

12. Langdurige zorg

Rapport brede heroverwegingen

Datum April 2010

Colofon

Werkgroep 12. Langdurige zorg

Bijlage(n) 9

Inlichtingen **Inspectie der Rijksfinanciën**
Bureau Beleidsonderzoek
T 070-342 7335
e-mailadres BBO@minfin.nl

Inhoud

Samenvatting—7

1	Inleiding en opzet rapport—23
2	De AWBZ in vogelvlucht—25
2.1	Wie maken er gebruik van de AWBZ?—25
2.2	Wanneer komt iemand in aanmerking voor AWBZ-zorg?—26
2.3	Hoeveel kost de AWBZ en hoe wordt dat betaald?—27
2.4	De uitvoering van de AWBZ—28
3	De AWBZ in historisch perspectief—31
3.1	Terug naar de AWBZ van 1968?—31
3.2	Uitgavenontwikkeling en financiering—32
3.3	Aansturing en uitvoeringsorganisatie—33
4	De AWBZ in internationaal perspectief—35
4.1	AWBZ: uniek stelsel—35
4.2	Uitgavenpeil—35
4.3	Toegang tot de zorg—36
5	Van probleemanalyse naar beleidsvarianten—39
5.1	Inleiding—39
5.2	Besparingen door doelmatigheid—39
5.3	Toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit—44
5.4	Houdbaarheid—46
5.5	Quo vadis AWBZ?—46
6	AWBZ Versoerd—49
6.1	Inleiding—49
6.2	Concrete uitwerking van de variant—49
6.3	Effecten op doelmatigheid—55
6.4	Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit—56
7	Eigen regie—59
7.1	Inleiding—59
7.2	Concrete uitwerking van de variant—59
7.3	Effecten op doelmatigheid—63
7.4	Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit—65
8	Zorg dichtbij—67
8.1	Inleiding—67
8.2	Concrete uitwerking van de variant—68
8.3	Effecten op doelmatigheid—73
8.4	Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit—74
9	Zorg verzekerd—77
9.1	Inleiding—77
9.2	Concrete uitwerking van de variant—78
9.3	Effecten op doelmatigheid—81
9.4	Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit—84

Bijlage 1 Taakopdracht—87

Bijlage 2 Samenstelling werkgroep—89

Bijlage 3 Groslijst—91

Bijlage 4 Verband besparingsmaatregelen en collectieve domeinen—93

Bijlage 5 Stroomschema huidige AWBZ—95

Bijlage 5 Stroomschema huidige AWBZ—95

Bijlage 7 Schets stelsel Duitsland—101

Bijlage 8 Schets stelsel Verenigd Koninkrijk—103

Bijlage 9 Schets stelsel Zweden—105

Samenvatting

In de ruim veertig jaar van haar bestaan is de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ niet wezenlijk veranderd. Zorgverzekeraars zijn formeel verantwoordelijk voor de AWBZ-zorg voor hun eigen verzekerden. De zorgverzekeraars laten het contracteren van de zorg in de praktijk echter over aan een regionaal kantoor die dat namens hen risicoloos doet voor alle mensen in de regio; zo was het aan het begin en zo is het nu nog.

Achtereenvolgende commissies hebben over deze uitvoering gezegd dat de verantwoordelijkheidsverdeling onvoldoende scherp is afgebakend en er mede daardoor onvoldoende prikkels aanwezig zijn voor doelmatig handelen.

De heroverwegingswerkgroep langdurige zorg heeft haar opdracht, om voor een bedrag van ca. 4,2 miljard euro aan bezuinigingsvoorstellen te doen, te baat genomen om de gevraagde besparingsvoorstellen te combineren met ideeën over een nieuwe inrichting van de langdurige zorg waarin de doelmatigheidsprikkels sterker aanwezig zouden kunnen zijn. Er zijn daarom varianten uitgewerkt waarin de verantwoordelijkheidsverdeling in de uitvoering er duidelijk anders uitziet dan in de huidige AWBZ. Die varianten gaan uit van verschillende mens- maatschappijvisies. De werkgroep hoopt daarmee als het ware een menukaart te hebben samengesteld voor "de politiek" die de uiteindelijke keuze zal moeten maken.

De varianten in dit rapport konden, gezien de beschikbare tijd niet anders dan met grove penseelstreken worden neergezet. Niet alle in- en uitvoeringsaspecten met de bijbehorende kosten zijn uitgewerkt en beschreven. De varianten zijn echter meer dan karikaturen. Ze sluiten aan bij instituties en instrumenten die in Nederland al worden toegepast. Iedere variant heeft hierbij een andere invalshoek.

De variant "Eigen Regie" legt zoveel mogelijk de regie bij de cliënt, de variant "Zorg Dichtbij" ziet de gemeente als coördinator van de zorg en "Zorg Verzekerd" gaat uit van een stelsel met concurrerende verzekeraars. Gezien de onzekerheid die samenhangt met het opnieuw inrichten van het stelsel is er ook een variant beschreven die de besparing van 20% realiseert zonder grote stelselwijziging, namelijk de variant "AWBZ-versoberd".

De werkgroep heeft niet de illusie dat enkel het creëren van een nieuwe structuur waarin verantwoordelijkheden duidelijker liggen en prikkels tot doelmatig handelen sterker zijn, de collectieve uitgaven aan langdurige zorg in 2015 met twintig procent doen verminderen, zoals de opdracht luidt. Een dergelijke taakstelling is alleen haalbaar met voorstellen die de wettelijke aanspraken op zorg beperken en voorstellen die het deel dat mensen zelf moeten betalen verhogen.

De AWBZ-steun speelt in het leven van de mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen een belangrijke rol. Tegelijkertijd zijn er altijd gradaties in de "onbetwistbaarheid" waarmee mensen met hun beperking een beroep op een collectief gefinancierde regeling moeten kunnen doen. Daarom is bij de keuze van de maatregelen allereerst gekeken naar de vormen van zorg die als relatief licht of kort kunnen worden aangemerkt en die kunnen worden opgevangen door familie, sociale omgeving of een ander collectief domein, dat daarvoor meer geëigend is. Een tweede invalshoek is uiteraard geweest in hoeverre de maatregel effectief is

voor de budgettaire besparing. Dure intramurale zorgvormen waarvoor substitutie mogelijk is, grote volumina aan zorg of sectoren waarvan de uitgaven sterk groeien zijn ook daardoor in beeld gekomen.

Met de mix van bovenstaande motiveringen komt de werkgroep, uitgaande van de bestaande AWBZ, tot de volgende mogelijke maatregelen:

