsstijging, want ook bij de verpleeghuizen, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is de reële kostprijs in de tweede helft van de waargenomen periode aanzienlijk sterker gestegen dan in de eerste helft.

Figuur 3.3

Ontwikkeling van de reële kostprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



8 Zo is het aantal bewoners met een matige zorgproblematiek toegenomen van 33% in 2000 naar 38% in 2004 en het aantal bewoners met een ernstige zorgproblematiek van 19% naar 23% (VWS 2007).

4 Volume naar demografie en trend

De volumeontwikkeling en de kostprijsontwikkeling kunnen ieder verder worden gedeclineerd volgens figuur 1.1.

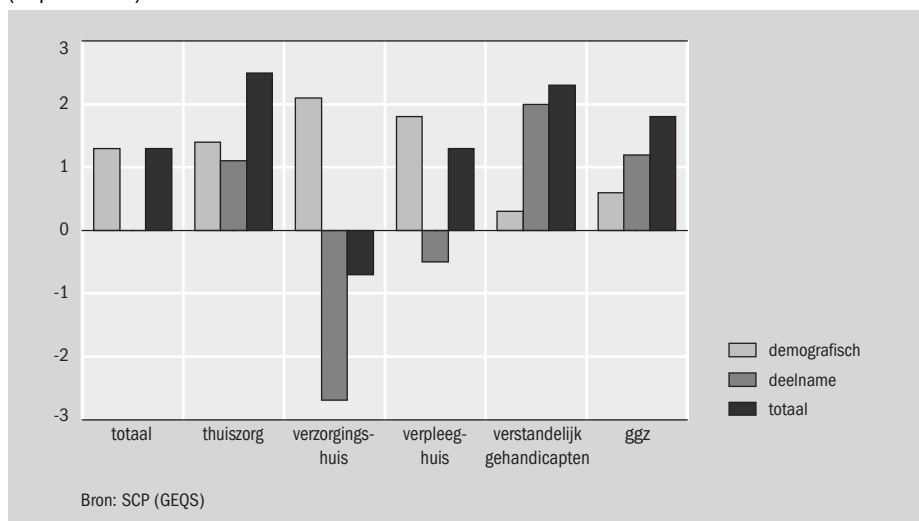
De volumeontwikkeling kan worden ontleed in:

- een demografische component (vergrijzing van de bevolking), en
- een autonome component (deelname per leeftijdsgroep).

Beide componenten blijken een belangrijke maar sterk wisselende rol te spelen bij de ontwikkeling van het zorgvolume (figuur 4.1).⁹ Per saldo leidt de vergrijzing tot een jaarlijkse volumedruk van 1,3% per jaar, terwijl de invloed van de deelname per leeftijdsgroep op de volumegroei nagenoeg nihil is.

Figuur 4.1

Gemiddelde jaarlijkse volumegroei van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten)



De vergrijzingscomponent is uiteraard belangrijk bij voorzieningen waarvan vooral ouderen gebruik maken (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en de autonome trendcomponent bij voorzieningen die meer de jeugdige en middelbare

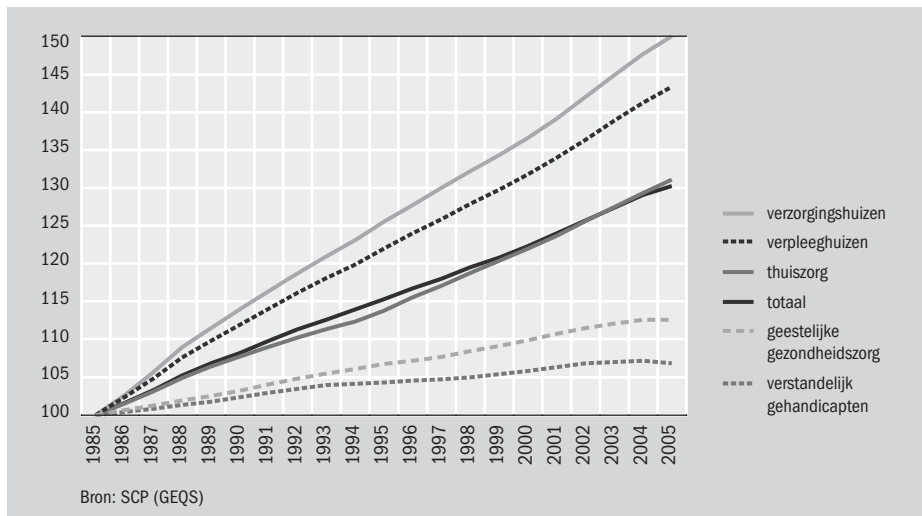
⁹ De demografische component is berekend op basis van het leeftijdsspecifieke gebruik in 1995.

bevolking bedienen (verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg).

Bij de verzorgingshuizen is de demografische druk met gemiddeld 2,1% per jaar het grootst (figuur 4.2), op korte afstand gevolgd door de verpleeghuizen (1,8%) en de thuiszorg (1,4%). Bij de verstandelijk gehandicaptenzorg en de GGZ komt de demografische druk aanzienlijk lager uit. Bij de autonome groei (deelname per leeftijdsgroep) is de daling bij verzorgingshuizen opmerkelijk (met -2,7% per jaar), maar ook bij de verpleeghuizen is de autonome groei negatief (-0,5% per jaar). Opmerkelijk is de positieve autonome trend bij de verstandelijk gehandicaptenzorg (2,0% per jaar), die als gezegd mede te maken heeft met een verruiming van de doelgroep (Woittiez en Crone 2005).

Figuur 4.2

Jaarlijkse demografische volumegroei van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Opmerkelijk zijn de trendmatige ontwikkelingen bij de ouderenzorg (figuur 4.3): een positieve autonome trend bij de thuiszorg, een licht negatieve autonome trend bij de verpleeghuiszorg en een sterk negatieve autonome trend bij de verzorgingshuiszorg. Hierin komt het gevoerde extramuraliseringsbeleid tot uitdrukking.

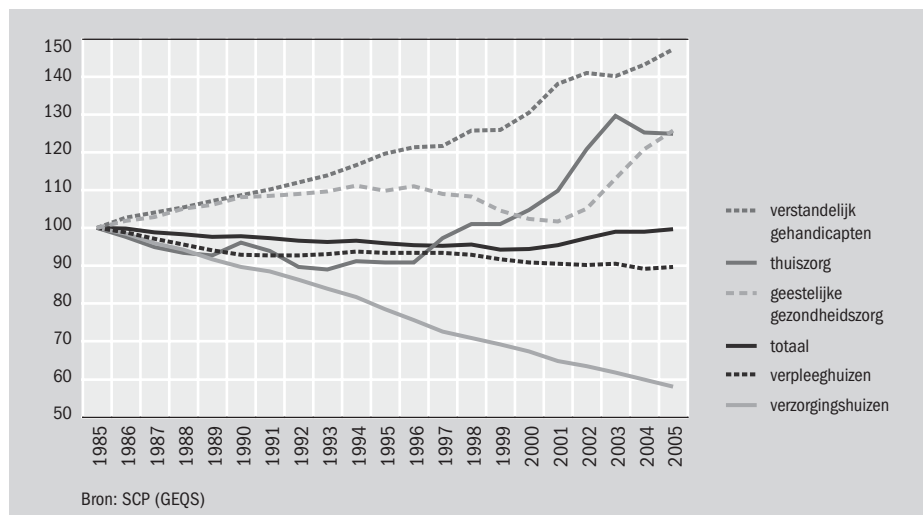
Daarbij maakt het, met uitzondering van de thuiszorg, weinig verschil of we naar de gehele periode kijken of naar de onderscheiden deelperioden. Bij de thuiszorg zien we een groot verschil tussen de eerste en tweede helft van de beschouwde periode. In de eerste periode is de autonome trend negatief (-1,0% per jaar), maar in de tweede periode is de autonome trend juist sterk positief (3,2% per jaar). Hier zien we een duidelijke substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg. Deze substitutie is

begin jaren negentig achterwege gebleven door budgettaire beperkingen die door het toenmalige kabinet werden opgelegd aan de thuiszorg en het negeren van de wachtlijstproblematiek, die ernstige vormen aannam. Pas vanaf 1997 komen er extra middelen vrij voor de thuiszorg, waardoor meer cliënten konden worden geholpen en de groei van de verzorgingshuizen zonder substantiële wachtlijstproblematiek beperkt kon blijven. De periode 1997-2003 kan voor de thuiszorg aangemerkt worden als een inhaalslag voor het wegwerken van wachtlijsten, die hun basis vinden in de budgettaire beperkingen in de eerste helft van de jaren negentig. De periode 1997-2003 kent dan ook als een forse groei van de productie. Een deel van deze groei (circa 15%) is toe te schrijven aan de toename van de zorgzwaarte, afgemeten aan een sterkere toename van het (geïndiceerde) gebruik van verpleging en verzorging in het huishouden in vergelijking met huishoudelijke werkzaamheden.¹⁰

Door de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg neemt in beide voorzieningen wel de gemiddelde zorgzwaarte toe, hetgeen niet zonder gevolgen kan blijven voor de gemiddelde kosten. Toch zullen de collectieve lasten door verdergaande extramuralisering dalen, omdat onder meer de huisvestingskosten beperkt blijven (Kok et al. 2004). De gemiddelde zorgkosten zullen door extramuralisering niet verder dalen omdat intensieve thuiszorg even duur is als extensieve verzorgingshuiszorg (zie hoofdstuk 5).

Figuur 4.3

Jaarlijkse autonome volumegroei van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



10 Tussen 1997 en 2003 is huishoudelijk werk jaarlijks met 3% gestegen en persoonlijke verzorging en verpleging met 19% per jaar.

5 Kostprijs naar personeel en materieel

De (reële) kostprijsontwikkeling kan conform figuur 1.1 worden ontleed in:

- de ontwikkeling van de reële personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs);
- de ontwikkeling van de reële materiële kosten per product (niet-loonprijs);
- de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

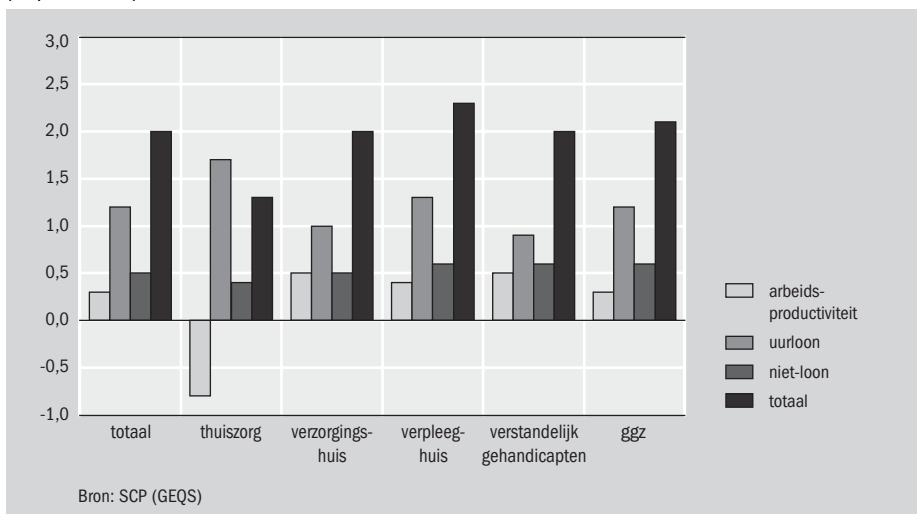
De invloed van de prijscomponenten is evenredig met het aandeel van de betreffende uitgaven. Voor de AWBZ-zorg zijn de arbeidskosten verantwoordelijk voor 70% van de uitgaven en de reële materiële kosten voor 30%. De arbeidsjaren zijn gecorrigeerd voor de arbeidsduur. Tot de materiële kosten worden ook de huisvestingskosten gerekend. De kosten zijn gedefleerd met de prijsindex voor de binnenlandse productie.

De reële personeelskosten per arbeidsjaar zijn een resultante van de contractuele loonkostenontwikkeling en de incidentele loonontwikkeling. De incidentele loonontwikkeling bevat ook de effecten die voortvloeien uit een andere samenstelling van het personeel naar functiegroepen en de vergrijzing van het personeelsbestand (werknemers zitten dan meer in hun eindschalen). Zo werkt een stijging van het gemiddeld functieniveau door in de personeelskosten per arbeidsjaar. De stijging van de personeelskosten per arbeidsjaar en de stijging van de materiële kosten per product hebben een kostenverhogend effect, terwijl een stijging van de arbeidsproductiviteit juist een kostendrukkende factor is. Een toename van de arbeidsproductiviteit is per definitie gelijk aan de toename van de productie per arbeidsjaar. Wanneer ‘kwaliteit van dienstverlening’ onvoldoende tot uitdrukking komt in de meting van de productie (bijvoorbeeld betere zorg bij meer handen aan het bed), duidt een achterblijvende ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit niet noodzakelijkerwijs op toenemende ondoelmatigheid, maar mogelijk op een stijgende kwaliteit van dienstverlening. In welke mate dit bij de gekozen indicatoren voor de productie een rol speelt, is bij gebrek aan goede indicatoren voor de kwaliteit van de dienstverlening niet goed te zeggen. Dus enige behoedzaamheid bij de interpretatie van de resultaten is wel geboden.

Figuur 5.1 geeft de gemiddelde jaarlijkse kostengroei van de AWBZ-voorzieningen naar samenstellende componenten. Daarbij zijn de componenten gewogen naar kostenaandelen (circa 70% voor loon gerelateerde kosten en 30% voor niet-loon gerelateerde kosten). Hiermee wordt het effect van deze componenten op de kostprijs weergegeven. Deze weging heeft niet plaatsgevonden voor de beschrijving van de jaarlijkse ontwikkeling van de afzonderlijke componenten in de figuren 5.2 tot en met 5.4.

Figuur 5.1

Gemiddelde jaarlijkse kostprijsgroei van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten)



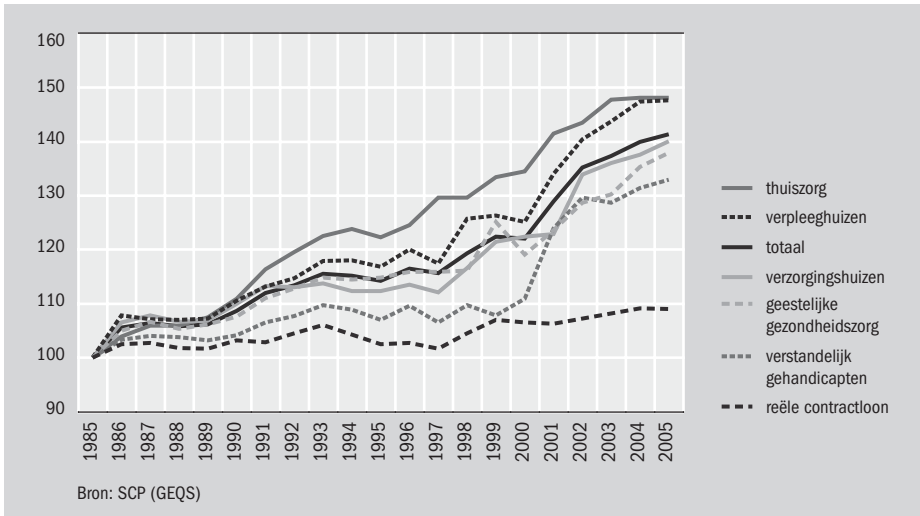
De gewogen reële personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs) voor de AWBZ-voorzieningen zijn in de beschouwde periode nagenoeg monotoon stijgend met gemiddeld 1,2% per jaar. De gewogen uurloonprijs is iets sterker gestegen in de thuiszorg (met 1,7% per jaar) dan bij de verzorgingshuizen en de verstandelijk gehandicaptenzorg (1,0% per jaar). De stijging van de uurloonprijs is slechts voor een beperkt deel (iets minder dan een kwart) toe te schrijven aan de reële stijging van de contractlonen in de zorg (bovenop de inflatie). In de beschreven periode zijn de reële contractlonen met ruim 9% gestegen (0,4% per jaar), terwijl de reële uurloonprijs met ruim 40% is toegenomen (1,7% per jaar, zie figuur 5.2).