- het schrappen van de functie begeleiding uit de AWBZ. De werkgroep gaat er bij deze maatregel vanuit dat een deel van de mensen die nu, hetzij via een persoonsgebonden budget, hetzij "in natura" individuele begeleiding of groepsgewijze dagbesteding uit de AWBZ krijgen, zich zullen wenden tot het gemeentelijk loket van de Wmo. Voor het extra beroep dat daar ontstaat worden de gemeenten gecompenseerd met de helft van het bedrag dat vrijvalt na het schrappen van de functie begeleiding;
- het niet meer subsidiëren van de MEE organisaties. De begeleiding die deze organisatie verstrekt wordt een onderdeel van de Wmo, in samenhang met de hiervoor genoemde maatregel;
- het verhogen van de norm van gebruikelijke zorg voor persoonlijke verzorging en begeleiding (in varianten waar dit niet wordt geschrapt) met 90 minuten per week. Dit betekent dat op deze gebieden meer van familie en sociale omgeving wordt verwacht voordat men een beroep op de AWBZ kan doen. Voor schrijnende gevallen is er een hardheidsclausule;
- het niet meer vergoeden van zorg waarvoor een indicatie is afgegeven met een duur korter dan 6 maanden. De AWBZ is bedoeld voor langdurige zorg. Deze maatregel treft niet de revalidatiezorg; die wordt overgeheveld naar de Zvw. Voor de overige kortdurende zorg zullen mensen zelf een oplossing moeten vinden. Niet ondenkbaar is dat hier aanvullende verzekeringen voor worden aangeboden of dat voor schrijnende gevallen een hardheidsclausule wordt geïntroduceerd;
- geen aanspraak kunnen maken op verblijf in een verzorgingshuis als de benodigde zorg voor betrokkenen verhoudingsgewijs licht is (zorgzwaartepakketten 1 t/m 3). Met deze maatregel wordt tevens een impuls gegeven aan het principe scheiden wonen – zorg. Bij de maatregel wordt rekening gehouden met extra uitgaven aan extramurale zorg en huurtoeslag;
- ook de normen voor verblijf in een psychiatrische instelling worden aangescherpt. Een deel van de intramurale capaciteit van deze sector wordt gebruikt door mensen die even goed of beter in een extramurale setting kunnen worden geholpen;
- geen zorg voor verstandelijk gehandicapten voor mensen met een IQ van 70 en hoger. De maatregel treft vooral jeugdigen die niet ernstig verstandelijk gehandicapt zijn maar wel een gering sociaal aanpassingsvermogen hebben. Internationaal wordt als bovengrens van verstandelijk gehandicapt zijn een IQ van 70 aangehouden. In Nederland is die grens gelegd bij 85 als het om toegang tot de AWBZ gaat. De groep met een IQ tussen 70 en 85 die nu een beroep doet op de AWBZ groeit sterk en is in potentie zeer groot. Na de maatregel zal een deel van deze groep een beroep doen op andere collectief gefinancierde regelingen (onderwijs, jeugdzorg, WSW e.d.). Omdat ook de begeleiding al is geschrapt wordt aan de compensatie van die sectoren de helft van de opbrengst van de maatregel besteed;
- verhoging eigen bijdragen. Het huidige systeem van eigen bijdragen wordt vervangen door een systeem waarbij - vanaf een bepaald inkomensniveau - het deel van het inkomen waarover eigen bijdrage wordt betaald, oploopt met het inkomensniveau. De eigen bijdrage kan niet hoger uitkomen dan de feitelijke zorgkosten (zoals nu ook het geval is). De huurtoeslag kent al zo'n oplopend

quotesysteem. Daarnaast kan een vermogenstoets worden ingevoerd waarbij mensen met een vermogen boven een bepaalde grens de maximale bijdrage gaan betalen;

- een doelmatiger uitvoering van de AWBZ. Zowel op de hoeveelheid zorg als op de prijs van de ingekochte zorg is efficiëntiewinst mogelijk. Uit onderzoek blijkt dat, bij dezelfde zorgbehoefte, in bepaalde zorgkantorregio's een bovengemiddelde hoeveelheid langdurige zorg wordt gecontracteerd en geconsumeerd, zonder dat hiervoor objectieve verklaringen zijn aan te wijzen. Daarnaast blijkt uit ander onderzoek dat op zorginstellingsniveau een substantiële daling van de kosten mogelijk moet zijn. De wijze waarop de doelmatigheid wordt bereikt verschilt in de varianten. Wel komt er in drie van de vier varianten een overheidsvoorziening langdurige zorg (OLZ) die onder verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid wordt uitgevoerd. Het OLZ stelt de indicatie mede op basis van urgentie, gaat over het budget en doet formeel de zorginkoop á la de huidige zorgkantoren. De klant kan via een (lager) PGB ook alternatieve intramurale zorg organiseren (het PGB valt wel binnen het budget van het OLZ). Door het voorzieningenkarakter kan het OLZ beter zorg op maat leveren.

De hierboven genoemde maatregelen komen niet alle op gelijke wijze terug in de verschillende varianten en kunnen door interacties met andere maatregelen per variant een andere opbrengst geven. De varianten worden schematisch in onderstaande figuur weergegeven. Hieronder zullen ze eerst op hoofdlijnen worden omschreven. Daarna volgt een tabel waarin een overzicht wordt geboden van besparingsopbrengst van de maatregelen per variant.

Vier beleidsvarianten voor de AWBZ



AWBZ versoerd

In de eerste variant – die de 20% besparing al in 2015 oplevert – is het uitgangspunt dat de AWBZ voorlopig blijft voortbestaan. Na de (reeds voorgenomen) overheveling van de revalidatiezorg naar de Zvw en de verwachte extra uitgaven bij de Wmo en andere collectief gefinancierde domeinen als gevolg van enkele pakketmaatregelen, blijft er ca. 13 miljard euro aan AWBZ over. De zorgkantoren blijven in deze variant in hun huidige gedaante belast met de uitvoering van de AWBZ. (Denkbaar is dat vanaf 2012, als de huidige concessies aflopen, de zorgkantoren niet meer namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren maar namens de centrale overheid). Om de benodigde besparing te bereiken worden alle hierboven beschreven maatregelen genomen. De doelmatigheidswinst bij de zorgkantoren wordt bereikt via een herverdeling van de

regiobudgetten op basis van het niveau van regio's die met minder geld goede zorg leveren door een vergroting van de onderhandelingsmacht van de zorgkantoren (geen contracteerplicht, lagere maximumtarieven) kan deze kostendaling gerealiseerd worden. Met bovenstaande maatregelen is een besparing van 4,4 miljard euro mogelijk in 2015.

Eigen regie

In de beleidsvariant "Eigen regie" blijven de hierboven beschreven maatregelen intact maar is er geen verhoging van de eigen betalingen of een invoering van een vermogenstoets. Wel is er een andere maatregel waarmee het accent van de eigen regie wordt benadrukt. Voor een grote groep mensen wordt de zorg in natura die zij nu afnemen omgezet in een persoonlijk budget. Daarmee, zo is de aanname in deze variant, kunnen cliënten zelf maximaal hun keuzes bepalen in de wijze waarop zij in hun zorg willen voorzien. Voor de indicatieve berekening van het beschikbare macrobudget voor deze regeling is de werkgroep uitgegaan van 80% van de huidige uitgaven voor deze groep aan zorg in natura en in de vorm van PGB's. In het afslagpercentage van 20% zijn de eigen bijdragen verrekend — die komen te vervallen — en tevens is er een doelmatigheidskorting in verwerkt. Voor de laagste inkomens wordt een vangnet geregeld om schrijnende situaties te voorkomen. In deze variant is het mogelijk om op basis van dezelfde berekening te werken met persoonsvolgende budgetten of vouchers die kunnen worden besteed bij zorgaanbieders. Er komt dan minder uitvoeringverantwoordelijkheid op de schouders van de cliënten terecht. In deze variant wordt er, via een onafhankelijke indicatiestelling ca. 5,3 miljard euro AWBZ-zorg uitgekeerd in de vorm van een persoonlijk budget (of een voucher). De middelen zijn afkomstig uit een sociale verzekering á la de AWBZ. Ook in deze variant verschuift er naar verwachting een deel naar de Wmo als gevolg van de overige pakketmaatregelen (zoals het schrappen van de functie begeleiding). De regeling voor de resterende AWBZ-zorg met een budget van ca. 8 miljard euro zal niet langer het karakter hebben van een sociale volksverzekering maar van een uit belastingen gefinancierde collectieve voorziening langdurige zorg, die door het OLZ wordt uitgevoerd. De cliënt kan via een persoonlijk budget ook alternatieve intramurale zorg organiseren (dit valt wel binnen het budget van de voorziening).

Zorg dichtbij

In de variant "Zorg dichtbij" wordt alle intra- en extramurale verpleging en verzorging plus alle extramurale geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg de verantwoordelijkheid van gemeenten. Het recht op zorg wordt vervangen door het compensatiebeginsel. Gemeenten kunnen door het voorzieningenkarakter beter maatwerk bieden. Ze kunnen optimaal rekening houden met wat de burger en zijn omgeving kan en bij het compenseren van beperkingen beter gebruik maken van informele zorg en van collectieve voorzieningen. Ze kunnen daarnaast het huisvestingsbeleid optimaal afstemmen op de steun- en zorgbehoefte. De bestuurskracht van kleinere gemeenten vormt een zekere belemmering in deze variant, waardoor een opschaling van gemeenten gewenst is. De Wmo wordt zo verbreed met ca. 11 miljard euro. Dat bedrag is gelijk aan de huidige AWBZ-uitgaven voor de genoemde zorg minus het bedrag dat samenhangt met de pakketmaatregelen. Uitzondering hierop is het schrappen van begeleiding. Dat wordt hier niet toegepast. De korting van de overige maatregelen op het over te hevelen budget staat los van de vrijheid van gemeenten om in de praktijk af te wijken van de inhoud van de maatregel. Het is aan het gemeentelijk beleid om af te wegen op welke wijze men met de eigen bijdragen wil omgaan, of men persoonsgebonden budgetten wil toepassen etc. De hierna overblijvende zorg (intramurale

gehandicaptenzorg en intramurale geestelijke gezondheidszorg) met een budget van ca. 5 miljard euro zal niet langer het karakter hebben van een sociale volksverzekering maar van een uit belastingen gefinancierde collectieve voorziening langdurige zorg, die door het OLZ wordt uitgevoerd.

Zorg verzekerd

De variant "Zorg verzekerd" legt de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de extra- en intramurale verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg in handen van de zorgverzekeraars. Zij treden op als belangenbehartiger voor hun verzekerden door voor hen, in onderlinge concurrentie, op efficiënte wijze de zorg te contracteren. Zij kunnen daarbij tevens een goede aansluiting bewerkstelligen tussen geneeskundige zorg en langdurige zorg. Overhevelen naar zorgverzekeraars kan niet eerder beginnen dan dat de verzekeraars voldoende risicodragend zijn (en hiermee een prikkel hebben om de uitgaven te beperken) tenzij op een andere wijze (bijv. aanbodbudgettering) de uitgaven kunnen worden begrensd. Verzekeraars kunnen onvoldoende grip op de schadelast hebben als de zorgbehoefte niet goed objectiveerbaar is vast te stellen. De behoefte aan begeleiding is daar een voorbeeld van, deze aanspraak wordt dan ook geschrapt. In de variant "Zorg verzekerd" wordt om die reden ook een actief beleid van scheiden wonen en zorg ingezet. In deze variant gaat bijna 10 miljard euro over naar de zorgverzekeraars via een verdeelmodel waarmee ex ante budgetten worden toegewezen waarover de zorgverzekeraars volledig risico lopen. De opbrengst van de eigen bijdragen moet hier in samenhang worden gezien met het scheiden van wonen en zorg. Berekend is de opbrengst van een verhoging van de extramurale bijdragen als compensatie van de verlaging die bij de intramurale bijdragen optreedt als gevolg van de scheiding tussen wonen en zorg. De overblijvende zorg (gehandicaptenzorg) met een budget van ca. 5 miljard euro zal niet langer het karakter hebben van een sociale volksverzekering maar van een uit belastingen gefinancierde collectieve voorziening langdurige zorg, die door de rijksoverheid wordt aangestuurd.

Doelmatigheid

Zoals gezegd zijn de verschillende beleidsvarianten met een stelselwijziging ("Eigen regie", "Zorg dichtbij" en "Zorg verzekerd") in deze heroverweging gekozen vanuit de gedachte dat het verleggen van de budgetverantwoordelijkheid naar cliënten, gemeenten of verzekeraars een doelmatiger besteding tot gevolg kan hebben. Of dit werkelijk zo zal zijn, zal onder meer afhankelijk zijn van de mate waarin toebedeelde hun budgetverantwoordelijkheid nemen. Als individuele cliënten in de variant "Eigen regie" bij hun keuzes en onderhandelingen geen doelmatigheidswinst weten te boeken, dat gaat dat ten koste van hun eigen hoeveelheid zorg of hun koopkracht. Gemeenten kunnen de lokale belastingen verhogen als zij menen dat zij de burgers met het beschikbare budget niet goed kunnen bedienen. Bij zorgverzekeraars bestaat de mogelijkheid van het verhogen van de premie, hetgeen evenals het verhogen van de gemeentelijke belasting een stijging van de collectieve lastendruk betekent. Omgekeerd kan het realiseren van meer doelmatigheid natuurlijk ook tot meer koopkracht, lagere lokale belasting of verzekeringspremies leiden.

Of deze gevolgen zich zullen voordoen hangt mede af van de bredere context. Voor gemeenten is het een afweging die de lokale politiek maakt; belastingverhoging is een impopulaire maatregel. Bij verzekeraars speelt de onderlinge concurrentie mee; premieverhoging kan marktaandeelverlies betekenen. Wat de uitvoeringsflexibiliteit betreft, in de variant "Zorg dichtbij" is de langdurige zorg geen verzekerd recht maar een voorziening. Dat geeft gemeenten wellicht iets meer ruimte om op de

zorgvraag in te spelen dan de verzekeraars, al blijft ook in een voorziening het principe van gelijke behandeling een beperkende factor. Voor zorgverzekeraars zit de flexibiliteit in de uitvoering voornamelijk in de functiegerichte omschrijving van de wettelijke aanspraken. Die bepalen wel welke zorg moet worden geleverd maar niet hoe en door wie. Daar zit speelruimte om de zorg doelmatig te contracteren. Bij gemeenten is een gunstige omstandigheid dat de uitgaven voor langdurige zorg in een breed afwegingskader met allerlei andere uitgaven kunnen worden betrokken.

De werkgroep wil bij het inboeken van doelmatigheidsopbrengsten behoedzaam zijn. Ook al geven rapporten en microwaarnemingen aan dat er bij de verlening van de langdurige zorg nog veel kosten vermeden kunnen worden en dat er doelmatiger kan worden gewerkt, dan blijft altijd nog de vraag in hoeverre de voorgenomen maatregel of de gecreëerde prikkel het gedrag van partijen werkelijk op de gewenste manier beïnvloedt. Op grond van deze overwegingen meent de werkgroep uit te moeten gaan van een doelmatigheidswinst van 3% in "AWBZ versoberd" en 5% in de andere drie varianten.

Overzicht

In onderstaande tabel zijn de maatregelen met hun opbrengsten in 2015 in de verschillende varianten weergegeven. De opbrengsten van de maatregelen verschillen soms tussen varianten. Dit komt doordat de maatregelen inwerken op andere maatregelen in de variant of doordat de precieze invulling van de maatregel verschilt. De opbrengsten per maatregel kunnen dan ook niet los van de variant worden gezien. Voor de opbrengsten van individuele maatregelen (zonder interacties) wordt verwezen naar bijlage 3. De eerste variant, "AWBZ versoberd" kan niet zonder meer naast de andere varianten worden gelegd. In "AWBZ versoberd" staat voorop dat de 20%-besparing hoe dan ook in 2015 moet worden gerealiseerd. Bij de overige varianten wordt hiervoor meer tijd genomen. Overigens gaan ook deze varianten uit van uiteenlopende invoeringstrajecten die, afhankelijk van de sturingsfilosofie, meer of minder tijd nodig hebben voor het realiseren van de beoogde maatregelen.

Door het nemen van de maatregelen en het aanbrengen van stelselwijzigingen verandert de verdeling van de domeinen van waaruit de langdurige zorg wordt gefinancierd. In bijlage 4 wordt dit toegelicht.

Maatregelen en opbrengsten in de vier varianten

Maatregelen (besparingen in 2015 in miljarden euro's)	AWBZ versoberd	Eigen regie	Zorg dichtbij	Zorg verzekerd
Schrappen van de functie begeleiding	- 1,2	- 1,2	-	- 1,1
Stoppen subsidie MEE	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,2
Verhoging norm gebruikelijke zorg met 90 min/week	- 0,7	- 0,5	- 1,4	-
Geen aanspraak op kortdurende zorg (< 6 mnd)	- 0,1	- 0,1	-	-
Geen recht op V&V-verblijf bij ZZP's 1-2-3	- 0,4	- 0,4	- 0,1	- 0,1
Beperken van recht op verblijf voor GGZ (1 en 4)	- 0,2	- 0,0	- 0,2	- 0,2
Geen recht op gehandicaptenzorg voor IQ > 70	- 0,2	- 0,1	- 0,4	- 0,4
Eigen bijdrage maatregel	- 0,9	+ 0,3	- 0,8	- 0,2
Efficiency maatregelen	- 0,5	- 0,7	- 1,0	- 0,9
Persoonlijk zorgbudget op 80% van huidige ZIN	-	- 0,7	-	-
Totaalopbrengst maatregelen	- 4,4	- 3,7	- 4,0	- 3,1

De werkgroep heeft vanuit de toekomstige houdbaarheid van de uitgaven aan langdurige zorg ook over het jaar 2015 heen willen kijken. Met de voorgestelde maatregelen zijn enkele sterk groeiende uitgavencategorieën van de AWBZ ongedaan gemaakt of ingeperkt. Het is niet onaannemelijk dat dit, tezamen met een doelmatiger inrichting zoals beschreven in de varianten, leidt tot een gematigder toekomstige groei van de uitgaven dan bij ongewijzigd beleid het geval zou zijn geweest. Bovendien levert een besparing op de AWBZ door demografische ontwikkelingen een grotere bijdrage aan de houdbaarheid dan "normale" besparingen. Deze "houdbaarheidsbonus" werd tot nu toe door het CPB bij besparingen op zorguitgaven op 40% gezet. Een besparing van 4,2 mrd in de zorg is in houdbaarheidstermen dus ongeveer gelijk aan een "normale" besparing van 5,9 miljard euro. Overigens is het CPB dit percentage op dit moment opnieuw aan het berekenen.