De ontwikkeling van de gewogen materiële kosten per product (niet-loonprijs) komt uit op gemiddeld 0,5% per jaar. Hier zijn de verschillen tussen de voorzieningen gering.

Bij de gewogen arbeidsproductiviteit zijn de verschillen groter. Gemiddeld is de arbeidsproductiviteit gedaald (met 0,3% per jaar), hetgeen een bescheiden kostenverhogend effect heeft gehad. Alleen bij de thuiszorg heeft de groei van de arbeidsproductiviteit (met 0,8% per jaar) een matigend effect gehad op de kostenontwikkeling.

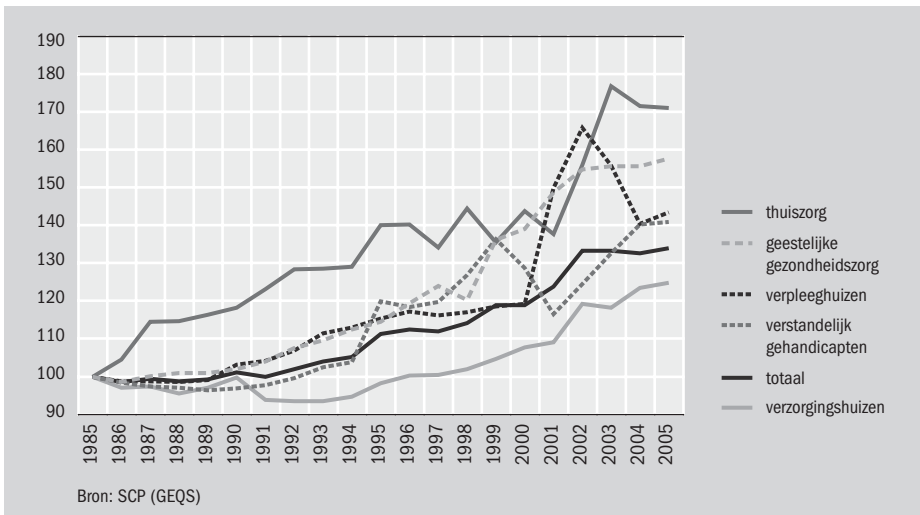
Figuur 5.2

Ontwikkeling van de uurloonsprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Figuur 5.3

Ontwikkeling van de niet-loonprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



In de eerste helft van de beschouwde periode loopt de uurloonsprijs op met gemiddeld 1,3% en in de tweede helft met gemiddeld 2,1% (figuur 5.2). Bij de thuiszorg zijn de loonkosten per arbeidsjaar het meest gestegen (2,0%) en bij de verstandelijk gehandicaptenzorg het minst (1,4%). Hoewel er enige variatie is in de ontwikkeling van de uurloonsprijs per voorziening, zijn de uiteindelijke verschillen gering: de bandbreedte

van de totale uurloonprijsstijging in de beschouwde periode ligt tussen de 33% (verstandelijk gehandicaptenzorg) en 48% (thuiszorg en verpleeghuizen). De enige opmerkelijke beweging betreft de eerder genoemde lichte uurloonprijzdaling bij de GGZ in de periode 1998-2000.

Ook bij de materiële kosten per product (figuur 5.3) is de stijging in de tweede helft (met 1,9% per jaar) aanzienlijk hoger dan in de eerste periode (1,1%). Opmerkelijk is dat de ontwikkeling van de materiële productprijzen zeer uiteenlopend is tussen de onderscheiden voorzieningen, variërend van 1,2% per jaar voor de verzorgingshuizen tot 2,7% bij de thuiszorg (vooral gerealiseerd in de periode 1985-1987 en 2001-2003).

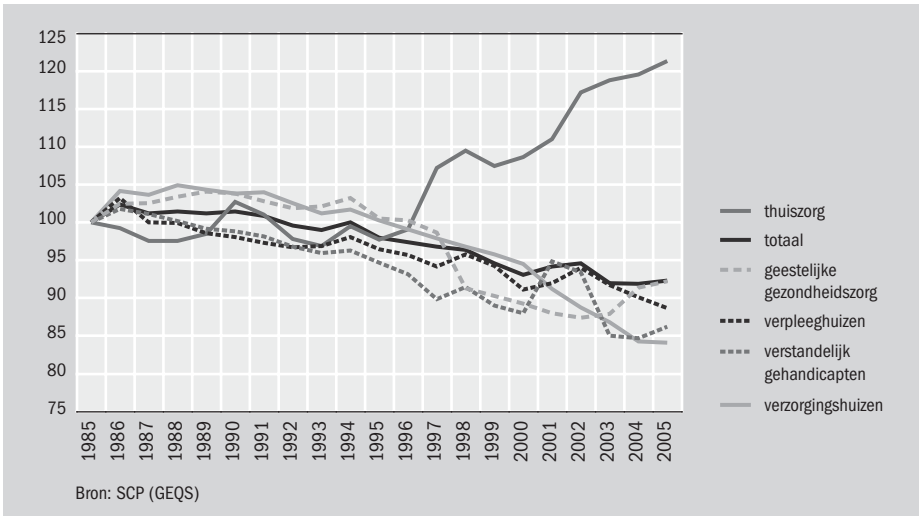
De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit toont het typische beeld van de publieke dienstverlening, dat is vastgelegd in de 'wet van Baumol' (figuur 5.4). De wet van Baumol stelt dat productiviteitsverbeteringen in de dienstverlenende sector doorgaans moeilijker zijn te realiseren dan in andere sectoren. Daardoor blijft de arbeidsproductiviteit achter. Omdat de lonen in de dienstverlenende sector doorgaans de loonontwikkeling in andere sectoren volgen, stijgen de kosten in verhouding sterker. De publieke dienstverlening kampt daarmee inherent met achterblijvende productiviteit en hogere kostprijzen. Deze tendens komt ook bij de AWBZ-voorzieningen tot uitdrukking. De arbeidsproductiviteit neemt gemiddeld af met 0,4% per jaar. Deze bescheiden daling is bij alle voorzieningen waar te nemen, met uitzondering van de thuiszorg. In de thuiszorg is vanaf 1996 een sterk stijgende trend waar te nemen: er worden met dezelfde personele inzet steeds meer cliënten geholpen. Dit is onder meer toe te schrijven aan een sterke stijging van het aandeel uitvoerend personeel.¹¹ Ook heeft de thuiszorg vanaf medio jaren negentig vooropgelopen met benchmarking en time-management om productieprocessen efficiënter in te richten. Wel moet worden opgemerkt dat er mogelijk enige ruis is geslopen in de productiecijfers, in die zin dat een klein deel van de productie van thuiszorg niet door thuiszorginstellingen maar andere AWBZ-voorzieningen wordt geleverd (bijvoorbeeld verzorgingshuizen). Dit leidt mogelijk tot een kleine overschatting van de productie van thuiszorg door thuiszorginstellingen.¹²

11 Tussen 1995 en 2005 is het uitvoerend personeel (in fte's) toegenomen met 39%, het ondersteunend personeel met 30% en is het leidinggevend personeel afgenomen met 8% (CBS, StatLine). Het aantal oproepkrachten en alfa-hulpen (niet op de loonlijst en in fte) is daarentegen gestegen met 55%. Het aandeel direct productieve uren is dus toegenomen.

12 De overschatting bedraagt hoogstens enkele procentpunten; het hier geschetste beeld wordt hierdoor dus niet aangetast. Overigens wordt dit probleem (in de toekomst) steeds groter omdat producten steeds meer losgekoppeld worden van aanbieders. Er ontstaan steeds meer conglomeraten van instellingen (van thuiszorg tot verpleeghuis) die verschillende AWBZ-producten aanbieden.

Figuur 5.4

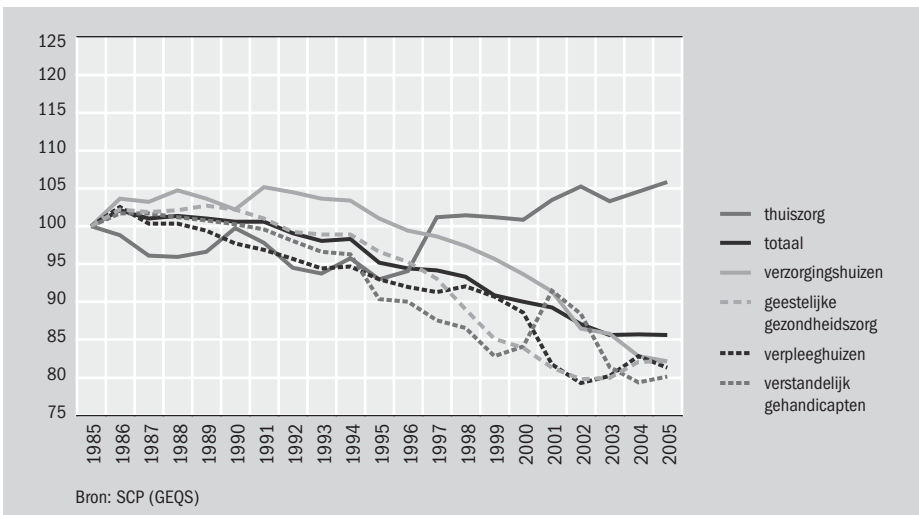
Ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



De totale productiviteit (productie gedeeld door het totaal van ingezette middelen) vertoont een nagenoeg gelijk verloop als de arbeidsproductiviteit (figuur 5.5), zij het iets negatiever (met $-0,8\%$ per jaar). De verschillen tussen de voorzieningen zijn niet groot, en liggen tussen de $-1,1\%$ per jaar (verstandelijk gehandicaptenzorg) en de $0,3\%$ (thuiszorg).

Figuur 5.5

Ontwikkeling van de totale productiviteit van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Deel II

Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging 2005-2030

1 Uitgavenraming

Na de terugblik op de uitgaven van de gehele AWBZ in deel I van dit rapport, presenteren we in deel II een vooruitblik op de uitgaven van de verpleging en verzorging. De uitgaven van de verpleging en verzorging beslaan 56% van de totale AWBZ-uitgaven. In dit deel beperken we ons tot de verpleging en verzorging omdat alleen daarvoor een recente personenraming beschikbaar is. We presenteren echter niet alleen een raming van de uitgaven aan verpleging en verzorging die onder de AWBZ vallen, maar ook de uitgaven aan de huishoudelijke verzorging die per 1 januari 2007 naar de Wmo is overgeheveld.¹³ Het basisjaar van onze analyses is 2005; toen viel huishoudelijke verzorging nog onder de AWBZ. Alleen al voor de inhoudelijke vergelijkbaarheid is meenemen van de Wmo na 2006 dus nodig. Daarnaast is het nuttig ook naar de Wmo te kijken omdat de Wmo-zorg en de AWBZ-zorg elkaar ten dele kunnen vervangen. Ten aanzien van de tarieven hanteren we verschillende scenario's, omdat de onzekerheid omtrent de hoogte van eventuele tariefsstijgingen groot is.¹⁴ Zo hanteren we een basisscenario met vaste tarieven voor de jaren tussen 2005 en 2030, wat betekent dat we geen rekening houden met een verhoging van de tarieven door bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg en veranderingen in de tariefstructuur. Daarnaast laten we zien hoe de gepresenteerde uitgavenraming verandert als er wel tariefswijzigingen in de berekeningen worden meegenomen. In alle scenario's abstraheren we van inflatie. We berekenen alles in reële termen, omdat we alleen welvaartseffecten willen meenemen en geen nominale effecten.

Tot nu toe heeft het SCP de te verwachten ontwikkelingen in de verpleging en verzorging beschreven in termen van aantallen vragers en gebruikers, maar niet in uitgaven (bv. Jonker et al. 2007; Timmermans en Woittiez 2004). De ontwikkeling in de uitgaven zal vermoedelijk niet gelijk oplopen met de ontwikkeling in het aantal gebruikers. Dat heeft enerzijds te maken met het feit dat de ontwikkelingen in het aantal vragers en gebruikers, verder 'personenramingen' genoemd, verschillen per vorm van zorg en anderzijds met verschillen in de uitgaven per zorgvorm. In dit deel van het rapport zullen we daarom, behalve een personenraming ook een uitgavenraming voor de verpleging en verzorging presenteren.

13 We beschouwen evenals in deel I de uitgaven om na te gaan hoeveel geld er in de sector Verpleging en Verzorging omgaat. We kijken niet naar de financieringsbron. Dit houdt in dat de eigen betalingen van gebruikers hier als uitgaven worden meegenomen.

14 Bij het overhevelen van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo zijn de tarieven losgelaten. De tarieven verschillen per gemeente en voor zover wij weten is er geen landelijke informatie over de gemiddelde hoogte van de tarieven voor huishoudelijke verzorging beschikbaar.

2 Aanpak

Op basis van de AWBZ worden verschillende soorten extramurale verpleging en verzorging, ofwel thuiszorg, geleverd, en verschillende soorten intramurale verpleging en verzorging (zorg met verblijf). Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verpleging en verzorging die valt onder de AWBZ en de Wmo in termen van gebruikers en uitgaven. Hierbij hanteren we evenals in het AWBZ-ramingsmodel van ABF (Van Galen et al. 2007) de uitgaven zonder kapitaalslasten. Voor de hoogte van de uitgavenraming betekent dit dat daar de kapitaalslasten nog bij opgeteld moeten worden om tot een totaalbedrag van de uitgaven te komen. Voor de groei zouden we de kapitaalslasten met hetzelfde percentage kunnen laten meegroeien als de wel geraamde uitgaven. Maar of dat ook het meest waarschijnlijk is valt niet te zeggen.¹⁵ Ook de uitgaven aan pgb's zijn niet in de cijfers opgenomen.¹⁶

Tabel 2.1

Gebruikers van en uitgaven aan verpleging en verzorging, 2005

	gebruikers (x 1000)	uitgaven (x mln.) ^a
extramurale zorg	366	3656
intramurale zorg	220	6319 ^b
totaal	586	9975

a De uitgaven zijn exclusief de GGZ-activiteiten binnen verpleging en verzorging (ca. 40 mln.)
 b Dit aantal is inclusief gebruikers van kort verblijf.

Bron: Van Galen et al. (2007, tabel 5, tabel 12, tabel 17) SCP-bewerking

In 2005 maakten in totaal 586.000 mensen gebruik van een vorm van verpleging en verzorging. De meesten (366.000 ofwel 62%) woonden thuis en maakten gebruik van een of meerdere vormen van extramurale zorg. 38% van de gebruikers ontving intramurale zorg; zij woonden in een verzorgingshuis of verpleeghuis. De uitgaven aan ABWZ-zorg in 2005 bedragen bijna 10 miljard euro, waarvan bijna twee derde voor intramurale zorg.

15 We nemen de kapitaalslasten niet mee omdat het niet mogelijk is die toe te delen aan de typen zorg die we ramen.

16 De uitgaven aan de pgb's kunnen, net als de kapitaalslasten, niet worden toegedeeld aan de verschillende typen zorg. Daarom worden ook zij niet meegenomen in de raming van de uitgaven. In de personenraming zitten wel pgb'ers, voor zover zij met hun pgb informele of particuliere zorg inkopen (zie § 3.2).

Het is niet mogelijk om alle onderdelen van de collectieve zorg binnen verpleging en verzorging gedetailleerd te ramen. Er is voor gekozen om geen raming te maken voor uitleen, preventie en vervoer. Hiermee is 130 miljoen euro ofwel ongeveer 1,3% van de uitgaven aan verpleging en verzorging gemoeid. Deze vormen van zorg laten we in dit deel van het rapport verder buiten beschouwing. De reden hiervoor is dat het lastig is om determinanten van het gebruik van deze vormen van zorg te bepalen.

Bij het ramen van de uitgaven gaan we uit van de recente raming van het aantal zorgvragers en -gebruikers waarover het SCP recentelijk uitgebreid heeft gepubliceerd (Jonker et al. 2007). Daarbij worden de zorgvragers en zorggebruikers onderscheiden naar de zorgfuncties die zij gebruiken dan wel vragen. We onderscheiden huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling en verschillende vormen van verblijf (zie hoofdstuk 3 voor de definities). De uitgangssituatie (in 2005) komt aan de orde in hoofdstuk 4. De cijfers in dit rapport wijken enigszins af van die in Jonker et al. (2007). Dat komt omdat de cijfers in dit rapport geïkht zijn aan registratiecijfers, en hier de functies begeleiding en kortdurend verblijf in de gebruikscijfers zijn opgenomen.

In vervolg op de raming van het aantal gebruikers, hebben we de uitgaven per gebruiker berekend (zie hoofdstuk 5). De uitgaven per gebruiker zijn gebaseerd op de uitgaven per functie. Voor elk van de zorgfuncties is een maximaal door het NZa vastgesteld tarief dat de zorgverlener ontvangt. Deze maximale tarieven beschouwen we hier als maatgevend voor de uitgaven aan de zorg.¹⁷ Voor de extramurale producten (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling) en kort verblijf is dat een tarief per uur of dag(deel) zorg. Voor de intramurale zorg (verblijf verzorging en verblijf verpleging) gebruiken wij uitgaven per plaats per dag.

De uitgaven per functie moeten vervolgens nog worden omgerekend naar de uitgaven per gebruiker. Voor de extramurale functies kan worden berekend hoeveel uur zorg een gebruiker gemiddeld per week ontvangt. Hieruit is eenvoudig een jaarbedrag per persoon af te leiden. Voor de intramurale plaatsen wordt ervan uitgegaan dat een gebruiker het hele jaar in de instelling verblijft. De dagprijs kan dan eenvoudig worden omgezet naar een jaarprijs.¹⁸ De zorguitgaven kunnen vervolgens worden verkregen door het aantal gebruikers per zorgfunctie te combineren met de

17 De gecontracteerde tarieven zijn weliswaar lager, maar omdat wij de uitgaven aan het budget in de begroting hebben geïkht, heeft dit geen gevolgen voor de hoogte van de geraamde uitgaven.

18 Op peildatum 1-11-2005 verbleef 72% van de verpleeghuiscliënten, en 80% van de verzorgingshuiscliënten minstens een jaar in de instelling (Van Galen et al. 2007, tabel 34). Deze percentages worden nog hoger als rekening gehouden wordt met de cliënten die op basis van kortdurend verblijf in tehuizen verblijven. Dit geldt met name voor de verpleeghuizen.

uitgaven per gebruiker. In de basisraming zullen we de tarieven van 2005 aanhouden. Er wordt dus, zoals gezegd, niet gecorrigeerd voor inflatie of wijzigingen in de tariefstructuur. Daarnaast bestuderen we twee varianten voor ontwikkelingen in de tarieven.

Voordat we een uitgavenraming presenteren, zullen we eerst een interpretatie geven van de recente personenraming Verpleging en Verzorging van het SCP: wat zeggen ze wel en wat niet (hoofdstuk 6). Tot slot presenteren we de uitgavenraming in hoofdstuk 7.

3 Definities

3.1 Definitie van potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging

Voordat we de ramingen presenteren is het verstandig de definities op een rij zetten. *Potentiële vragers naar collectieve zorg* zijn mensen met een dusdanige beperking of een aandoening dat ze aangewezen zijn op hulp van iemand anders.¹⁹ Het zijn mensen waarvan in beginsel verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Wij operationaliseren de potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, dat zorg van iemand anders ontvangt.²⁰ De feitelijk ontvangen zorg is niet noodzakelijkerwijs dezelfde als de zorg die gevraagd wordt. De feitelijke zorg kan bijvoorbeeld zorg zijn die op grond van de AWBZ of Wmo wordt verstrekt maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet (deels) collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of bureu). Daarmee onderschatten we wellicht de potentiële collectieve vraag omdat mensen met een matige of ernstige beperking, dan wel chronische aandoening die van niemand hulp ontvangen, volgens deze definitie geen potentiële vragers zijn naar collectieve zorg.²¹

Potentiële vragers naar collectieve zorg kunnen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp vragen. Omdat huishoudelijke hulp onder de Wmo valt, noemen wij deze mensen potentiële vragers Wmo. Zij kunnen ook vraag uitoefenen naar persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling of zelfs verblijf. Omdat deze functies allemaal onder de AWBZ vallen, noemen we vragers naar één van deze functies potentiële vragers AWBZ. De potentiële vragers AWBZ en de potentiële vragers Wmo samen vormen het totaal aantal potentiële vragers naar collectieve zorg (zie ook tabel 3.1).

3.2 Definitie van gebruik van verpleging en verzorging

De zorg die gevraagd wordt, kan op verschillende manieren worden verstrekt (*gebruik van zorg*). De zorg kan bestaan uit hulp bij huishoudelijke bezigheden, verstrekt

19 Hier bedoelen we met hulp die soorten hulp die geleverd kunnen worden door AWBZ of Wmo. Curatieve zorg of hulpmiddelen worden hier niet bekeken.

20 De term potentiële vraag in Jonker et al. (2007) komt overeen met wat in dit rapport wordt aangeduid als potentiële vraag naar collectieve zorg.

21 In de in 2008 te verschijnen SCP-rapportage over volume-ramingen van verpleging en verzorging, zullen enkele varianten van de definitie van potentiële vraag worden door-gerekend (zie ook Schellingerhout 2007).

krachtens de Wmo (dan noemen we het gebruik Wmo) of door particuliere of informele hulp (dan noemen we het gebruik niet-collectief). De zorg kan ook bestaan uit hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling of bij verblijf die op grond van de AWBZ wordt verstrekt (dan noemen we het gebruik AWBZ). Slechts zelden wordt dit soort zorg alleen door particuliere of informele hulp verleend, in tegenstelling tot huishoudelijke verzorging. Gebruik AWBZ en gebruik Wmo samen worden gebruik collectief genoemd. De optelsom van gebruik collectief en gebruik niet-collectief is het gebruik totaal. De definities van potentiële vraag naar en gebruik van collectief gefinancierde verpleging en verzorging zijn in tabel 3.1 op een rijtje gezet.

Tabel 3.1

De nities van potentiële vraag en gebruik naar type zorg

	type zorg ^a									
	inf.	part.	huish.	pers.	verpl.	beg.	vbk.	vzh.	vph.	
potentiële vraag naar collectieve zorg										
potentiële vraag Wmo			■							
potentiële vraag AWBZ			■	■	■	■	■	■	■	■
potentiële vraag collectief			■	■	■	■	■	■	■	■
<i>gebruik</i>										
gebruik niet-collectief	■	■								
gebruik Wmo			■							
gebruik AWBZ			■	■	■	■	■	■	■	■
gebruik collectief			■	■	■	■	■	■	■	■
gebruik totaal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

a inf. = informele zorg; part. = particuliere zorg; huish. = huishoudelijke verzorging; pers. = persoonlijke verzorging; verpl. = verpleging; beg. = begeleiding en (dag)behandeling; vbk. = verblijf kort; vzh. = verblijf lang verzorgingshuis; vph. = verblijf lang verpleeghuis.

Bron: SCP

Bij tabel 3.1 moet opgemerkt worden dat het bij informele of particuliere zorg eigenlijk niet om een type zorg gaat, maar dat dit meer te maken heeft met de financieringsvorm van de zorg. Er is dan ook, als gevolg van onze definitie, geen potentiële collectieve vraag naar informele en particuliere zorg. Wel kan iemand hulp ontvangen in de vorm van informele of particuliere zorg. Iemand kan behoefte hebben aan en recht hebben op persoonlijke verzorging (ofwel een potentiële vrager naar collectief gefinancierde persoonlijke verzorging zijn), en dat in de vorm van informele zorg ontvangen. Deze niet-collectieve zorgvormen nemen we daarom wel op bij het gebruik van zorg. Er kan immers een uitwisseling plaatsvinden tussen de collectief gefinancierde zorg via AWBZ en Wmo en de informele en particuliere zorg.

3.3 Definitie van pluspakketten

In de recente SCP-studie worden vraag naar en gebruik van zorg gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen. Wanneer zij een combinatie van producten ontvangen worden zij ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm. Zo worden bijvoorbeeld gebruikers die huishoudelijke verzorging combineren met persoonlijke verzorging ingedeeld bij persoonlijke verzorging. Dit is overigens alleen een kwestie van terminologie: het gehele zorgpakket wordt betrokken in de berekening. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de samenstelling van de pluspakketten uit de verschillende functies.

Tabel 3.2
Indeling van functies in pluspakketten^{a,b}

	functies ^c								
	inf.	part.	huish.	pers.	verpl.	beg.	vbk.	vzh.	vph.
pluspakketten									
informele zorg									
particuliere zorg									
huishoudelijke verzorging									
persoonlijke verzorging									
verpleging									
begeleiding, (dag)behandeling									
verblijf kort									
verblijf lang: verzorgingshuis									
verblijf lang: verpleeghuis									

a We veronderstellen hier impliciet dat de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging en begeleiding ook in de verblijffunctie zitten.

b Bij de potentiële vraag ontbrekende functies en pluspakketten informele zorg en particuliere zorg.

c Zie noot a bij tabel 3.1.

Bron: SCP

Uit tabel 3.2 valt op te maken dat het pluspakket informele zorg alleen uit informele zorg bestaat (het grijze vakje in de 2e rij van de tabel). Als iemand het pluspakket particuliere zorg ontvangt, kan het zo zijn dat hij alleen particuliere zorg ontvangt, of particuliere zorg samen met informele zorg.

Naast de niet-collectieve zorg kan zorg ook via de Wmo (huishoudelijk verzorging) of AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf (verzorgingshuiszorg of verpleeghuiszorg)) worden verkregen. In de AWBZ wordt formeel geen onderscheid gemaakt tussen verblijf in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis; beide vallen onder de noemer langdurig verblijf. In de praktijk is er

echter wel degelijk een indeling in verpleeghuizen en verzorgingshuizen te maken. Ook de uitgaven per dag verschillen behoorlijk tussen de twee vormen van verblijf. In de analyses maken we daarom wel een onderscheid tussen deze twee verblijfsvormen. We gaan er vanuit dat verblijf zonder behandeling plaatsvindt in een verzorgingshuis, en verblijf met behandeling in een verpleeghuis. In beide typen tehuizen wordt ook kortdurend verblijf geleverd. Het gaat dan om een verblijf van maximaal 6 weken. Tijdelijk verblijf is bijvoorbeeld bedoeld voor mensen die revalideren, mensen die wachten op een (andere) permanente woonplek of voor mensen waar de mantelzorg tijdelijk niet beschikbaar is.

Voor de verblijfsfuncties (verblijf kort en verblijf lang in verpleeg- of verzorgingshuis), wordt bij de uitgavenberekening niet expliciet gekeken naar het gebruik van of de vraag naar de andere zorgfuncties. Indicaties voor de functie verblijf gaan altijd gepaard met een indicatie voor minstens een andere, minder zware functie. We veronderstellen dat het gebruik van deze overige functies al in de tarieven voor deze pakketten zijn opgenomen.

4 Gebruik van en potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005

4.1 Gebruik van collectieve verpleging en verzorging 2005

De situatie in 2005 dient als uitgangspunt voor de ramingen van het gebruik in termen van personen. Daarbij is een enquêtebestand (AVO/OII) de basis. Zo'n bestand beschrijft echter niet precies de werkelijke situatie omdat niet de gehele bevolking is ondervraagd. Daarom zijn de gebruikscijfers uit het enquêtebestand hier geijkt aan werkelijke gebruikscijfers uit de registraties van het NZa. Zie bijlage A voor een beschrijving van het ijken. Daarnaast hebben we de uitkomsten uit het enquêtebestand gecorrigeerd voor het gebruik van begeleiding en kort verblijf, omdat daarover geen gebruiksinformatie beschikbaar was. In tabel 4.1 is het aantal pluspakketten opgenomen. Zoals aangegeven in paragraaf 3.3 beschrijven we daarmee het aantal personen dat gebruik maakt van een bepaalde functie, eventueel gecombineerd met minder zware functies.

Tabel 4.1
Gebruik van pluspakketten, 2005

	absoluut (x 1000)	procenten
informeel	182	21
particulier	84	10
huishoudelijke verzorging	206	24
persoonlijke verzorging	61	7
verpleging	74	9
begeleiding, (dag)behandeling	25	3
verblijf kort	56	7
verblijf lang verzorgingshuis	103	12
verblijf lang verpleeghuis	61	7
totaal	852	100
bevolking 30 jaar en ouder	10.128	

Bron: Van Galen et al. (2007); Jonker et al. (2007) SCP-bewerking

In totaal ontvangen in 2005 852.000 personen een vorm van verpleging en verzorging, ofwel 8% van de bevolking van 30 jaar of ouder (zie tabel 4.1). Hiervan gebruikt bijna een derde alleen niet-collectieve zorg (informele of particuliere zorg). Daarnaast ontvangt een kwart van de gebruikers het pluspakket huishoudelijke verzorging en nog eens een vijfde ontvangt een andere vorm van thuiszorg. Tot slot

uren per week voor gebruikers voor de verschillende extramurale functies. Deze gemiddelde uren zijn geijkt. Hiertoe zijn de geconstrueerde uitgaven per functie (product van aantal gebruikers, gemiddelde uren per jaar en tarief) vergeleken met de feitelijke uitgaven per functie (zie bijlage E).

Mensen die alleen niet-collectieve vormen van zorg ontvangen (dus informeel of particulier), ontvangen gemiddeld ongeveer 6 uur zorg per week. Deze zorgvormen zijn wellicht substituten voor de collectieve zorg, en worden misschien ook deels betaald uit een pgb. Helaas is in het enquêtebestand daarover niet voldoende informatie opgenomen. De mensen die het pluspakket huishoudelijke zorg hebben, ontvangen gemiddeld bijna 3 uur huishoudelijke zorg (Wmo). Vaak wordt dit gecombineerd met informele of soms ook particuliere zorg. Gemiddeld komt er daardoor ruim anderhalf uur niet-collectieve zorg bij. Ontvangers van het pluspakket persoonlijke verzorging ontvangen gemiddeld veel meer uren zorg. Gemiddeld combineren zij 4,3 uur persoonlijke verzorging met 2,9 uur huishoudelijke zorg, en 2,5 uur niet-collectieve zorg, voornamelijk in de informele sfeer. Samen komt dit uit op 9,7 uur zorg per week. Ontvangers van het pluspakket verpleging ontvangen gemiddeld bijna 1 uur zorg. Hiervan valt ruim 5 uur onder de AWBZ, ruim 2 uur onder de Wmo en ruim 2 uur onder de niet-collectieve zorg. Tot slot ontvangen de gebruikers van het pluspakket begeleiding gemiddeld bijna 13 uur begeleiding. Hierin is ook het aantal uren dagbehandeling opgenomen, wat per gebruiker van dagactiviteiten ruim 11 uur per week betreft. Daarnaast ontvangen gebruikers van begeleiding ruim 2 uur niet-collectieve zorg, 2 uur Wmo-zorg en 2,5 uur andere AWBZ-zorg, wat een totaal van 19,6 uur zorg per week oplevert.

4.2 Potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005

Ook voor de potentiële vraag naar collectieve zorg gaan we uit van de situatie in 2005. Per definitie is in de uitgangssituatie het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg gelijk aan het aantal mensen met beperkingen dat één of andere vorm van zorg ontvangt (collectief of niet-collectief gefinancierd) (zie de definitie in § 3.1).²³ De ontvangen zorgvorm hoeft echter niet dezelfde te zijn als de gevraagde zorgvorm. Mensen kunnen immers hun vraag naar huishoudelijke verzorging ook oplossen door bijvoorbeeld een particuliere hulpverlener in te schakelen. Op basis van de indicaties van zorg van CIZ-GINO wordt de verdeling van de vragers over de pluspakketten bepaald zoals beschreven in de recente SCP-publicatie).²⁴ Tabel 4.3 laat zien

²³ Dit geldt onder de veronderstelling dat alle gebruikers van zorg ook werkelijk een beperking hebben.