Thema 12 Langdurige zorg

Beleidsvariant 1 AWBZ versoberd

Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Variante 1	0	0,3	1,6	3,2	4,4	5,8

Omschrijving variant

De AWBZ blijft bestaan evenals de uitvoering door zorgkantoren. Het verzekerde pakket wordt versoberd en de eigen betalingen gaan omhoog.

Besparingsmaatregelen

■ Te boeken doelmatigheidswinst. Als dit niet gebeurt zijn er minder besparingen:

- Budgetkorting van 3% op de contracteerruimte van de zorgkantoren.

■ Mogelijk groot en moeilijk in te schatten effect op andere terreinen:

- Geen aanspraak op de functie begeleiding
- Afschaffen MEE-subsidies
- Geen verstandelijk gehandicapten zorg voor mensen met IQ boven de 70

■ Beperkt en/of goed in te schatten effect op andere terreinen:

- Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week niet vergoed (gezien als gebruikelijke zorg)
- Geen vergoeding voor persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan zes maanden
- Alleen verblijf in verzorgings- of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte
- Idem voor verblijf bij geestelijke gezondheidszorg
- Vereenvoudiging en verhoging eigen bijdragen
- Introduceren vermogenstoets
- Overheveling revalidatie naar Zvw

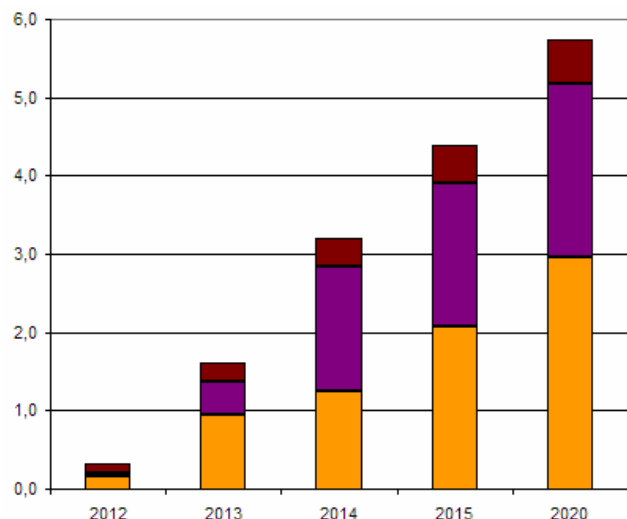
Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Cliënten behouden het recht op zorg. Als de veronderstelde doelmatigheidswinst niet wordt gerealiseerd valt de besparing lager uit.
- Aanpalende terreinen en mantelzorgers worden belast door het schrappen van aanspraken. Hiervoor is een bedrag ingeboekt, maar de omvang daarvan is onzeker.
- Verhoging eigen betalingen raakt bij intramurale zorg met name de middeninkomens, bij extramurale zorg ook de lage inkomens. De vermogenstoets raakt de mensen met vermogen.
- Het beperken van de aanspraken raakt vooral de lagere inkomens; die zijn onder de gebruikers van langdurige zorg relatief sterk vertegenwoordigd.

Implementatie

- De maatregelen zijn in enkele jaren te implementeren
- Bij intramurale cliënten wordt aangenomen dat bestaande gevallen worden ontzien

Onderverdelingen besparingen



Thema 12 Langdurige zorg

Beleidsvariant 2 Eigen regie

Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Variant 2	0	0,2	1,4	2,7	3,7	4,9

Omschrijving variant

Een belangrijk deel van de langdurige zorg verloopt via een persoonlijk budget aan geïndiceerde cliënten. Tevens wordt het verzekerde pakket versoerd. De zorg die nog in natura wordt geleverd wordt ondergebracht in een Overheidsvoorziening langdurige zorg (OLZ).

Besparingsmaatregelen

Te behalen doelmatigheid bij het OLZ (anders krijgt de client minder en/of lagere kwaliteit zorg):

- Budgetkorting op OLZ uitgaande van 5% doelmatigheidswinst

Mogelijk groot en moeilijk in te schatten effect op andere terreinen:

- Geen aanspraak op de functie begeleiding
- Afschaffen MEE-subsidies
- Geen verstandelijk gehandicapten zorg meer voor mensen met IQ boven de 70

Beperkt en/of goed in te schatten effect op andere terreinen

- Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week niet vergoed (gezien als gebruikelijke zorg)
- Geen vergoeding voor persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan zes maanden
- Alleen verblijf in verzorgings- of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte
- Idem voor verblijf bij geestelijke gezondheidszorg
- Overheveling revalidatie naar ZVW

Extra te behalen doelmatigheid door de cliënt (anders krijgt de client minder zorg en/of minder koopkracht)

- Cliënten met voldoende zelfredzaamheid krijgen een persoonlijk budget ter hoogte van 80% van de kosten van de huidige zorg in natura

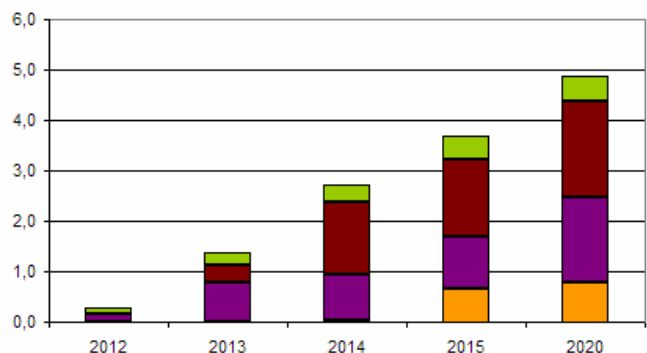
Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Veel cliënten krijgen via het persoonlijk budget de regie in handen. Hierdoor neemt de doelmatigheid toe maar ook de risico's voor cliënten.
- Het OLZ kan als voorziening flexibeler omgaan met de zorgvraag dan een verzekering. Als de doelmatigheidswinst niet optreedt wordt de hoeveelheid of kwaliteit van de zorg minder.
- Aanpalende terreinen en mantelzorgers worden belast door het schrappen van aanspraken. Hiervoor is een bedrag ingeboekt, maar de omvang is onzeker.
- De persoonlijke budgetten zijn niet inkomensafhankelijk. De ongelijkheid neemt daardoor toe. Dit kan anders worden vormgegeven. Het beperken van de aanspraken raakt vooral de lagere inkomens; die zijn onder de gebruikers van langdurige zorg relatief sterk vertegenwoordigd

Implementatie

- De persoonlijke budgetten kunnen relatief snel worden ingevoerd.
- Het OLZ kan relatief snel worden geïmplementeerd.
- Bij maatregelen met betrekking op intramurale cliënten is voorzien dat bestaande gevallen worden ontzien.
- De doelmatigheidswinst bij het OLZ zal gefaseerd moeten worden bereikt

Onderverdeling besparingen



Thema 12 Langdurige zorg

Beleidsvariant 3 Zorg dichtbij

Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Variant 3	0	0,6	1,4	2,9	4,0	4,5

Omschrijving variant

Alle extramurale langdurige zorg en intramurale verzorging en verpleging gaat naar gemeenten. Zij krijgen beleidsvrijheid maar bij het over te hevelen budget wordt van de hieronder omschreven maatregelen uitgegaan. De gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg worden vooralsnog ondergebracht in de Overheidsvoorziening langdurige zorg (OLZ).