²⁴ Er zijn geen andere bronnen om deze verdeling mee te vergelijken of ijken. Wel kan worden opgemerkt dat de verdeling van de indicaties over de functies uit de CIZ-GINO gegevens over de tijd vrij stabiel is.

hoeveel mensen potentiële vragers naar collectieve zorg zijn, en welke pakketten zij vragen. Ook hier gaat het om pluspakketten ofwel personen en niet om functies (mensen kunnen voor meerdere functies per persoon geïndiceerd zijn, ofwel vragen naar een combinatie van functies).

Tabel 4.3

Potentiële vraag naar pluspakketten, 2005

	absoluut (x 1000)	procenten
huishoudelijke verzorging	308	36
persoonlijke verzorging	124	15
verpleging	147	17
begeleiding,, (dag)behandeling	90	11
verblijf kort	90	11
verblijf lang verzorgingshuis	64	7
verblijf lang verpleeghuis	30	4
totaal	852	100
bevolking 30 jaar en ouder	10.128	

Bron: Jonker et al. (2007) SCP-bewerking

In 2005 waren er 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg ofwel 8% van de bevolking van 30 jaar of ouder. Ruim een derde van hen vraagt alleen huishoudelijke zorg (Wmo). Ongeveer 15% van de vragers vraagt het pluspakket persoonlijke verzorging. Dat wil zeggen dat zij persoonlijke verzorging vragen al dan niet in combinatie met huishoudelijk hulp. Iets meer mensen (17%) vragen het pluspakket verpleging. Daarnaast vraagt 11% van de potentiële vragers begeleiding en eenzelfde aantal tijdelijk verblijf. Ook de vraag naar langdurig verblijf is 11%, waarvan twee derde naar verzorgingshuiszorg vraagt.

Ook bij de vraag kan afzonderlijk gekeken worden naar de vraag naar Wmo zorg, ofwel de functie huishoudelijke verzorging. Naast de vragers naar alleen huishoudelijke verzorging, zijn er ook vragers naar deze functie die ook een van de andere extramuraal functies vragen.²⁵ In totaal betreft dit 45.000 mensen, zodat het totaal aantal vragers naar Wmo-zorg uitkomt op 352.000.

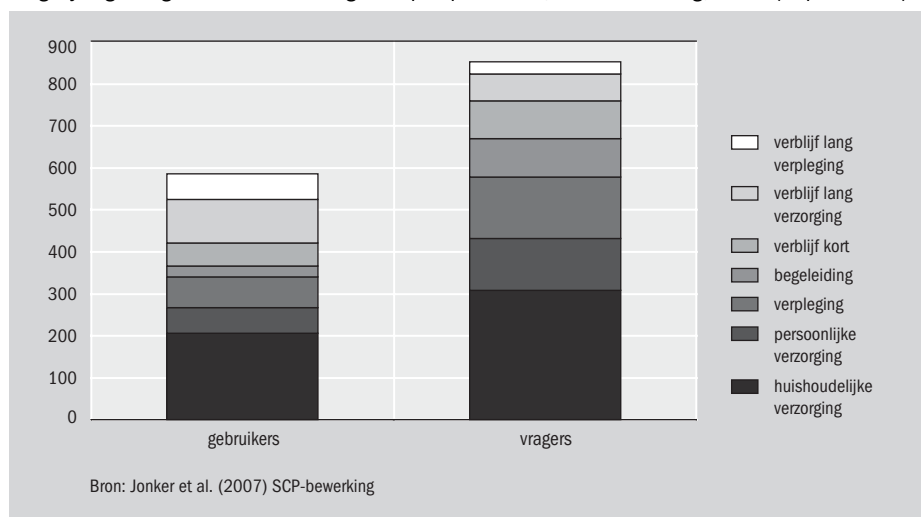
25 De vragers naar Wmo-zorg bestaan uit alle vragers naar het pluspakket huishoudelijke verzorging, 13% van de vragers naar het pluspakket persoonlijke verzorging, 14% van de vragers naar het pluspakket verpleging en 9% van de vragers naar begeleiding.

4.3 Vergelijking potentiële vraag naar en gebruik van collectieve verpleging en verzorging in 2005

De potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg en het gebruik van collectief en niet-collectief gefinancierde zorg zijn weliswaar in totaal even groot, maar de verdeling over de pluspakketten is niet hetzelfde. Dit wordt geïllustreerd door figuur 4.1.

Figuur 4.1

Vergelijking van gebruik van en vraag naar pluspakketten, collectieve zorg, 2005 (in procenten)



Ten eerste laat vergelijking van de hoogte van beide kolommen in figuur 4.1 zien dat het aantal potentiële vragers naar collectief gefinancierde zorg (852.000) groter is dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (586.000). En daarmee is ook het uitgangsniveau van de raming van de potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg anders dan die van het gebruik van collectief gefinancierde zorg (zie ook figuur 6.1). Ten tweede laat vergelijking van de onderverdeling in beide kolommen in figuur 4.1 zien dat de verdeling van de zorgpakketten van de potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg anders is dan die van het gebruik van collectief en niet-collectief gefinancierde zorg. Met andere woorden: iemand die een bepaalde zorgvorm vraagt en daarvoor geïndiceerd is, ontvangt niet altijd deze zorgvorm.

Voor de vormen van extramuraal collectieve zorg is de potentiële vraag groter dan het gebruik. Dit komt doordat een deel van de potentiële vraag naar deze zorg opgevangen wordt door niet-collectieve zorg. De potentiële vraag naar verblijf lang is echter kleiner dan het daadwerkelijk gebruik daarvan. Dit kan verklaard worden door het feit dat mensen liever thuis blijven wonen dan naar een tehuis verhuizen. Maar als ze

thuis wonen is er wel thuiszorg nodig. Ook dit leidt tot meer vraag naar thuiszorg. Hiervoor is echter ook nog een andere reden, van technische aard, aan te geven. We meten het gebruik in het gemiddeld aantal gebruikers in een jaar en de potentiële vraag in het totaalaantal personen in een jaar. Daarnaast overschatten we de vraag naar kort verblijf doordat sommigen een indicatie hebben voor kortdurend verblijf, terwijl zij na de zes weken die daar voor staan nog niet voldoende hersteld zijn om weer naar huis terug te keren. Hierdoor zullen zij toch langdurig in een tehuis verblijven, en in de gebruiksregistratie onder verblijf lang worden opgenomen.

5 Tarieven van verpleging en verzorging 2005

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 rekenen we in dit deel de bestaande raming in termen van personen om naar een raming in termen van euro's. Daarvoor is het nodig om de uitgaven per gebruiker te berekenen. Dat bedrag hangt af van het zorgpakket (in termen van functies) van de gebruiker. Voor de extramurale zorg zijn er uurtarieven per functie, die moeten worden omgerekend tot bedragen per week per gebruiker van een pluspakket. Voor de intramurale zorg zijn de uitgaven direct in uitgaven per persoon uit te drukken. In dit hoofdstuk worden de berekeningen verder uitgewerkt. Voor het tarief van informele en particuliere zorg baseren we ons op de bestaande literatuur. Met name over die tarieven is discussie mogelijk.

5.1 Tarieven per functie

Voor elk van de onderscheiden AWBZ-zorgproducten worden jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maximale tarieven vastgesteld die de zorgaanbieders in rekening mogen brengen. Deze tarieven hanteren we als de uitgaven per eenheid product in 2005.²⁶ Voor de huishoudelijke verzorging gebruiken we het tarief dat in 2005 van toepassing was. Huishoudelijke verzorging was in 2005 nog onderdeel van de AWBZ. Per 1 januari 2007 is het overgegaan naar de Wmo en heeft het geen vast tarief meer, maar mogen de gemeenten daar zelf over beslissen. Hiermee kunnen wij in de raming echter geen rekening houden; we hanteren de tariefstructuur van 2005. Voor de zorgfuncties lang verblijf (met en zonder behandeling), ofwel de pakketten verzorgingshuis en verpleeghuis zijn de tarieven niet zo eenvoudig te bepalen. Niet alleen zijn de beleidsregels over tarieven verdeeld over personele, materiële en kapitaalslasten, ook worden de kapitaalslasten nagecalculeerd. Hierdoor is geen tarief per dag of per plaats vast te stellen. Voor die zorgproducten hebben we daarom een tarief per persoon per jaar benaderd door op macroniveau de jaarlijkse uitgaven te relateren aan het aantal plaatsen.

Binnen de collectief gefinancierde extramurale functies is veelal nog een onderscheid gemaakt naar zwaarte van de zorg, met bijbehorend tarief. Zo geldt binnen de huishoudelijke verzorging een laag tarief voor alpha-hulpen (hv-1), en een hoger

²⁶ We gaan er dan impliciet van uit dat de meeste aanbieders tarieven kiezen die dicht bij de maximale tarieven liggen. Alleen als aanbieders structureel lagere tarieven vragen zullen de hier gepresenteerde tarieven de werkelijke overschatten. In de praktijk liggen de gecontracteerde tarieven gemiddeld niet erg ver onder de maximale tarieven (NZa 2006). Dat zal echter niet tot uitdrukking komen in het niveau van de uitgaven omdat we die geijkt hebben aan de werkelijke budgetten.

tarief voor de overige vormen van huishoudelijke verzorging (hv-2). Per functie construeren we een gemiddeld tarief, zie ook bijlage C. Hierbij houden we rekening met de verhouding van het aantal uren dat van de verschillende vormen gebruikt worden. Een vorm die vaak gebruikt wordt, weegt zwaarder mee in het gemiddelde tarief dan een vorm die minder vaak wordt gebruikt. De gewichten zijn gebaseerd op gebruikscijfers van ABF (Van Galen et al. 2007; zie bijlage B).

Voor de informele en particuliere zorg, samen de niet-collectieve zorg, zijn geen maximale tarieven vastgesteld. In de literatuur zijn wel diverse pogingen gedaan om de economische waarde (in geld) van informele zorg te bepalen (zie voor een overzicht Van den Berg, 2005). In feite wordt getracht een geldbedrag toe te kennen aan een uur informele zorg. Op basis van Van den Berg en Ferrer-I-Carbonell (2007) stellen we het tarief voor een uur informele zorg vast op 10 euro per uur. Het tarief voor particuliere zorg is bepaald aan de hand van de door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid jaarlijks vastgestelde maximale uurtarief voor de particuliere huishoudelijke dienstverlening (de 'witte werkster'). We hebben het vastgesteld op 12 euro per uur (zie o.a. *Home Works Huishoudelijke Hulp*; SCP 2006: 295).

De resulterende tarieven per functie zijn opgenomen in tabel 5.1. Zoals verwacht lopen de uurtarieven voor de extramurale functie op met de zwaarte daarvan. Zo rekenen we voor een uur huishoudelijke verzorging ruim 24 euro, voor persoonlijke verzorging bijna 40 euro, en voor verpleging bijna 60 euro. Voor begeleiding inclusief (dag)behandeling hanteren we een tarief van bijna 37 euro per uur. Voor de verblijfsfuncties zijn de uitgaven niet per uur maar per jaar berekend. Een jaar verblijf in een verzorgingshuis kost volgens onze berekening ongeveer 25.000 euro; een verblijf in een verpleeghuis kost ongeveer 2,5 keer zo veel, ofwel 67.000 euro per jaar.

Tabel 5.1

Gemiddelde tarieven per zorgfunctie, 2005 (in euro's)

producten	eenheid	tarief
informele zorg	uur	10
particuliere zorg	uur	12
huishoudelijke verzorging	uur	24
persoonlijke verzorging	uur	40
verpleging	uur	60
begeleiding, (dag)behandeling	uur	37
verblijf kort	dag	73
verblijf lang verzorgingshuis	jaar	25.280
verblijf lang verpleeghuis	jaar	61.300

Bron: NZa beleidsregels; Van Galen et al. (2007, tabel 6, tabel 12) SCP-bewerking; Van den Berg en Ferrer-I-Carbonell (2007); SCP (2006)

5.2 Uitgaven per gebruiker

Aan de hand van de uren zorg per week uit tabel 4.2 en de tarieven uit tabel 5.1 kunnen de uitgaven per persoon per jaar worden berekend voor de extramurale zorgpakketten. De uitgaven van een jaar intramurale zorg (in verzorgingshuis of verpleeghuis) zijn rechte lijnen uit tabel 5.1 overgenomen. Om bij de extramurale zorg ervoor te zorgen dat de door ons berekende totale uitgaven van het gebruik in 2005 ook sporen met de werkelijke uitgaven uit de registraties, is het gemiddelde aantal uren per week in tabel 4.2 al bijgesteld. Overigens zijn er voor de uitgaven van informele en particuliere zorg geen nationale gegevens beschikbaar. Daarom is voor deze categorie geen verdere correctie toegepast.

Tabel 5.2 geeft de jaarlijkse uitgaven per gebruiker voor de verschillende zorgpakketten weer. We presenteren de uitgaven aan AWBZ-zorg en Wmo-zorg afzonderlijk. Daarnaast laten we de uitgaven van alle collectieve zorg zien, dat wil zeggen de uitgaven die onder AWBZ of Wmo vallen. Tot slot geven we een indruk van de uitgaven die niet-collectieve zorg met zich mee zou brengen wanneer deze ook betaald zou worden volgens de bedragen in tabel 5.1.

Tabel 5.2

Gemiddelde uitgaven per jaar per gebruiker, 2005 (in euro's, afgerond)

	collectief (AWBZ+Wmo)	AWBZ	Wmo	niet-collectief
informele zorg	0	0	0	3.200
particuliere zorg	0	0	0	3.400
huishoudelijke verzorging	3.400	0	3.400	800
persoonlijke verzorging	12.400	8.800	3.600	1.400
verpleging	16.900	13.900	2.900	1.300
begeleiding, (dag)behandeling	32.900	30.500	2.400	1.300
verblijf kort	3.100	3.100	0	0
verblijf lang verzorgingshuis	23.300	23.300	0	0
verblijf lang verpleeghuis	61.300	61.300	0	0

Bron: SCP

De uitgaven voor een gebruiker van het pluspakket huishoudelijke verzorging bedragen gemiddeld 3400 euro per jaar; dit valt geheel onder de Wmo. Sommige gebruikers van persoonlijke verzorging maken zowel gebruik van Wmo-zorg (gemiddeld 3600 euro per jaar) als van AWBZ-zorg (8800 euro per jaar). In totaal wordt er 12.400 euro aan collectieve voorzieningen voor hen uitgegeven. Voor verpleging gelden jaarlijkse uitgaven per gebruiker van ruim 16.900 euro, en voor begeleiding zelfs 32.900 euro. Hierin zijn ook de Wmo-uitgaven aan huishoudelijke verzorging mee-

genomen, die een deel van de gebruikers van deze pluspakketten ontvangt (gemiddeld per gebruiker 2200 euro per jaar). Een gebruiker van verblijf kort kost 3100 euro per jaar. Het gaat echter dan om een verblijf van 6 weken. Een jaar lang 'kort verblijf' ($3100 \times 52/6 = 26.500$ euro per jaar) kost echter iets meer dan een gebruiker van verzorgingshuiszorg (23.200 euro per jaar), maar veel minder dan een gebruiker van verpleeghuiszorg (61.300 euro per jaar). Daarnaast loopt onze inschatting van de uitgaven aan niet-collectieve zorg (wanneer deze volledig betaald zou worden) uiteen van ongeveer 800 euro per jaar voor gebruikers van het pluspakket huishoudelijke verzorging, tot ongeveer 3400 euro voor gebruikers van alleen niet-collectieve zorg.

6 Ramingen van de collectieve verpleging en verzorging 2005-2030

6.1 De ramingen van de potentiële vraag en het gebruik

Uitgaande van de verdeling van de vragers en gebruikers van zorg over de zorgpakketten zoals beschreven in hoofdstuk 4 presenteren we nu ramingen van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg uitgedrukt in die pakketten in de periode 2005-2030. Deze raming is gebaseerd op de recente SCP-personenraming.²⁷ Hierbij is voor de vraag naar en het gebruik van zorg afzonderlijk bepaald welke kenmerken bepalen of iemand al dan niet vrager dan wel gebruiker is. Te denken valt aan kenmerken als leeftijd, huishoudsamenstelling, geslacht, opleidingsniveau en het hebben van een aandoening of beperking. De ontwikkeling van de vraag en het gebruik worden dan bepaald door de ontwikkelingen in die kenmerken, ofwel determinanten. Doordat het belang van de determinanten verschilt tussen vraag en gebruik zullen de ontwikkelingen hiervan ook uit elkaar lopen. Hier gaan we niet verder in op de ramingsmethode maar presenteren alleen de samengevatte resultaten (figuur 6.1, zie ook bijlage F).

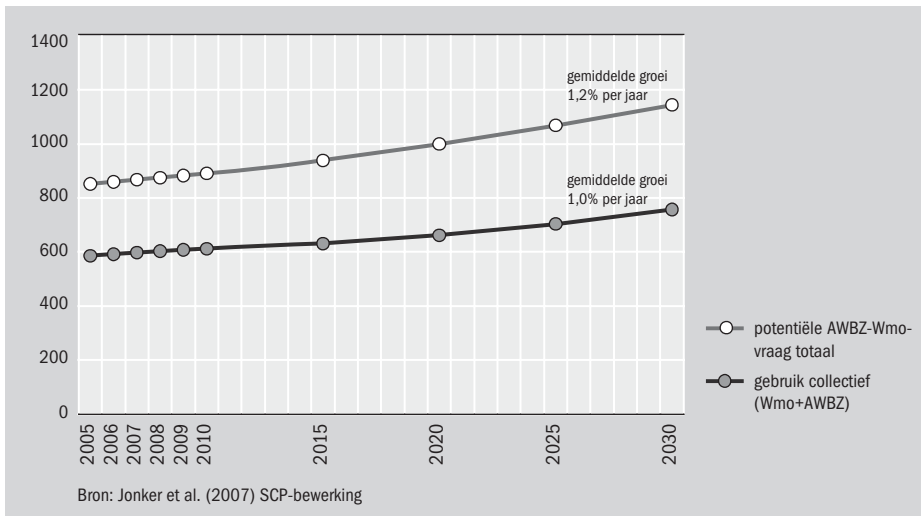
Zoals al bleek in paragraaf 4.3 laat figuur 6.1 zien dat er een groot verschil bestaat tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het aantal gebruikers van ervan (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en ruim 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het gebruik van de collectief gefinancierde zorg (1,2% per jaar versus 1,0% per jaar). Het aantal gebruikers van collectieve zorg neemt volgens de personenraming met ongeveer 29% toe tot 2030. De raming van het gebruik van zorg ligt door de vergrijzing dus veel hoger dan de bevolkingsgroei (8%), maar lager dan de groei van de 65-plusbevolking (66%). De 80-plusbevolking, met een relatief groot gebruik van zorg, groeit tussen 2005 en 2030 zelfs nog sneller (72%). Deel I laat zien dat tussen 1985 en 2000 de ontwikkeling in het volume van verpleging en verzorging 1,1% per jaar was. Alleen de laatste jaren (2000-2004), toen er sprake was van het 'boter-bij-de-vis-beleid' en het loslaten van de budgetten om de wachtlijsten weg te

²⁷ We gaan uit van de groei van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar de verschillende pluspakketten uit Jonker et al. (2007). De groei van het totale gebruik en de totale vraag kunnen licht van die rapportage afwijken door het ijken van het aantal potentiële vragers en gebruikers in 2005.

werken, is de volumegroei veel hoger geweest: 3,0% per jaar. Als er niet opnieuw extra wachtlijstgelden worden ingezet, en gezien de lange termijn trend die in deel I wordt beschreven, is het onwaarschijnlijk dat deze hoge groei zal doorzetten.

Figuur 6.1

Raming van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg verpleging en verzorging, 2005-2030 (x 1000)



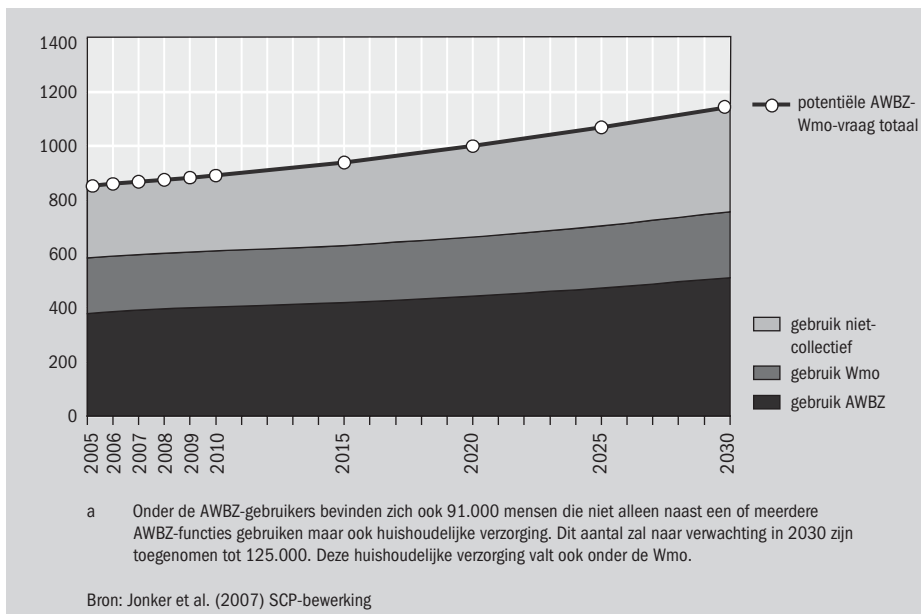
De 266.000 mensen die in 2005 wel als potentiële vragers naar collectieve zorg zijn aangemerkt maar geen collectief gefinancierde zorg ontvingen, zijn mensen die informele of particuliere hulp ontvingen (figuur 6.2). Ongeveer een derde van hen ontving particuliere hulp, en ongeveer twee derde informele hulp. In 2030 is hun aantal volgens de raming opgelopen tot 342.000, van wie 40% particuliere hulp zal ontvangen.

De sterkste groei van het gebruik wordt verwacht bij particuliere zorg (+62%). Ook wordt een forse toename verwacht van het gebruik van verblijf lang verpleeghuis (+48%). Daarbij speelt vooral de vergrijzing een rol. Ook het gebruik van persoonlijke verzorging, verpleging en kort verblijf groeit fors, met toenames van respectievelijk 37%, 40% en 35%. De groei van informele zorg en de huishoudelijke verzorging blijven wat achter (13% en 19%). Tot slot wordt verwacht dat het aantal gebruikers van begeleiding en verblijf lang verzorgingshuis met een kwart (beide 28%) zal toenemen. Voor de achtergronden van deze ramingen wordt verwezen naar de recente uitgebreide SCP-rapportage van Jonker et al. (2007). In de ramingen is geen rekening gehouden met de substitutie tussen intramurale zorg (met name verzorgingshuiszorg) en de thuiszorg die steeds meer zal plaatsvinden (de extramuraliseringstrend). Wij ramen een stijging in het gebruik van verblijf lang verzorgingshuis. Daarmee

doelen we op het fenomeen dat er door de vergrijzing steeds meer mensen zullen komen die een zorgbehoefte hebben die vergelijkbaar is met de gemiddelde zorgbehoefte van verzorgingshuisbewoners anno 2005. Als deze mensen in de toekomst thuis blijven wonen, hebben ze een aanzienlijke hoeveelheid thuiszorg nodig. Dit betekent dat het toekomstige gebruik van verzorgingshuiszorg waarschijnlijk wordt overschat terwijl het gebruik van de (zwaardere vormen van) thuiszorg wordt onderschat. Wanneer we echter naar de uitgaven per gebruiker kijken, zien we dat de uitgaven voor het zwaarste pakketten binnen de thuiszorg (verpleging en begeleiding) niet veel lager of zelfs hoger zijn dan verblijf in een verzorgingshuis (zie tabel 5.2). De overschatting van het gebruik van intramurale zorg zal daardoor niet leiden tot een overschatting van de uitgaven voor de collectieve zorg.

Figuur 6.2

Raming van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg verpleging en verzorging uitgesplitst naar type, 2005-2030 (x 1000)^a



6.2 Interpretatie van de ramingen

De gebruiksramingen in figuur 6.1 en 6.2 geven de situatie weer die verwacht mag worden bij ongewijzigd beleid en preferenties. Is het aannemelijk om te veronderstellen dat alle 266.000 potentiële vragers naar collectieve zorg die nu geen collectief gefinancierde zorg ontvangen (maar niet-collectieve zorg) dat alsnog gaan doen? Nee, dat is, bij ongewijzigd beleid, niet waarschijnlijk. De potentiële vragers naar collectieve zorg die informele of particuliere zorg ontvangen, hebben ofwel bewust gekozen voor informele of particuliere zorg en niet voor collectief gefinancierde zorg

of ze zijn afgewezen voor de collectief gefinancierde zorg. Zo heeft een deel van de potentiële vragers naar collectieve zorg die particuliere hulp ontvangen de afweging tussen de eigen bijdrage voor de collectief gefinancierde zorg en de uitgaven van particuliere zorg gemaakt en besloten tot particuliere zorg.

De gepresenteerde ramingen gaan ervan uit dat er geen wijzingen zullen zijn in het beleid. Met beleid bedoelen we hier de factoren die het verschil tussen potentiële vraag naar collectieve zorg en werkelijk ontvangen zorg bepalen, zoals indicatiecriteria, wachtlijsten en capaciteitsbeleid. Maar daarnaast kunnen ook de voorkeuren van ouderen in de loop der tijd wijzigen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de ouderen van de toekomst meer gericht zijn op het bewaren van hun zelfstandigheid. Dat zou kunnen betekenen dat ouderen langer zelfstandig willen blijven wonen in plaats van te verhuizen naar een verzorgingshuis. Het kan echter ook juist betekenen dat ze minder afhankelijk willen zijn van mantelzorg en dus eerder voor particuliere of collectief gefinancierde zorg zullen kiezen. Wijzigingen in het beleid en de preferenties zullen met name gevolgen hebben voor het gebruik van zorg, ofwel de zorg die is aangevraagd, toegewezen (door een indicatieorgaan) en ook wordt ontvangen en niet zozeer voor de potentiële vraag.

Het beleid kan versoepeld worden, bijvoorbeeld door het invoeren van minder strenge indicatiestelling, en het wegwerken van wachtlijsten. Hierdoor zal het gebruik van formele vormen van zorg toenemen. In feite zal daardoor de raming van het gebruik een beetje toegroeien naar die van de potentiële vraag. Maar zelfs bij een heel soepel beleid zullen niet alle potentiële vragers naar collectieve zorg zich melden bij een indicatieorgaan, en collectief gefinancierde zorg ontvangen. Een deel van de bevolking zal zoals gezegd immers geen collectief gefinancierde zorg willen ontvangen, maar liever blijven terugvallen op informele of particuliere zorg.

Ook is het mogelijk dat de niet vervulde potentiële vraag naar collectieve zorg afneemt wanneer de preferenties van ouderen steeds meer in de richting van de collectief gefinancierde zorg verschuiven of wanneer er onvoldoende aanbod is van informele en particuliere zorg. Het is niet te verwachten dat zij zich allemaal gaan melden bij een indicatieorgaan om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen. Uit de literatuur blijkt dat weinig mensen die informele zorg ontvangen, zouden willen dat de informele zorg door collectief gefinancierde zorg wordt vervangen (zie bv. Timmermans 2003). Dat het onwaarschijnlijk is dat alle potentiële vragers naar collectieve zorg met informele of particuliere zorg alsnog voor collectieve zorg in aanmerking komen, wordt ook gesteund door onderzoek van Schellingerhout (2007). Hij laat zien dat de potentiële vraag naar collectieve zorg zoals wij die gehanteerd hebben, waarschijnlijk te hoog is. Dat komt doordat lang niet alle potentiële vragers naar collectieve zorg ook daadwerkelijk lijken te voldoen aan de criteria die het CIZ hanteert.

De invoering van het Persoongebonden budget (pgb) kan ertoe leiden dat men met behulp daarvan particuliere of informele zorg inkoop. In dat geval zou de aarzeling van mensen om informele zorg te vervangen door collectief gefinancierde zorg weggenomen worden, omdat met de collectief gefinancierde zorg in de vorm van een pgb de informele zorg betaald kan worden. De enorme groei in het aantal gebruikers van pgb's zou een indicatie kunnen zijn dat mensen die eerder voor informele of particuliere zorg kozen, nu voor een pgb kiezen. Een dergelijke ontwikkeling zou inhouden dat de vraag naar collectief gefinancierde zorg meer naar de potentiële vraag toe groeit.

Aan de andere kant kan in de toekomst de capaciteit van de zorg kleiner worden. Bijvoorbeeld wanneer er te weinig personeel is om de bestaande fysieke capaciteit in verpleeg- of verzorgingshuizen ook daadwerkelijk te bezetten. In dat geval zal het gebruik van AWBZ-zorg niet stijgen maar juist dalen. Dat wil niet zeggen dat ook de uitgaven zullen dalen, want het is mogelijk dat bij personeelstekorten de lonen zo hoog worden, dat een dalend gebruik toch nog tot stijgende uitgaven zal leiden. Dit laat zien, dat dit soort ramingen gevoelig zijn voor wijzigingen in het beleid in de toekomst, en dat de aanname dat de raming uitgaat van ongewijzigd beleid en ongewijzigde preferenties essentieel is.

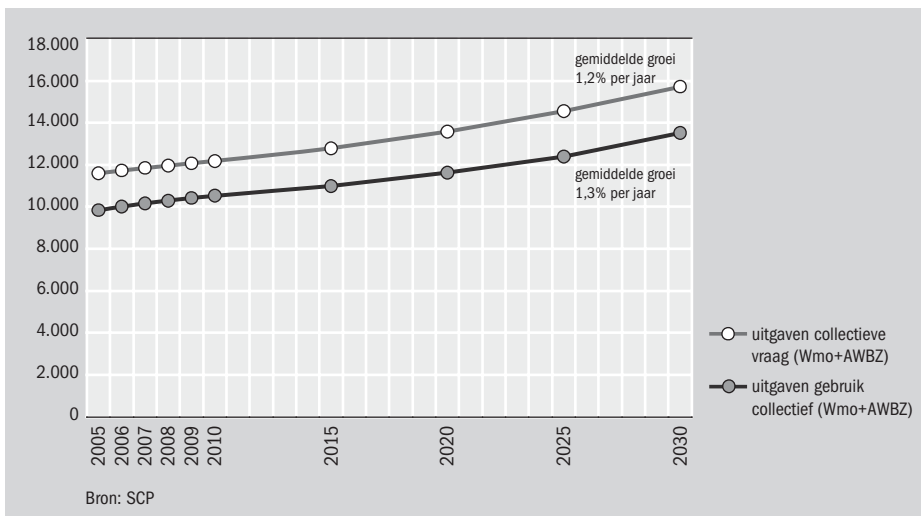
7 Ramingen van de uitgaven aan collectieve verpleging en verzorging 2005-2030

7.1 De ramingen van de uitgaven in constante prijzen

Uit de raming van het gebruik tot en met 2030, en de gemiddelde uitgaven per gebruiker is een raming van de uitgaven in dezelfde periode eenvoudig af te leiden. De resultaten staan in figuur 7.1 (zie ook tabel F.3 en F.4 in bijlage F). Ook hier merken we op dat het gaat om ramingen bij ongewijzigd beleid, en ongewijzigde preferenties. Daarnaast hanteren we in deze figuur vaste tarieven, en gaan we dus ook uit van ongewijzigde tariefstructuur.