Besparingsmaatregelen

Te behalen doelmatigheidswinst bij het OLZ. Minder doelmatigheid leidt tot lagere hoeveelheid of kwaliteit zorg:

- Budgetkorting van 5% op het OLZ uitgaande van doelmatigheidswinst

Beperkt en/of goed in te schatten effect op andere terreinen:

- Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging en begeleiding per week niet vergoed
- Alleen verblijf in verzorgings- of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte
- Vereenvoudiging en verhoging eigen bijdragen
- Alleen verblijf in de geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte

Mogelijk groot en moeilijk in te schatten effect op andere terreinen:

- Afschaffen MEE-subsidies
- Geen verstandelijk gehandicapten zorg meer voor mensen met IQ boven de 70

Meer doelmatigheidswinst bij gemeenten. Zo niet dan is er minder of lagere kwaliteit zorg beschikbaar, stijgen de eigen bijdragen of stijgen de lokale lasten:

- Budgetkorting uitgaande van 5% doelmatigheidswinst

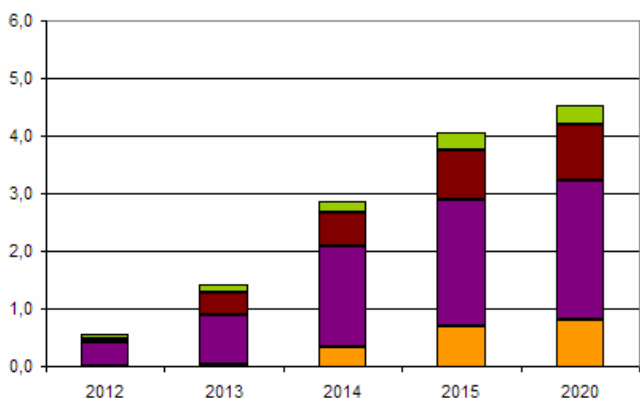
Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Gemeenten kunnen door zorg in de buurt beter maatwerk bieden. Hierdoor zal extramuralisering een prikkel krijgen. Er kunnen verschillen ontstaan tussen gemeenten in de verleende zorg of in de eigen bijdragen.
- Aanpalende terreinen en mantelzorgers worden belast door het schrappen van aanspraken. Hiervoor is een bedrag ingeboekt, maar de omvang daarvan is onzeker.
- Het OLZ en de gemeenten kunnen als voorziening flexibeler omgaan met de zorgvraag dan een verzekering. Als de doelmatigheidswinst niet optreedt wordt de hoeveelheid of kwaliteit van de zorg minder.
- Verhoging eigen betalingen raakt bij intramurale zorg met name de middeninkomens, bij extramurale zorg ook de lage inkomens. Het beperken van de aanspraken raakt vooral de lagere inkomens; die zijn onder de gebruikers van langdurige zorg relatief sterk vertegenwoordigd.

Implementatie

- Het overhevelen naar de gemeenten kan enige tijd in beslag nemen. Opschaling van kleinere gemeenten is gewenst.
- Met name het verdeelmodel vraagt aandacht.
- Het OLZ kan relatief snel worden geïmplementeerd.
- Bij maatregelen met betrekking op intramurale cliënten is voorzien dat bestaande gevallen worden ontzien

Onderverdeling besparingen



Thema 12 Langdurige zorg

Beleidsvariant 4 Zorg verzekerd

Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Variant 4	0	0,4	1,4	2,4	3,1	4,0

Omschrijving variant

Verzorging en verpleging en geestelijke gezondheidszorg wordt ondergebracht in de Zvw (risicodragende verzekeraars met acceptatieplicht). Tevens wordt het verzekerde pakket versoerd. De zorg voor gehandicapten wordt ondergebracht in een Overheidsvoorziening langdurige zorg (OLZ).

Besparingsmaatregelen

■ Te boeken doelmatigheidswinst. Als winst niet wordt gehaald zijn er minder besparingen (budgettair risico):

- Er wordt uitgegaan van 5% doelmatigheidswinst door toedoen van de risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars.

■ Te behalen doelmatigheidswinst bij het OLZ. Minder doelmatigheid leidt tot minder zorg en of lagere kwaliteit:

- Budgetkorting van 5% op het OLZ uitgaande van doelmatigheidswinst

■ Mogelijk groot en moeilijk in te schatten effect op andere terreinen:

- Er is geen aanspraak meer op begeleiding
- Afschaffen MEE-subsidies
- Geen verstandelijk gehandicapten zorg meer voor mensen met IQ boven de 70

■ Beperkt en/of goed in te schatten effect op andere terreinen:

- Alleen verblijf in verzorgings- of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte
- Idem voor aanspraak op verblijf in instelling geestelijke gezondheidszorg
- Wonen en zorg worden gescheiden in combinatie met een verhoging extramurale eigen bijdrage.

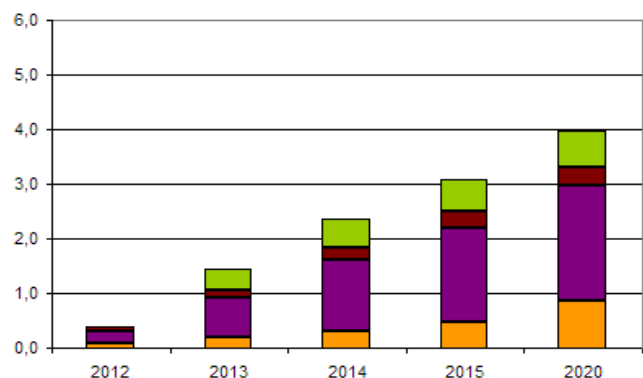
Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Cliënten houden in de Zvw een recht op zorg en kunnen kiezen welke verzekeraar zij de regie over deze zorg laten uitvoeren.
- De samenhang tussen curatieve en langdurige zorg kan toenemen.
- Aanpalende terreinen en mantelzorgers worden belast door het schrappen van aanspraken. Hiervoor is een bedrag ingeboekt, maar de omvang daarvan is onzeker.
- Het OLZ kan als voorziening flexibeler omgaan met de zorgvraag dan een verzekering. Als de doelmatigheidswinst niet optreedt wordt de hoeveelheid of kwaliteit van de zorg minder.
- Als de veronderstelde doelmatigheidswinst door toedoen van verzekeraars niet optreedt zal de besparing lager uitvallen.
- De eigen betalingen in de ZVW zijn niet langer inkomensafhankelijk. Dit raakt de lagere inkomens. Het beperken van de aanspraken raakt vooral de lagere inkomens; die zijn onder de gebruikers van langdurige zorg relatief sterk vertegenwoordigd

Implementatie

- Overheveling vindt pas plaats als verzekeraars risicodragend zijn. Dit kan enige jaren kosten.
- Met name het benodigde ex-ante verdeelmodel en de op te bouwen voorzieningen door verzekeraars (ca. 1,5 miljard) zijn daarbij een aandachtspunt.
- Het OLZ is relatief snel op te zetten.
- Bij intramurale cliënten wordt aangenomen dat bestaande gevallen worden ontzien.

Onderverdeling besparingen



1 Inleiding en opzet rapport

Deze heroverweging vloeit voort uit de financiële en economische crisis en het gat dat deze in de overheidsfinanciën heeft geslagen. Ook vóór de crisis stond de houdbaarheid van het stelsel van langdurige zorg regelmatig op de politieke agenda vanwege de snel oplopende AWBZ-uitgaven. Het huidige groeitempo doortrekkend zouden die uitgaven tot 2020 met nog 25% stijgen¹. Tussen 2007 en 2020 zouden er 500.000 werknemers in de zorg bij moeten komen waarmee het beroep op de arbeidsmarkt zal stijgen tot 20%². Vele organisaties hebben zich dan ook al over de toekomst van de AWBZ uitgesproken³.

Het huidige rapport heeft onder meer tot doel te laten zien hoe 20% van de uitgaven aan langdurige zorg in 2010 kan worden bespaard in 2015. Het gaat dan om een bedrag van 4,2 miljard euro⁴. Bij het zien van bovengenoemde budgettaire en arbeidsmarkt cijfers lijkt het nemen van besparingsmaatregelen in de langdurige zorg vanzelfsprekend. Zeker als bedacht wordt dat nu ingrijpen ook de verwachte grote groei van de zorguitgaven in de toekomst zal beperken. Wanneer echter gekeken wordt naar de mensen voor wie de collectieve uitgaven worden gedaan, wordt deze vanzelfsprekendheid weer een stuk kleiner. Het gaat hier vaak om kwetsbare mensen in wier levens de steun vanuit de AWBZ een belangrijke rol speelt. De gevolgen zullen dan ook groot zijn als de besparing enkel wordt behaald door inperking van de aanspraken of verhoging van de eigen betalingen. Ook voor de werkgevers en werknemers in de zorg zal het verminderen van de zorg die zij kunnen verlenen grote gevolgen hebben.