Figuur 7.1

Raming van de uitgaven voor gebruik van en potentiële vraag naar collectieve zorg verpleging en verzorging, 2005-2030 (x mln. euro)



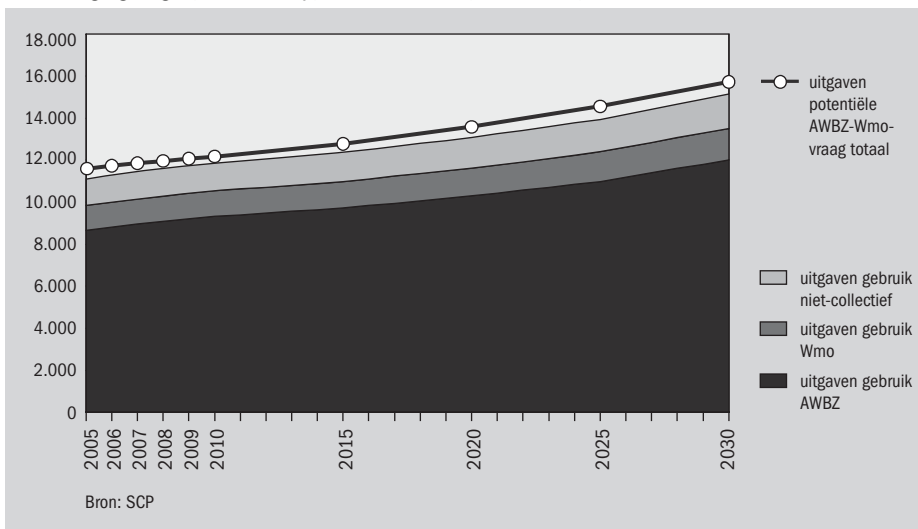
In 2005 bedroegen de collectieve uitgaven van verpleging en verzorging ongeveer 9,8 miljard euro. De hier gepresenteerde raming voorspelt een toename tot 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een toename van 37%, ofwel 1,3% per jaar. Deze verwachte groei van de uitgaven in constante prijzen, ofwel (gewogen) volume, komt goed overeen met de historische groei van het productievolume tussen 1995 en 2005, die in deel I

op 1,2% per jaar wordt geschat. Als we naar een langere periode kijken (1985-2005), komt de volumegroei iets lager uit: 0,9%.²⁸

Wanneer alle potentiële vraag gehonoreerd en betaald zou worden zou dit in 2005 een uitgavniveau van 11,6 miljard euro betekenen, en 15,7 miljard euro in 2030 (een totale groei van 36% ofwel 1,2% per jaar). Deze bedragen liggen veel hoger dan de uitgaven aan gebruikte collectieve zorg doordat een derde van de potentiële vragers geen collectief gefinancierde zorg gebruiken (zie ook figuur 7.2).

Figuur 7.2

Raming van de uitgaven voor gebruik van en potentiële naar collectieve zorg verpleging en verzorging uitgesplitst naar type, 2005-2030 (x mln. euro)



De uitgaven aan collectief gefinancierde zorg vallen voornamelijk onder de AWBZ (8,7 miljard ofwel 88% van de collectieve uitgaven; de overige 12% zijn uitgaven aan de Wmo). De AWBZ-uitgaven gebaseerd op het gebruik stijgen volgens de raming tot 12,0 miljard euro in 2030 (1,3% per jaar, 39% in totaal). Het aandeel in de collectieve uitgaven neemt slechts met 1 procentpunt toe (tot 89% van de collectieve uitgaven). De uitgaven aan huishoudelijke verzorging (die onder de Wmo vallen) bedroegen in 2005 1,2 miljard euro en nemen toe tot 1,5 miljard euro in 2030 (0,9% per jaar, 26% in totaal). Daarnaast kunnen we berekenen wat de uitgaven zouden zijn wanneer ook de niet-collectieve zorg betaald zou worden. Aan informele en particuliere zorg zou

²⁸ Hierbij moet wel opgemerkt worden dat bij de volumecomponent bij de historische ontwikkeling ook een deel van de kwaliteitsstijging en de intensiteitstijging in de thuiszorg is meegenomen, terwijl dat bij de vooruitblik in de prijscomponent zit. De raming van de volumegroei is dus iets aan de lage kant.

ongeveer 1,3 miljard euro worden uitgegeven in 2005, met een toename tot 1,6 miljard in 2030 (0,9 % per jaar, totaal 29%).

Zoals aangegeven liggen de uitgaven die horen bij het honoreren van alle potentiële vraag hoger dan de uitgaven van het gebruik. Niet alleen zijn er vragers naar collectieve zorg die, de veel goedkopere, niet-collectieve zorg gebruiken, maar ook is de vraag naar collectieve zorg heel anders verdeeld over de functies, met elk hun eigen prijskaartje, dan het gebruik van collectieve zorg.

7.2 Vergelijking van de groei in gebruikers van en uitgaven aan collectieve voorzieningen

Uit de figuren 6.2 en 7.2 blijkt dat de groei van de collectieve uitgaven aan verpleging en verzorging niet gelijk oploopt met de groei van de gebruikers van collectief gefinancierde zorg: de uitgaven groeien met 37% tussen 2005 en 2030, terwijl het aantal gebruikers met maar 29% toeneemt (zie tabel 7.1, één na laatste rij). De collectieve uitgaven stijgen dus harder dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg. Hoe komt dit? Kortweg gezegd komt dit doordat de zorg met de hoogste uitgaven per gebruiker het hardste groeit. In tabel 7.1 wordt één en ander uitgelegd.

In de eerste kolom van tabel 7.1 zijn de uitgaven per gebruiker weergegeven voor de verschillende pluspakketten. Duidelijk is dat de uitgaven per gebruiker verschillen al naar gelang het zorgpakket dat ze ontvangen. Het duurste pakket is verblijf lang verpleeghuis; dat kost 61.300 euro per gebruiker per jaar. Het aandeel gebruikers wordt in de tweede kolom vermeld. Zo is 10% van de gebruikers van collectief gefinancierde zorg verpleeghuisbewoner. Het aandeel van de uitgaven voor het pakket verblijf lang verpleeghuis in de totale uitgaven is echter veel groter, namelijk 38% (derde kolom). Dat komt doordat met dit pakket zoveel uitgaven gemoeid zijn. Kolom 4 laat zien dat het pakket met de meeste uitgaven per gebruiker (verblijf lang verpleeghuis) ook de snelste groei kent. Omdat de uitgaven per pakket constant verondersteld zijn, nemen de uitgaven even snel toe als het aantal gebruikers. Voor bijvoorbeeld verblijf lang verpleeghuis betekent dit dat het aantal gebruikers met 48% toeneemt en bij gelijkblijvende tarieven nemen ook de uitgaven per gebruiker van verblijf lang verpleeghuis met 48% toe. Maar het totaal aan collectieve uitgaven zal door de snelle groei van een pakket met veel uitgaven per gebruiker harder stijgen dan het totaalaantal gebruikers. En ook het aandeel in de uitgaven voor zo'n pakket als lang verblijf in een verpleeghuis in de totale uitgaven zal groter worden (van 38% in 2005 tot 41% in 2030).

Tabel 7.1

Verdeling van gebruik en uitgaven collectief geïncideerde zorg

	uitgaven per gebruiker per jaar	aandeel gebruikers	aan- deel uitgaven	groei gebruikers per pakket ^a	aandeel gebruikers	aandeel uitgaven
	2005	2005	2005	2030 (2005 = 100)	2030	2030
huishoudelijke verzorging	3.400	35	7	119	32	6
persoonlijke verzorging	12.400	11	8	137	11	8
verpleging	16.900	13	13	140	14	13
begeleiding	32.900	4	8	128	4	8
verblijf kort	3.100	10	2	128	9	2
verblijf lang verzorging	23.300	18	24	128	17	23
verblijf lang verpleging	61.300	10	38	148	12	41
totaal groei (2005 = 100)					129	137
totaal (absoluut)		586	9.842		757	13.522

a Doordat we uitgaan van vaste tarieven is de groeivoet van het aantal gebruikers gelijk aan de groeivoet van de uitgaven.

Bron: SCP

7.3 Scenario's met reële prijsstijgingen

Tot nu toe hebben we aangenomen dat de tarieven voor de verschillende typen zorg in de loop der tijd niet veranderen. In de praktijk veranderen deze tarieven echter wel, zelfs afgezien van inflatie.²⁹ In de terugblik op de historische ontwikkelingen in deel I wordt becijferd dat de reële kostprijs van verpleging en verzorging de afgelopen twintig jaar (1985-2005) gemiddeld met ongeveer 2,0% per jaar is toegenomen. Deze kostprijsgroei van 2% is opgebouwd uit 1,3% reële loonprijsstijging (per arbeidsjaar), 0,5% door stijging materiële kosten per product en 0,2% door een arbeidsproductiviteitsstijging. De kostprijzen zijn in de afgelopen 10 jaar (1995-2005) zelfs toegenomen met 2,4% per jaar, met name doordat de lonen en de materiële kosten sneller toenamen, maar ook door een nog verder achterblijvende arbeidsproductiviteit. In deze periode zijn ook wachtlijstmiddelen ingezet die niet geheel in extra productie is terug te zien (zie § 1.5).

29 Het berekent CPB dat in de periode 2008-2011 de prijs van verpleging en verzorging 1,2% sneller zal stijgen dan de inflatie van 1,5% per jaar (Douven et al. 2006). Dit is gebaseerd op de ontwikkelingen in de periode 1990-2003. Hierbij is echter uitgegaan van een andere decompositie van kosten in een volume en prijscomponent. Daarom kunnen we deze prijsontwikkeling hier niet als scenario gebruiken.

Een deel van de kostprijsstijging uit deel I kan worden gezien als een toename van de kwaliteit of de intensiteit van de zorg. Zo wordt bijvoorbeeld beter gekwalificeerd en dus duurder personeel ingezet (toename loonkosten), en zaken als tilliften (hogere materiële kosten). Ook wordt dezelfde zorg geleverd door meer personeel (meer handen aan het bed, dalende arbeidsproductiviteit). De veranderingen in de intensiteit van de zorg betreffen bijvoorbeeld het feit dat mensen met dezelfde beperking steeds zwaardere of meer uren zorg ontvangen. Dit laatste is wel in de kostprijsstijging verwerkt voor de intramurale zorg, maar niet voor de extramurale zorg. Daar komt de verandering in de intensiteit tot uitdrukking in het volume van de zorg.³⁰ Deze is geheel in de prijsstijgingen in deel I verwerkt.

In deze paragraaf laten we zien hoe de raming van de uitgaven verandert als we met dit soort prijsstijgingen rekening houden. Tabel 7.2 geeft de uitgangspunten van twee scenario's. In het eerste prijsscenario gaan we uit van de historische prijsontwikkeling van het SCP over de periode 1985-2005. Hierbij worden de ontwikkelingen voor de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen afzonderlijk in de uitgavenraming verwerkt.³¹ In het tweede scenario nemen we op dezelfde manier de kostprijsstijging over de periode 1995-2005 uit hoofdstuk 1 mee.

Tabel 7.2
Scenario's voor reële prijsstijging, jaarlijkse groei (in procenten)

	thuiszorg	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	totaal
prijsstijging 1985-2005	1,5	2,0	2,3	2,0
prijsstijging 1995-2005	1,0	3,4	2,9	2,4

Bron: SCP

We passen de vaste tarieven uit tabel 5.1 aan met de groeicijfers uit tabel 7.2, en gebruiken deze om de uitgaven aan collectief gefinancierde zorg te ramen. Dit levert het beeld op in figuur 7.3 (gebaseerd op het gebruik, zie tabel F.5) en figuur 7.4 (gebaseerd op de potentiële vraag, zie tabel F.6).

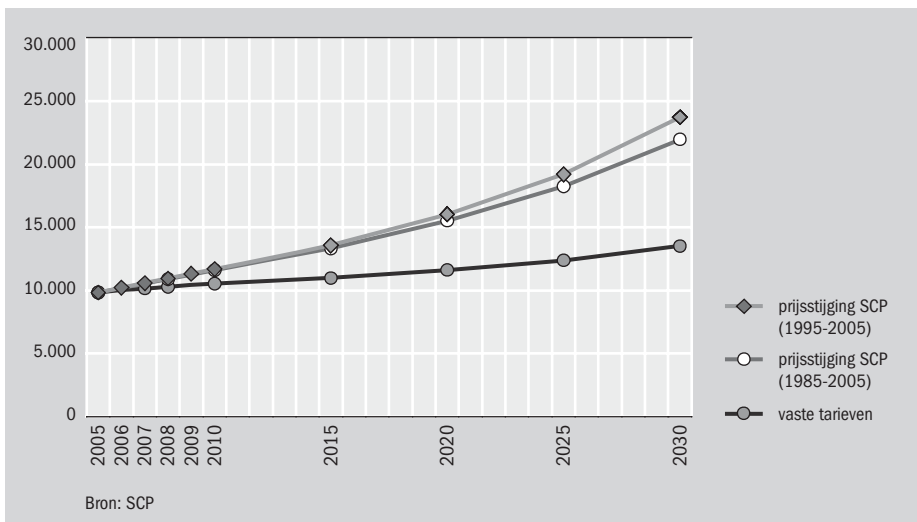
30 Bij de intramurale zorg is de bewoner (naar zorgzwaarte) gehanteerd als eenheid van productie. Meer zorg per persoon komt dan tot uitdrukking als meer kosten per product.

Bij de extramurale zorg is het aantal uren zorg de productie-eenheid, zonder referentie aan het aantal gebruikers of uren per gebruiker.

31 Hierbij wordt aangenomen dat de prijs van de functie kort verblijf op dezelfde manier verandert als de prijs van de verzorgingshuizen.

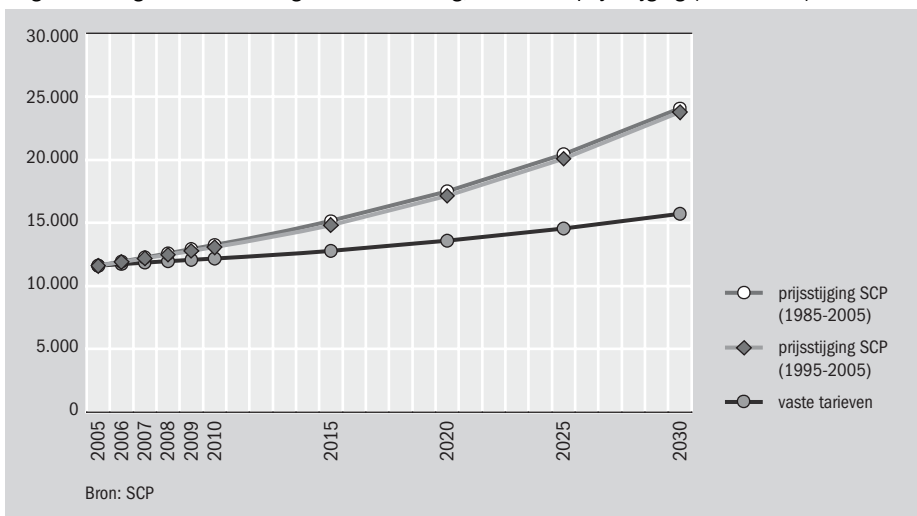
Figuur 7.3

Uitgaven gebruik van collectief ge nancierde zorg, scenario's prijsstijging (x mln. euro)



Figuur 7.4

Uitgaven vraag naar collectief ge nancierde zorg, scenario's prijsstijging (x mln. euro)



In figuur 7.1 zagen we dat de uitgaven aan collectief gefinancierde verpleging en verzorging (dus AWBZ en Wmo) toenemen van 9,8 miljard euro in 2005 tot 13,5 miljard euro in 2030, wanneer de tarieven niet veranderen. Dit is een toename met 37% ofwel 1,3% per jaar. Wanneer we de prijsstijging van lange termijn kostprijsstijging van in totaal 2% per jaar in de uitgaven opnemen, stijgen de uitgaven tot bijna 22,0 miljard

in 2030, een toename van 123% ofwel 3,4% per jaar (figuur 7.3). De prijsstijgingen over de recentere periode liggen voor de intramurale zorg nog hoger, maar voor de thuiszorg wat lager. Daardoor groeien bij het tweede scenario de collectieve uitgaven zelfs tot 23,7 miljard euro in 2030 (141% ofwel 3,7% per jaar).

Voor de uitgaven die zouden ontstaan bij het volledig honoreren van de potentiële vraag vinden we een vergelijkbaar beeld (figuur 7.4). De jaarlijkse groei stijgt van 1,3% bij vaste tarieven, tot 3,1% per jaar bij de lange termijn prijsstijging en 3,0% bij de korte termijn prijsstijging.

De conclusie is dat de toename van het volume van de collectieve zorg die we in dit deel van het rapport als uitgangspunt nemen slechts voor een deel de toekomstige kosten zullen sturen. De prijsontwikkelingen zijn daarbij minstens van evenveel belang.

Literatuur

- Berg, Bernard van den, Ada Ferrer-i-Carbonell (2007). Monetary Valuation of Informal Care: The Well-being Valuation Method. In: *Health Economics*, 2007.
- Berg, Bernard van den (2005). *Informal Care: An Economic Approach* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Douven, Rudy, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Isolde Woittiez (2006). *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Den Haag: CPB (CPB-Document 121).
- Eggink, Evelien, Jedid-Jah Jonker en Michiel Ras. *Kosten in kaart: Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2007/19: 63)
- Galen, Jaap van, Arjen van der Meer, Jan Brouwer en Gabriëlle Sogelée (2007). *AZRA, een AWBZ-Ramingsmodel: beschrijving model en gebruikte bronnen*. Delft: ABF Research.
- Home Works Huishoudelijke Hulp. Geraadpleegd 1 november 2007 via www.xs4all.nl/~visser3/.
- ITS (2007). *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Jonker, Jedid-Jah, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Meike Morren. (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Den Haag: SCP (SCP publicatie 2007/31).
- Kok, Lucy, John Stevens, Natasja Brouwer, Edwin van Gameren, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez (2004). *Kosten en baten van extramuralisering: De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag/Amsterdam: SCP/SEO (SCP-werkdocument 109/SEO-document 738).
- Kuhry en van der Torre (2002). *De vierde sector: Achtergrondstudie quataire sector*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2002/15).
- NZa (2006). *Kerncijfers zorginkoop 2006*. Utrecht: NZa.
- Schellingerhout, Roelof (2007). *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg*. Den Haag: SCP.
- SCP (2007) *Publieke prestaties in perspectief: Memorandum quataire sector 2006-2011*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2007/1).
- SCP (2006). *Investeren in Vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2006/21).
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2003-31).
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2004/11).
- TK (1996/1997). *Nota Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25351, nr. 2.
- TK (2003/2004). *Onderzoek naar de zorguitgaven. rapport van de Tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 28852, nrs. 2-3.
- vws, ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2007). *Brancherapport Car*. Geraadpleegd 1 november 2007 via http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_care.html.
- Woittiez, Isolde en Frans Crone (red.) (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten: ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2005/9).

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2006-2007) is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0267-8

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel. Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062-4 (English edition 2001)

The Quality of the Public Sector (Summary). Social and Cultural Report 2002. ISBN 90-377-0118-3

Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

SCP-publicaties 2007

- 2007/1 Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011 (2007). ISBN 978-90-377-0298-9
- 2007/2 Nieuwe links in het gezin (2007). Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0287-3
- 2007/3 Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9
- 2007/4 Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering (2007). ISBN 978-90-377-0280-4.
- 2007/5 Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen (2007). Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez. ISBN 978-90-377-0258-3
- 2007/6 Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides. ISBN 978-90-377-0294-1
- 2007/7 Türken in Deutschland und den Niederlanden. Die Arbeitsmarktposition im Vergleich (2007). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 978-90-377-0308-5

- 2007/8 Een gele kaart voor de sport. Een quick-scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0307-8
- 2007/9 Kosten in kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten (2007). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Michel Ras. ISBN 978 90 377 0143 2
- 2007/10 Sport in the Netherlands (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0302-3
- 2007/11 Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen (2007). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978-90-377-0207-1
- 2007/12 Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015 (2007). Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk. ISBN 978-90-377-0311-5
- 2007/13 Aandacht voor de wijk. Effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid (2007). Karin Wittebrood en Tom van Dijk. ISBN 978-90-377-0309-2
- 2007/14 Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007 (2007). Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978-90-377-0310-8
- 2007/15 Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact (2007). Mérove Gijsberts en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0312-2
- 2007/16 Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van informele zorg (2007). Alice de Boer en Joost Timmermans. ISBN 978-90-377-0313-9
- 2007/17 Vertrouwen in de rechtspraak nader onderzocht (2007). Paul Dekker en Tom van der Meer. ISBN 978-90-377-0318-4
- 2007/18 Verbinding maken. Senioren en internet (2007). Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0317-7.
- 2007/19 Moeders, werk en kinderopvang in model. Analyse van arbeidsparticipatie- en kinderopvangbeslissingen van moeders met jonge kinderen (2007). Ingrid Ooms, Evelien Eggink en Edwin van Gameren. ISBN 978-90-377-0314-6
- 2007/20 De sociale staat van Nederland 2007 (2007). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Evert Pommer (red.). ISBN 978-90-377-0321-4
- 2007/21 Toekomstverkenning informele zorg (2007). Alice de Boer (red.). ISBN 978-90-377-0319-1
- 2007/22 Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting (2007). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978-90-377-0327-6
- 2007/23 Out in the Netherlands. Acceptance of homosexuality in the Netherlands (2007). Saskia Keuzenkamp en David Bos. ISBN 978-90-377-0324-5
- 2007/24 Achterstand en afstand. Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven (2007). Eric van Ingen, Jos de Haan en Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0316-0
- 2007/25 Het beste van twee werelden. Plattelands over hun leven op het platteland (2007). Carola Simon, Lotte Vermeij en Anja Steenbekkers. ISBN 978-90-377-0320-7
- 2007/26 Maten voor gemeenten 2007. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid (2007). B. Kuhry, J.J.J. Jonker, m.m.v. M. Ras. ISBN 978-90-377-0323-8
- 2007/27 Jaarrapport integratie 2007 (2007). Jaco Dagevos en Mérove Gijsberts. ISBN 978-90-377-0330-6
- 2007/28 Discriminatiemonitor niet-westerse allochtonen op de arbeidsmarkt 2007 (2007). Iris Andriessen, Jaco Dagevos, Eline Nievers en Igor Boog. ISBN 978-90-377-0331-3
- 2007/29 Het bereik van het verleden. Ontwikkelingen in de belangstelling voor cultureel erfgoed. Het cultureel draagvlak deel 7. (2007). Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0284-2

- 2007/30 *Armoedemonitor 2007* (2007). Cok Vrooman, Stella Hoff, Ferdy Otten en Wim Bos. ISBN 978-90-377-0337-5
- 2007/31 *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Michiel Ras en Meike Morren. ISBN 978-90-377-0334-4
- 2007/32 *Comparing Care. The care of the elderly in ten EU-countries*. Evert Pommer, Isolde Woittiez en John Stevens. ISBN 978-90-377-303-0
- 2007/33 *Surfende senioren. Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Jos de Haan, Oene Klumper, Jan Steyaert (red.). ISBN 978 90 377 0362 7

SCP-publicaties 2008

- 2008/01 *Vrijwillig verzorgd. Over vrijwilligerswerk voor zorgbehoevenden en mantelzorgers buiten de instellingen* (2008). Jeroen Devilee. ISBN 90-377-0353-5
- 2008/02 *Vroeger was het beter. Nieuwjaarsuitgave 2008* (2008). ISBN 978-90-377-0344-3
- 2008/03 *Facts and Figures of the Netherlands. Social and Cultural Trends 1995-2006* (2008). Theo Roes (ed.). ISBN 90-377-0211-8
- 2008/04 *Nederland Deeltijdland. Vrouwen en deeltijdwerk* (2008). Wil Portegijs en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0346-7
- 2008/05 *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen* (2008). Andries van den Broek en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0336-8

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

Overige publicaties

- Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave* (2007). Paul Schnabel (red.). ISBN 978-90-377-0295-8
- Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie* (2007). Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter Tammes en Charlotte Wennekens. ISBN 978-90-377-0305-4
- Samenloop van regelingen* (2007). Mirjam de Klerk, Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978-90-377-0315-3
- Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg* (2007). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-377-0341-2
- Monitoring van sociale acceptatie van homoseksuelen in Nederland* (2007). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0329 0.
- Ondersteunende voorzieningen* (2008). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-377-0354-2
- Wel of niet aan het werk* (2008). Patricia van Echtelt en Stella Hoff. ISBN 90-377-0364-1
- De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven 1985-2030* (2008). Evelien Eggink, Evert Pommer en Isolde Woittiez. ISBN 90-377-0365-8

CPB Notitie



Nummer : 2008/04
 Datum : 31 januari 2008
 Aan : Secretariaat SER

Effect AWBZ-schuif op de macro lastenverdeling

Inleiding

Het secretariaat van de SER heeft het CPB gevraagd wat de effecten zijn van een verschuiving van zorguitgaven van de AWBZ naar WMO of ZVW op de verdeling van de lasten tussen gezinnen, bedrijven en de overheid. Deze notitie bevat de gevraagde analyse op hoofdlijnen, waarbij de nadruk dus ligt op de financieringsverschuivingen op macroniveau. Bij wijze van voorbeeld wordt uitgegaan van een verschuiving ter grootte van 1 mld euro, ongeveer de orde van grootte van de voorstellen van de SER voor de eerste fase. Bij een grotere schuif, zoals wellicht aan de orde is in een tweede fase, kunnen onderstaande cijfers in beginsel naar rato worden opgehoogd.

Verschuiving van AWBZ naar WMO

Een verschuiving van zorguitgaven van de AWBZ naar de WMO is mogelijk zonder enig effect op de lastenverdeling. Bij een verschuiving van 1 mld euro aan zorguitgaven van AWBZ naar WMO kan de AWBZ-premie met 0,4%-punt worden verlaagd; teneinde de extra uitgaven voor WMO te financieren kan het belastingtarief eerste en tweede schijf met 0,4%-punt worden verhoogd. De gecombineerde tarieven voor de eerste en de tweede schijf blijven zodoende ongewijzigd. De schuif heeft zodoende geen effect op de loonkosten, de koopkracht of het overheidsbudget (EMU-saldo).

Verschuiving van AWBZ naar ZVW

Bij een verschuiving van 1 mld euro aan zorguitgaven van AWBZ naar ZVW kan de AWBZ-premie met 0,4%-punt worden verlaagd. De extra ZVW-uitgaven kunnen worden gefinancierd door een verhoging van de inkomafhankelijke bijdrage ZVW met 0,2%-punt en een verhoging van de nominale premie met 35 euro per volwassenequivalent.

De verschuiving van uitgaven van de AWBZ naar de ZVW is gunstig voor huishoudens en ongunstig voor werkgevers bedrijven en voor de overheid. De AWBZ-premie komt immers

volledig voor rekening van huishoudens; de financiering van de ZVW komt deels voor rekening van huishoudens, deels voor werkgevers en deels voor de overheid.

De hogere inkomensafhankelijke ZVW verhoogt de *lasten voor bedrijven* met 0,3 mld euro. Het effect op de loonkosten is 0,1%-punt.

De hogere inkomensafhankelijke bijdrage ZVW verhoogt de loonkosten voor werkgevers overheid. De hogere nominale ZVW-premie leidt tot een hogere rijksbijdrage voor kinderen en een hogere zorgtoeslag. Hier tegenover staat een hogere loonheffing wegens de hogere inkomensafhankelijke bijdrage ZVW. Tenslotte leidt de verlaging van de AWBZ-premie, via de netto-nettokoppeling, tot een verhoging van de bruto AOW en bijstand. Per saldo leidt een verschuiving van zorguitgaven met 1 mld euro van AWBZ naar ZVW tot een stijging van de *lasten voor de overheid* met 0,3 mld euro, wat zichtbaar wordt in een verslechtering van het EMU-saldo.

Huishoudens profiteren van de verlaging van de AWBZ-premie, de verhoging van de zorgtoeslag en van de uitkeringen (bijstand, AOW), maar hebben nadeel van de verhoging van de nominale ZVW-premie, de hogere loonheffing en de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage ZVW (zelfstandigen en 65-plussers). Per saldo gaan *huishoudens* er 0,6 mld euro op vooruit. De koopkracht verbetert gemiddeld met 0,25%-punt. Er zal enige herverdeling binnen gezinnen plaats vinden onder meer doordat een deel van de procentuele AWBZ-premie wordt omgezet in een nominale premie.

De lastenverschuivingen kunnen in beginsel grotendeels worden gemitigeerd, bijvoorbeeld door het belastingtarief in de eerste en de tweede schijf met 0,25%-punt te verhogen. De opbrengsten hiervan kunnen deels worden aangewend voor een lastenverlichting voor werkgevers, bijvoorbeeld via verlaging van de AWF-premie voor werkgevers of van de vennootschapsbelasting, en deels om de verslechtering van het EMU-saldo te compenseren.

Tot besluit

Genoemde koopkrachteffecten betreffen uitsluitend de gewijzigde financiering van de zorg. De verschuiving van uitgaven van de AWBZ naar WMO of ZVW kan ook specifieke inkomenseffecten voor gebruikers van deze zorg met zich meebrengen die hier buiten beschouwing blijven. Zo valt te verwachten dat het gemeentelijke WMO-beleid niet precies gelijk zal zijn aan het beleid van de zorgkantoren, zodat sommigen volgens de AWBZ wel voor een vergoeding in aanmerking komen, maar volgens het gemeentelijke WMO-beleid niet.

CPB Notitie

Nummer : 2008/14
 Datum : 3 april 2008
 Aan : SER

Financiële effecten van scheiden wonen en zorg in AWBZ**Inleiding**

In de huidige AWBZ krijgen cliënten met een indicatie voor intramurale zorg een compleet pakket, dat niet alleen bestaat uit AWBZ-functies als verpleging en persoonlijke verzorging maar ook uit huisvesting en huishoudelijke verzorging (eten en drinken, schoonmaken, wassen etc). In ruil daarvoor betalen mensen die permanent in een instelling wonen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die is afgestemd op dit pakket (maximaal ongeveer 1800 euro in de maand). Na het financieel scheiden van wonen en zorg krijgen cliënten de mogelijkheid om zelf de woning in te brengen en alleen zorg af te nemen, of om de woning van een andere partij te huren dan de zorgaanbieder. Ook is het nog steeds mogelijk dat dezelfde instelling, weliswaar met gescheiden facturen, zowel het wonen als de zorg levert.

Financiële effecten scheiden van wonen en zorg

In het onderstaande gaan we in op de financiële verschuivingen die in eerste instantie optreden op macroniveau bij het scheiden van wonen en zorg, als we afzien van gedragsreacties. De totale kapitaallasten van AWBZ-instellingen bedragen circa 1,5 mld euro. Voorlopige berekeningen van VWS die met veel onzekerheden zijn omgeven, geven aan dat er zeer waarschijnlijk niet veel meer dan 0,75 mld euro aan huur en 0,25 mld euro aan energiekosten in rekening kan worden gebracht bij cliënten.¹ De huuropbrengst is niet hoger, omdat de huurprijzen een relatie dienen te hebben met de kwaliteit van de woning. Bovendien hangen de kapitaallasten niet alleen samen met wonen, maar ook met zorgverlening. Er van uitgaand dat het niet de bedoeling is dat instellingen met een gat van 0,5 mld euro blijven zitten (het verschil tussen de thans ontvangen vergoeding voor kapitaallasten en de daarvoor in de plaats komende bijdragen van cliënten voor huur en energie) dalen de AWBZ-uitgaven met 1 mld euro.