Om deze groepen te ontzien moet er dan ook als eerste gestreefd worden naar meer doelmatigheidswinst. Dit is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Ten eerste is sommige doelmatigheidswinst – zoals het terugbrengen van bovengemiddeld zorggebruik – in de ogen van de ontvanger slechts een verschraving van de zorg. Ten tweede is grote doelmatigheidswinst waarschijnlijk alleen mogelijk door het anders inrichten van het stelsel. Een dergelijke herinrichting vergroot echter ook de onzekerheid over de te verwachten resultaten. Als de juiste randvoorwaarden niet kunnen worden gerealiseerd kan een dergelijke wijziging zelfs tot meer in plaats van minder doelmatigheid leiden dan het huidige systeem. Het is bovendien de vraag of het versterken van de prikkels voldoende is. De sector langdurige zorg is vele jaren door het aanbod gestuurd geweest, waarbij sinds de inwerkingtreding van de AWBZ in 1968 budgetsystemen de (bedrijfs)cultuur van de sector hebben bepaald. Pas enkele jaren geleden is gestart met de kanteling van dit stelsel naar vraagsturing. Niet alleen in de bekostigingssystemen (zorgzwaartepakketten), maar tegelijkertijd in het primaire proces met de introductie van prestatie-indicatoren en het

¹ In constante prijzen. Zie bijlage 5c van SER (2009). Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ.

² VWS (2007). Arbeidsmarktbrief, werkend aan de zorg.

³ SER (2009). Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ. 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.

⁴ In prijzen 2009. Zie bijlage 1 voor de taakopdracht. De apparaatskosten zijn ook meegenomen in de grondslag. Deze bedragen in 2010 130 miljoen euro en hebben daarmee weinig invloed op het totaal te besparen bedrag.

individuele zorgplan. De sector bevindt zich derhalve op een breukvlak, waarbij de bedrijfscultuur een volledig andere heroriëntatie moet ondergaan. Daarom moet de sector geholpen worden in de heroriëntatie van de bedrijfscultuur en de daarbij behorende gedragsverandering. De bedrijfscultuur moet van 'houden wat we hebben' naar 'met minder meer'. Hiervoor zijn stimuleringsprogramma's nodig waarbij de kennis en ervaringen van de voorlopers gedeeld worden met de sector en tot concrete verbeteringen leiden. Hiervoor lopen reeds langer initiatieven als "transitieprogramma Langdurige Zorg", 'Zorg voor Beter' en 'In voor Zorg'. Zeker als er prikkels in het systeem worden geïntroduceerd die tot verdere doelmatigheidswinsten moeten leiden ligt ook het intensiveren van dergelijke programma's voor de hand⁵.

Gezien de onzekerheid die samenhangt met het opnieuw inrichten van het stelsel is er voor gekozen een variant die de besparing van 20% realiseert zonder grote stelselwijziging te beschrijven. Omdat juist een tijd als deze zich goed leent om tot een herbezinning te komen over de inrichting van het stelsel heeft de werkgroep daarnaast ook drie varianten verkend die het stelsel wel fundamenteel veranderen. Iedere variant heeft hierbij een andere invalshoek: het zoveel mogelijk neerleggen van de regie bij de cliënt, de gemeente als coördinator van de zorg en een stelsel met concurrerende verzekeraars.

Dit rapport is als volgt ingedeeld. Eerst wordt in de hoofdstukken 2 t/m 4 een beschrijving gegeven van de huidige langdurige zorg in respectievelijk Nederland en in een aantal andere Europese landen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 een korte analyse gegeven van het huidige Nederlandse stelsel waarbij een afwegingskader wordt gegeven voor de daarop volgende varianten. In hoofdstuk 6 wordt een variant beschreven waarin 20% wordt bespaard in 2015 zonder stelselaanpassingen. Hoofdstukken 7 tot en met 9 beschrijven de drie varianten met stelselwijzigingen.

Het CPB heeft een plausibiliteittoets uitgevoerd op de berekeningen. Het CPB acht de opbrengstramingen bij de pakketmaatregelen en de eigen betalingen plausibel. Het CPB heeft echter grote reserves, bij de ene variant meer dan bij de andere, wat betreft de berekende doelmatigheidswinsten, het tijdsbestek waarop ze gerealiseerd kunnen worden en de geschetste beperkte transitiekosten⁶.

⁵ Bij het oprichten van de Zvw zijn curatieve instellingen ook via dit soort programma's begeleid in het leren functioneren binnen dit nieuwe systeem. Omdat de langdurige zorg meer instellingen kent zullen de kosten bij een stelselwijziging van de langdurige zorg waarschijnlijk hoger uitkomen. Te denken valt aan een bedrag van 25 miljoen euro per jaar voor een periode van enkele jaren.

⁶ In de berekeningen is uitgegaan van een ander groeipad van de zorguitgaven dan in de Economische Verkenning 2011-2015 van het CPB (deze verscheen te laat om nog te kunnen worden meegenomen in de berekeningen). Er is uitgegaan van een groei van 2,8%. Dit verschilt niet veel van de 3 1/2% in de EV. In de EV is er overigens vanuit gegaan dat de eigen betalingen in de AWBZ met 2000 euro per cliënt worden verhoogd. Die aanname is niet gehanteerd in de hier gepresenteerde berekeningen. De hier gerapporteerde besparingen kunnen dus niet gezien worden als additioneel aan deze technische maatregel van het CPB.

2 De AWBZ in vogelvlucht

2.1 Wie maken er gebruik van de AWBZ?

Begin 2008 deden bijna 600.000 Nederlanders een beroep op via de AWBZ gefinancierde voorzieningen. Ruim 40% van deze cliënten woont in een AWBZ-voorziening. Het gaat om 169.000 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (voornamelijk 75-plussers), 67.000 lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten en 23.000 mensen die langdurig verblijven in een voorziening van de geestelijke gezondheidszorg. De instellingen waar zij verblijven ontvangen een vergoeding per cliënt, die afhankelijk is van zijn of haar behoefte aan zorg. Hiervoor is per cliënt een zorgzwaartepakket bepaald. De overige groep van circa 335.000 cliënten – die niet binnen de muren verblijft – ontvangt thuis AWBZ-zorg in de vorm van begeleiding, verpleging en/of persoonlijke verzorging en behandeling. Dit kan in de vorm van zorg in natura of via een persoonsgebonden budget, waarmee de cliënt zelf zorg inkoop.

Tabel 2.1 Gebruikers van de AWBZ: aantallen en profiel (2008)*

Zorg met verblijf	Zorg aan Huis	AWBZ gebruikers naar doelgroep	Zorg in natura	PGB	Beide
55.000	17.000	Ouderen met psychogeriatrische aand. ◀ 72.000 ▶	70.000	1.000	1.000
109.000	210.000	Ouderen met somatische aandoening ◀ 319.000 ▶	295.000	19.000	5.000
66.000	47.000	Gehandicapten ◀ 113.000 ▶	85.000	19.000	9.000
23.000	61.000	Pers. met psychiatrische stoornis(sen) ◀ 84.000 ▶	50.000	32.000	2.000
253.000 ^a	335.000 ^b	Totaal aantal AWBZ-gebruikers ◀ 588.000 ▶	500.000	71.000 ^c	17.000 ^c

* Volledige informatie is op dit moment alleen beschikbaar op basis van gegevens uit januari 2008. Voor de eindtotalen a en b zijn inmiddels ook cijfers op basis van begin 2009 beschikbaar: 259.000, respectievelijk 360.000. Per januari 2010 was het totaal aantal PGB-houders 115.000 (c).

Bron: VWS-bewerking van gegevens afkomstig van: ZZZ-bronbestand, NZa, CAK, CIZ, CVZ en VGZ

Behalve op de al genoemde zorg bestaat op grond van de AWBZ ook aanspraak op bijvoorbeeld vervoer en uitleenhulpmiddelen (krukken, rolstoel).