¹ Zie voor de achterliggende berekeningen: Bouwsteen scheiden wonen en zorg, 23-11-2006

Tegenover de daling van de AWBZ-uitgaven met 1 mld euro staat dat de cliënten circa 1 mld euro minder aan eigen bijdrage hoeven te betalen, er van uitgaande dat cliënten de lage in plaats van de hoge eigen bijdrage gaan betalen bij het scheiden van wonen en zorg.² Daarnaast zal een deel van de cliënten huurtoeslag gaan ontvangen. Die huurtoeslag zal bij een huuropbrengst van 0,75 mld euro, circa 0,15 mld euro bedragen.³

Het resultaat van het bovenstaande is dat de AWBZ-uitgaven en de eigen betalingen AWBZ beide met circa 1 mld euro zullen dalen (de AWBZ-premie kan dus ongewijzigd blijven), maar de huurtoeslag met 0,15 mld zal stijgen. Per saldo betalen cliënten dus 0,15 mld minder, terwijl er een budgettaire belasting van 0,15 mld resulteert. Dit nadeel kan op termijn verdwijnen, omdat de gemiddeld rijker wordende ouderen op termijn minder huurtoeslag krijgen. De inkomensvoortgang van cliënten ontstaat omdat het verschil tussen de intramurale en de extramurale eigen bijdrage niet wordt weerspiegeld door een reële huurprijs.

De groep intramurale gebruikers als geheel zal dus mogelijk voordeel hebben van het scheiden van wonen en zorg. Op individueel niveau kunnen de effecten wel uiteen lopen. Zo kunnen er ook personen zijn die onder het huidige regime beter af zijn. Bijvoorbeeld, personen met een laag inkomen, maar met een zodanig vermogen dat ze een klein beetje box 3 inkomen genereren, betalen eigen bijdrage AWBZ op grond van hun lage (gezamenlijk) belastbaar inkomen, terwijl deze personen op grond van het hebben van een vermogen niet in aanmerking komen voor huurtoeslag.

² De lage eigen bijdrage wordt betaald door mensen die een partner thuis hebben of die weer naar hun eigen huis terug kunnen binnen 6 maanden.

³ Hierbij is het gemiddelde bedrag voor de huurtoeslag gebruikt van 2 varianten voor de mogelijke huuropbrengst, namelijk 70% en 100% van de maximale huur op basis van het huidige woningwaarderingsstelsel.

Samenstelling commissie Sociale Zekerheid (SZ)

leden

Onafhankelijke leden

mw. A.M. Vliegthart (voorzitter)
 prof.dr. A.L. Bovenberg
 prof.dr. K.P. Goudswaard
 R.L.O. Linschoten
 dr. M.L. Wilke
 vacature

Ondernemersleden

mr. H.J. van Dalen (VNO-NCW)
 drs. A. van Delft (VNO-NCW)
 mw. drs. G. Dolsma (VNO-NCW)
 mw. drs. M. Feenstra (MKB-Nederland)
 drs. G.A.M. van der Grind (LTO Nederland)
 mr. W.M.J.M. van Mierlo (MKB-Nederland)
 drs. R.A. Nieuwenhoven (VNO-NCW)

Werknemersleden

mw. A.C. den Bakker (FNV)
 drs. L.R.M. Hartveld
 mw. drs. C.J.M. Rietbergen (FNV)
 mw. K.M. Sengers (FNV)
 W.B.M. Treu (MHP)
 mw. drs. D. Vaartjes-van Suijdam (CNV)
 vacature (CNV)

Adviserende leden

drs. D. Dicou (DNB)
 T. Livius (UWV)
 drs. F.W. Suijker (CPB)
 vacature (CVZ)

Waarnemend lid

W.J. van Casteren (RWI)

plaatsvervangende leden

drs. G. Verheij

mw. drs. I.D.C.M. Coenen

drs. L. Noorlander
 drs. F.B.T. Bluiminck
 J.W. Eggen

mw. drs. A.H. van Vuren

Ministeriële vertegenwoordigers

drs. D.J. Hagedooren (SZW)

mw. drs. N.H.J.M. Huppertz (SZW)

mw. drs. P.G. Lugtenburg (Fin)

mw. mr. I.D. Nijboer (SZW)

drs. C.P.C. van de Sanden (BZK)

J. Verduijn (VWS)

dr. G.J.M. de Vries (SZW)

A. Wildschut (VWS)

Vacature (EZ)

Secretariaat

drs. A. Devreese

Samenstelling Werkgroep Toekomst AWBZ

leden

Onafhankelijke leden

mw. A.M. Vliegthart (voorzitter)
 prof.dr. A.L. Bovenberg
 prof.dr. K.P. Goudswaard
 R.L.O. Linschoten
 prof. dr. F.T. Schut
 dr. M.L. Wilke

Ondernemersleden (namens LTO-Nederland, MKB Nederland en de Vereniging VNO-NCW)

drs. J.F. de Beer
 drs. G.A.M. van der Grind
 drs. M.W.L. Hoppenbrouwers
 drs. R.A. Nieuwenhoven
 mw. drs. J.E.A.M. Nooren
 mw. drs. M.E. Rompa

Werknemersleden

dr. H.F. van der Velden (FNV)
 drs. L.R.M. Hartveld (FNV)
 mw. drs. Y. van Houdt (CNV)
 mw. mr. A. van Outvorst (CNV)
 W.B.M. Treu (MHP)
 drs. J. Visser (FNV)

Adviserende leden

drs. D. Dicou (DNB)
 dr.ir. R.C.M.H. Douven (CPB)
 mr. J.P. Kasdorp (RVZ)
 prof.dr. P.A.H. van Lieshout (WRR)
 N. Pruijssers (CVZ)
 prof.dr. C.N. Teulings (CPB)
 drs. J.M. Timmermans (SCP)
 drs. W. de Vreeze (NZa)
 mr.drs. J.L.M. van Wesemael (SZW-Den Haag)

plaatsvervangende leden

mr. M.E.M. Nuyten

drs. J. Coolen
 drs. J.J.M. Rats
 drs. J.G. Breit
 mw. G. Dolsma

K.I. van Splunder
 drs. E.J. Slootweg
 drs. P.F. van Kruining
 drs. R.A.P. Fux

mw. dr. E.S. Mot

Ministeriële vertegenwoordigers

mw. C. den Broeder (FIN)

drs. F.A. Hoogendijk (EZ)

mw. N.H.J.M. Huppertz (SZW)

mr. H.J. van Kasteel (VWS)

mw. drs. C.M.A. Kleijwegt-de Wit (VWS)

Secretariaat

mw. drs. H.S. Benedictus

mw. drs. J.J.E.C. Degen

drs. H.G. Fijn van Draat

drs. A.R.G.J. Zwiers

Publicatieoverzicht

Algemeen

De belangrijkste adviezen en rapporten van de SER komen in boekvorm uit.

Een jaarabonnement op deze publicaties kost € 90,50. Losse exemplaren kosten € 7,50, tenzij anders aangegeven.

Van de meeste adviezen wordt een aparte samenvatting gemaakt. Deze samenvattingen kunt u raadplegen op onze website. Sommige samenvattingen zijn ook beschikbaar in boekvorm. In het publicatieoverzicht is dat aangegeven met een N (Nederlands), E (Engels), D (Duits), F (Frans) en S (Spaans). De bibliografische gegevens vindt u op onze website. De samenvattingen in boekvorm zijn gratis.

Het SER-bulletin, met nieuws en opinies over de SER, de Stichting van de Arbeid en de overlegeconomie, verschijnt maandelijks. Een jaarabonnement is gratis.

Een overzicht van alle SER-uitgaven vindt u op onze website (www.ser.nl).

Adviezen

Samenvatting

Zuinig op de Randstad

2008, 82 pp. ISBN 90-6587-969-2, bestelnr. 08/04

Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ

2008, 296 pp. ISBN 90-6587-970-6, bestelnr. 08/03

Kernenergie en een duurzame energievoorziening

2008, 106 pp. ISBN 90-6587-968-4, bestelnr. 08/02

Evenwichtig Ondernemingsbestuur

2008, 100 pp., ISBN 90-6587-966-8, bestelnr. 08/01

Evenwichtig Ondernemingsbestuur: bijlage met consultatie en onderzoeksrapportages

2008, 215 pp., ISBN 90-6587-967-6, bestelnr. 08/01A

Benoemingsrecht Sociaal-Economische Raad 1 april 2008 – 1 april 2010

2007, 28 pp., ISBN 90-6587-965-X, bestelnr. 07/07

Meedoen zonder beperkingen

2007, 212 pp., ISBN 90-6587-958-7, bestelnr. 07/06

Groenboek Herziening consumentenacquis

2007, 54 pp., ISBN 90-6587-957-9, bestelnr. 07/05

Lissabon in de wijk: het grotestedenbeleid in een nieuwe fase

2007, 58 pp., ISBN 90-6587-953-6, bestelnr. 07/04

Eenvoudige procedure voor eenvoudige civiele zaken

2007, 86 pp., ISBN 90-6587-951-x, bestelnr. 07/03

Arbeidsmigratiebeleid

2007, 212 pp., ISBN 90-6587-948-x, bestelnr. 07/02

Niet de afkomst maar de toekomst

2007, 122 pp., ISBN 90-6587-947-1, bestelnr. 07/01

Toekomstige energievoorziening

2006, 120 pp., ISBN 90-6587-943-9, bestelnr. 06/10

Mobiliteitsmanagement

2006, 44 pp., ISBN 90-6587-942-0, bestelnr. 06/09

Welvaartsgroei door en voor iedereen

2006, 150 pp., ISBN 90-6587-937-4, bestelnr. 06/08

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Sociale innovatie

2006, 66 pp., ISBN 90-6587-938-2, bestelnr. 06/08^I

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Arbeidsverhoudingen

2006, 90 pp., ISBN 90-6587-939-0, bestelnr. 06/08^{II}

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Arbeidsmarktperspectieven laaggeschoolden en ontwikkeling kwalificatiestructuur beroepsbevolking

2006, 58 pp., ISBN 90-6587-940-4, bestelnr. 06/08^{III}

E

Personenkring werknemersverzekeringen

2006, 154 pp., ISBN 90-6587-926-9, bestelnr. 06/07

Nederland en EU-milieurichtlijnen

2006, 86 pp., ISBN 90-6587-925-0, bestelnr. 06/06

Cofinanciering van het EU-landbouwbeleid

2006, 70 pp., ISBN 90-6587-924-2, bestelnr. 06/05

E

Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector

2006, 100 pp., ISBN 90-6587-923-4, bestelnr. 06/04

Wegnemen belemmeringen voor doorwerken na 65 jaar

2006, 100 pp., ISBN 90-6587-922-6, bestelnr. 06/03

Herziening concurrentiebeding

2006, 84 pp., ISBN 90-6587-921-8, bestelnr. 06/02

De toekomst van de PBO

2006, 126 pp., ISBN 90-6587-920-X, bestelnr. 06/01

Milieu als kans

2005, 60 pp., ISBN 90-6587-911-0, bestelnr. 05/13

Kansen voor het platteland

2005, 118 pp., ISBN 90-6587-912-9, bestelnr. 05/12

Bruikbare Rechtsorde

2005, 78 pp., ISBN 90-6587-910-2, bestelnr. 05/11

Invoering premiegroepen wachtgeldfondsen naar duur arbeidscontract

2005, 60 pp., ISBN 90-6587-906-4, bestelnr. 05/10

Evaluatie Arbowet 1998

2005, 140 pp., ISBN 90-6587-903-x, bestelnr. 05/09

E,F,D

Adviezen van de Bestuurskamer inzake hergroepering bedrijfslichamen 1998-2003

2003, ISBN 90-6587-845-9

deel 1 (212 pp.)

deel 2 (219 pp.)

Rapporten

CSED-rapport: Met Europa meer groei

2004, 210 pp., ISBN 90-6587-880-7

N, E, F

Witte vlekken op pensioengebied, quick scan 2001

2002, 94 pp., ISBN 90-6587-815-7

CSED-rapport: Levensloopbanen: gevolgen van veranderende arbeidspatronen

2001, 140 pp., ISBN 90-6587-797-5

CSED-rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

1999, 198 pp., ISBN 90-6587-720-7

Samenvattingen (gratis; in boekvorm)

CSED-rapport: Met Europa meer groei

2004, 46 pp., ISBN 90-6587-879-3

De rol van de werknemers in de Europese vennootschap

2003, 26 pp., ISBN 90-6587856-4, bestelnr. 03/08N

Normering piekblootstelling organische oplosmiddelen

2003, bestelnummer 02/11N

Het nieuwe leren

2002, 20 pp., ISBN 90-6587-819-X, bestelnr. 02/10N

Sociaal-economisch beleid 2002-2006

2002, 40 pp., ISBN 90-6587-820-3, bestelnr. 02/08N

Werken aan arbeidsgeschiktheid

2002, 32 pp., ISBN 90-6587-819-X, bestelnr. 02/05N

Het functioneren en de toekomst van de structuurregeling

2001, 20 pp., ISBN 90-6587778-9, bestelnr. 01/02N

Vertaalde samenvattingen (gratis; in boekvorm)

Increasing prosperity by and for everyone

2006, 38 pp., ISBN 90-6587-955-2, ordeno. 06/08e

Accroissement de la prospérité par et pour chacun

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-952-8, numéro de commande 06/08f

Crecimiento del bienestar por y para todo el mundo

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-954-4, número 06/08s

Gemeinsam Wohlstandswachstum für alle schaffen

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-956-0, Bestellnummer 06/08d

Co-financing of the Common Agricultural Policy

2006, 32 pp., ISBN 90-6587-927-7, ordeno. 06/05e

La directive aux services dans le marché intérieur

2005, 24 pp., ISBN 90-6587-907-2, numéro de commande 05/07f

SER-Empfehlungsentwurf zur Dienstleistungsrichtlinie
2005, 26 pp., ISBN 90-6587-909-9, Bestellnummer 05/07d

Employee involvement in the European company
2003, 32 pp., ISBN 90-6587-859-9, ordeno. 03/08e

Generating knowledge, sharing knowledge
2003, 26 pp., ISBN 90-6587-858-0, ordeno. 03/04e

Towards a sustainable economy
2003, 24 pp., ISBN 90-6587-855-6, ordeno. 03/02e

Convention on the Future of Europe
2003, 18 pp., ISBN 90-6587-842-4, ordeno. 03/01e

La Convention sur l'avenir de l'Europe
2003, 18 pp., ISBN 90-6587-844-0, numéro de commande 03/01f

The New Learning – Advisory report on lifelong learning in the knowledge-based economy
2002, 20 pp., ISBN 90-6587-825-4, ordeno. 02/10e

Social and Economic Policy 2002-2006
2002, 36 pp., ISBN 90-6587-835-1, ordeno. 02/08e

Sozial- und Wirtschaftspolitik 2002-2006
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-832-7, Bestellnummer 02/08d

Politique économique et sociale de 2002 à 2006
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-822-X, numéro de commande 02/08f

Working on occupational disability – policy proposals
2002, 38 pp., ISBN 90-6587-829-7, ordeno. 02/05e

Ouvrer pour l'aptitude à l'emploi
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-830-0, numéro de commande 02 /05f

Ageing population and the EU
2002, 18 pp., ISBN 90-6587-828-9, ordeno. 02/02e

Overige publicaties

Industrial relations and the adaptability of the Dutch economy
2007, 88 pp., ISBN 90-6587-961-7

Verklaring 50 jaar Verdrag van Rome
2007, 10 pp., vertalingen in Engels, Duits, Frans en Spaans

Model Rules of Procedure for Works Councils
2003, 127 pp., ISBN 90-6587-861-0

Voorbeeldreglement ondernemingsraden
2004, 164 pp., ISBN 90-6587-860-2

Alle uitgaven zijn te bestellen:

- telefonisch bij de afdeling Verkoop (070 - 3499 505);
- via de website (www.ser.nl);
- door overmaking van de vermelde prijs op gironummer 33328 ten name van de SER te Den Haag, onder vermelding van het bestelnummer en de titel.

The logo for the Sociaal-Economische Raad (SER) consists of the letters 'SER' in a bold, yellow, sans-serif font. The letters are set against a dark blue rectangular background. Above this background, there are three horizontal yellow lines of varying lengths, creating a stylized graphic element.

Sociaal-
Economische
Raad

Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

ISBN 90-6587-970-6 / CIP