In aanvulling op de cijfers in tabel 2.1 is de volgende informatie relevant:

- het aantal houders van een persoonsgebonden budget is recent sterk gestegen, van 65.000 op 1 januari 2007 naar 115.000 op 1 januari 2010;
- het aantal bewoners van verpleeghuizen groeit, bij gelijktijdige daling van het aantal bewoners van verzorgingshuizen. Hierdoor blijft de totale bevolking van beide voorzieningen in omvang min of meer gelijk;
- het aantal bewoners van gehandicaptenvoorzieningen stijgt vooral door een hoger gebruik door jong volwassenen met verstandelijke beperkingen met aanvullende (gedrags)problematiek, en door de langere levensverwachting van gehandicapten;
- de effecten van de aanscherping van de functie Begeleiding op 1 januari 2009 op het aantal AWBZ-gebruikers zijn in tabel 2.1 nog niet volledig zichtbaar. Wel is bekend dat in 2009 het aantal indicaties voor Begeleiding met 27% is gedaald;

- het grootste deel van de AWBZ-gebruikers komt uit de lagere inkomensklassen. Ruim driekwart van de bewoners van AWBZ-instellingen zit onder de inkomensgrens van 20.000 euro per jaar; van de Nederlandse bevolking is dat 45%.

2.2

Wanneer komt iemand in aanmerking voor AWBZ-zorg?

De AWBZ is een volksverzekering: iedere ingezetene is van rechtswege verzekerd. De aanspraken op AWBZ-voorzieningen zijn wettelijk vastgelegd in termen van functies. In nadere regelgeving zijn deze aanspraken verder verbijzonderd. Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg dient sprake te zijn van gezondheidsproblemen in een van de volgende categorieën:

- somatische aandoening of beperking;
- psychogeriatrische aandoening of beperking (functiestoornissen in de hersenen, meestal gerelateerd aan ouderdom, zoals bij dementie);
- psychiatrische aandoening of beperking;
- verstandelijke handicap (een beperkt intellectueel of cognitief vermogen);
- lichamelijke handicap (onherstelbare lichamelijke beperkingen);
- zintuiglijke handicap (visueel, auditief, communicatief, ernstig spraak/taal probleem).

Voordat zulke gezondheidsproblemen recht geven op AWBZ-zorg dient aan de volgende algemene voorwaarden te zijn voldaan:

- iemand moet, gezien de behoefte, redelijkerwijs op AWBZ-zorg zijn aangewezen.
- AWBZ-zorg gaat pas in boven een bepaald niveau van gebruikelijke zorg, die de sociale omgeving kan leveren.
- iemand komt niet in aanmerking voor AWBZ-zorg voor zover al in zijn of haar behoefte is voorzien door zogenoemde voorliggende wettelijke voorzieningen (zoals geregeld in de Zorgverzekeringswet) en algemeen gebruikelijke voorzieningen (bijvoorbeeld een boodschappendienst).

Bij de soorten zorg die iemand, gegeven zijn of haar gezondheidsproblemen, kan krijgen, onderscheidt de AWBZ de volgende functies:

- persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld hulp bij dagelijkse verzorging, het aanbrengen van prothesen en het doen van oefeningen);
- verpleging (bijvoorbeeld hulp bij het toedienen van medicijnen of zuurstof, wondverzorging, het geven van instructies en voorlichting over het omgaan met ziekte en hulpmiddelen);
- begeleiding (hulp bij het aanbrengen van structuur, voeren van regie, ondersteuning bij praktische vaardigheden, bieden van toezicht);
- behandeling (medisch-specialistische en specialistisch-paramedische behandelingen);
- verblijf (als de bovengenoemde zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het bieden van een beschermde woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Sinds 1 juli 2007 kunnen mensen met een indicatie voor verblijf de zorg ook in natura thuis ontvangen (*volledig pakket thuis*)).

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt in hoeverre de persoonlijke situatie recht op AWBZ-zorg geeft. Voor eenvoudige kortdurende zorg (< 3 maanden) heeft het CIZ standaard indicatiëprotocollen ontwikkeld. Aan de hand daarvan kunnen zorgaanbieders zelf de zorg indiceren en direct inzetten. Het indicatiebesluit en steekproefsgewijze controle van het CIZ volgen achteraf. Behalve

het CIZ geven ook de Bureaus jeugdzorg AWBZ-indicaties af voor kinderen met psychiatrische problemen.

Voor de zorg die aan huis wordt geleverd kan men kiezen voor zorg in natura of voor een persoonsgebonden budget (PGB). De hoogte van het PGB bedraagt ca. 75% van het bedrag dat de geïndiceerde zorg in natura zou hebben gekost. Voor intramurale zorg is die keuze er niet. Bij de intramurale zorg is een stelsel van zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Instellingen krijgen geen gemiddelde vergoeding meer per bed maar een vergoeding per cliënt afhankelijk van diens zorgzwaarte. Hiervoor zijn zogenoemde zorgzwaartepakketten (ZZP's) gedefinieerd. Een ZZP-nummer met een laag ranggetal is lichte zorg en met een hoog getal intensieve zorg. Voor de grondslag somatische/psychogeriatrische zijn 10 ZZP's, psychiatrie heeft er 13, verstandelijke handicap eveneens 13, lichamelijke handicap 7 en zintuiglijke handicap 9.

De "AWBZ-spelregels" zoals die hierboven beknopt zijn weergegeven zijn vastgelegd in de volgende wet- en regelgeving.

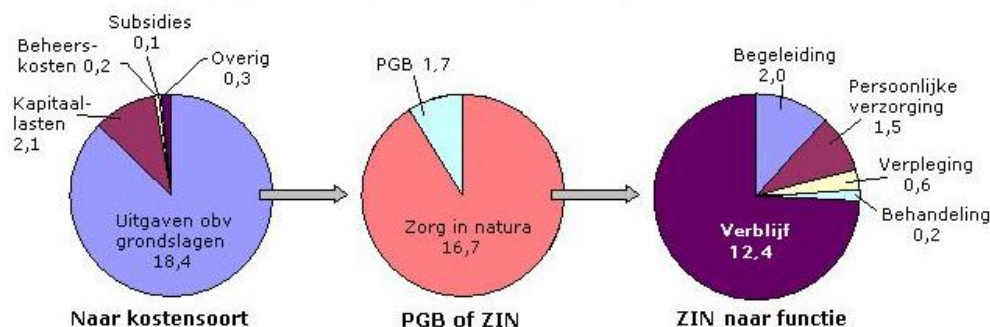
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:
 - besluit zorgaanspraken AWBZ;
 - zorgindicatiebesluit;
 - beleidsregels indicatiestelling AWBZ;
 - bijdragebesluit AWBZ;
 - regeling Persoonsgebonden budget (subsidierегeling).
 - administratiebesluit AWBZ.

2.3 Hoeveel kost de AWBZ en hoe wordt dat betaald?

2.3.1 Bestedingen

In 2010 wordt via de AWBZ naar verwachting 22,3 miljard euro uitgegeven. In figuur 1 zijn de uitgaven uitgesplitst op basis van cijfers voor 2008.

Figuur 2.1 Uitgavenverdeling AWBZ, 2008 (miljarden euro's)

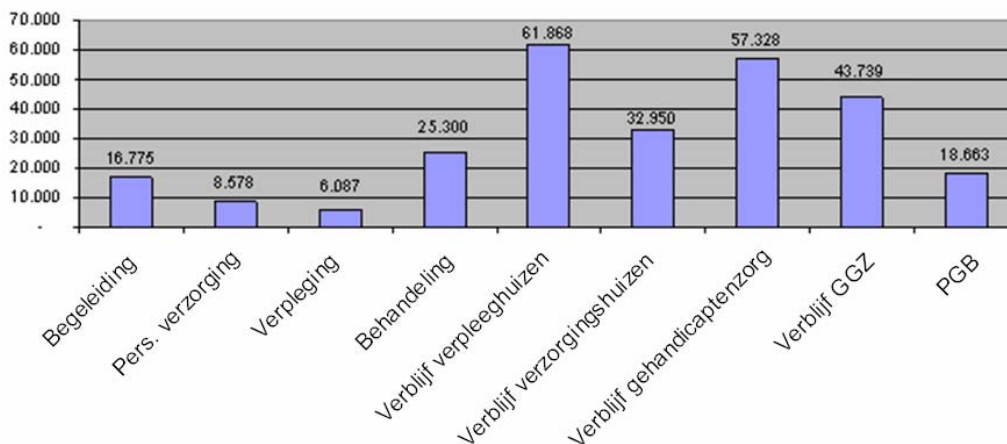


Het linkerdeel van de figuur legt de uitgaven uiteen naar kostensoort. Via de kapitaallasten wordende bouwkosten van intramurale instellingen vergoed. Het overgrote deel van de uitgaven is voor zorgverlening. Het middendeel van de figuur laat zien hoe deze uitgaven zijn verdeeld over zorg in natura (ZIN) en PGB. In het rechterdeel zijn de natura-uitgaven uitgesplitst naar functies. De grote post verblijf springt eruit⁷.

⁷ Dit bedrag is exclusief kapitaallasten. Ook het effect van de recente maatregel die de aanspraak op de functie Begeleiding heeft beperkt, is hierin nog niet verwerkt.

Figuur 2.2 toont de uitgaven per gebruiker (exclusief kapitaallasten). Ook nu springen de hoge uitgaven voor intramurale voorzieningen in het oog.

Figuur 2.2 Gemiddelde uitgaven per gebruiker, 2008 (euro's)



2.3.2

Middelen

Van de AWBZ-uitgaven wordt 20,8 miljard euro gedekt uit collectieve middelen, de resterende 1,5 miljard euro bestaat uit de opbrengst van eigen betalingen van cliënten. De collectieve middelen worden voor het grootste deel vergaard via de heffing van een afzonderlijke premie. Zij bedraagt 12,15% over de eerste 32.738 euro van het belastbaar inkomen. De rest wordt via een rijksbijdrage bijgeplust ten laste van de schatkist.

De eigen betalingen gelden alleen voor AWBZ-cliënten van 18 jaar en ouder. Deze betalingen zijn inkomensafhankelijk. Er is geen vermogenstoets. Cliënten hoeven dus niet hun vermogen aan te spreken om een deel van de kosten van gebruikte voorzieningen uit eigen zak te betalen. De bijdragen van zorggebruikers worden geheven door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Bij de zorg thuis brengen eigen bijdragen in totaal circa 100 miljoen euro op. In 2010 is ook een eigen bijdrage voor de functie Begeleiding ingevoerd. De eigen bijdrage, die 12,60 euro per uur bedraagt, mag per periode van vier weken niet boven een bepaald maximumbedrag uitkomen. Voor de gemiddelde gebruiker bedraagt de eigen bijdrage ongeveer 300 euro per jaar.

Bij de intramurale zorg zijn de rekenregels anders. In totaal geldt als maandelijkse eigen bijdrage het laagste van de volgende drie bedragen:

- 1836,60 euro per maand (ook als beide partners zijn opgenomen);
- 90% van 30 maal het dagtarief van de instelling;
- 8,5% van het bijdrageplichtig inkomen.

nog te verminderen met 16% (8% als het huishouden een 65-plusser telt).

Voor de gemiddelde gebruiker bedraagt de eigen bijdrage voor intramurale zorg ongeveer 6400 euro per jaar.

2.4

De uitvoering van de AWBZ

Vaak komt de zorgvraag van een cliënt tot uiting na een eerste contact met een zorgaanbieder. Die zet de cliënt op het spoor van het CIZ. Op grond van de beleidsregels indicatiestelling van VWS geeft het CIZ een indicatiebesluit af aan de cliënt en stuurt dit in afschrift aan het regionale zorgkantoor (daarover verderop

meer). Het zorgkantoor kan aan de cliënt (indien gewenst) een PGB verstrekken of bemiddelen bij zorg in natura die is gecontracteerd bij de zorgaanbieders in de regio. De zorgaanbieders worden bevoorschot door het Centraal Administratiekantoor (CAK) en de uiteindelijke afrekening met de zorgaanbieder vindt plaats op basis van betaalopdrachten van het zorgkantoor. Het CAK ontvangt het benodigde geld uit het door het CVZ beheerde Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten dat op zijn beurt via de Belastingdienst wordt gevoed uit de AWBZ-premie die iedereen verschuldigd is over het belastbaar inkomen. Daarnaast ontvangt het AFBZ ook een bijdrage uit de schatkist die via de begroting van VWS loopt en eigen betalingen van AWBZ-gebruikers. Voor die laatste geldstroom heeft het CAK een tweede uitvoeringstaak: het vaststellen van de hoogte en de inning van de eigen bijdragen. (Voor een schematische weergave zie bijlage 5).

De zorgkantoren spelen in de uitvoering van de AWBZ een centrale rol. Formeel zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het leveren van de AWBZ-zorg, maar zij hebben deze taak per regio vrijwillig gemandateerd aan de zorgverzekeraar die in die regio de marktleider is. Die zorgverzekeraar voert de zorgkantorfunctie risicoloos uit. In totaal zijn er 32 zorgkantorregio's (zie bijlage 6). Het zorgkantoor koopt zorg in natura in volgens door de NZa vastgestelde beleidsregels, waarbij onder andere een maximumprijs geldt. Cliënten kunnen zelf kiezen bij welke (gecontracteerde) aanbieder zij hun zorg opnemen. Het zorgkantoor heeft bij intramurale zorg contracteerplicht (het moet een overeenkomst met alle erkende instellingen sluiten), tenzij er ernstige bezwaren zijn. Voor extramurale zorg geldt geen contracteerplicht.

Voor het contracteren van de zorg in natura krijgt elke zorgkantorregio vooraf een budget toegewezen. Dit budget is afgeleid van het voor de AWBZ beschikbare deel van het Budgettair Kader Zorg. De verdeling over de regio's geschiedt op basis van historische kosten. Bij overschrijding van een regiobudget wordt eerst gekeken of er budget tussen regio's kan worden herverdeeld. Daarna beslist de NZa op basis van de daarvoor ingestelde knelpuntenprocedure.

Wanneer cliënten kiezen voor een persoonsgebonden budget (niet mogelijk bij behandeling of langdurig verblijf) keert het zorgkantoor gemiddeld 75% van het bedrag van de kosten in natura uit. De PGB's zijn geen AWBZ-aanspraak maar worden betaald uit een subsidieregeling. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is belast met de uitvoering van deze regeling en zal adviseren over te gaan tot een PGB-stop als het subsidieplafond wordt overschreden.

3 De AWBZ in historisch perspectief

3.1 Terug naar de AWBZ van 1968?

Voor een goed beeld van de bedoeling van de AWBZ dient een scheiding te worden aangebracht tussen de bedoeling van de man aan wie de AWBZ wordt toegeschreven, KVP-minister Veldkamp van Sociale zaken en Volksgezondheid, en wat de Tweede Kamer er in het eindstadium van heeft gemaakt⁸.

Veldkamp heeft het wetsvoorstel in 1966 ingediend onder de titel "Algemene wet zware geneeskundige risico's". Hij had van meet af aan de bedoeling om behalve langdurige ziekenhuiszorg langer dan een jaar en verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen ook de medisch specialistische zorg en kortdurende ziekenhuisopname onder deze zware risico's te scharen. Andere categorieën van zorg zouden later bij ministeriële regeling worden aangewezen. Daarbij werd gedacht aan "zwakzinnigeninrichtingen, inrichtingen voor lichamelijk en zintuiglijk gebrekkigen" en dergelijke. Het includeren van de kortdurende ziekenhuiszorg en de medisch-specialistische zorg bleek evenwel maatschappelijk en politiek onhaalbaar te zijn. Die zorg moest onderwerp blijven van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringen.

Onder druk van de Tweede Kamer heeft Veldkamps' opvolger, de ARP'er Roolvink, de wet in een andere richting verbreed. De Kamer vond dat de aanduiding "zware geneeskundige risico's" te beperkt was gericht op het medische domein. De wet zou zich juist meer moeten uitstrekken tot de terreinen welzijn en maatschappelijk werk. Mede om die reden is de titel gewijzigd in Algemene wet bijzondere ziektekosten en werd als brede doelstelling geformuleerd: "Verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot die zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van arbeidsgeschiktheid. Of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening". Om invulling aan deze doelstelling te kunnen geven werd de AWBZ opgezet als een raamwet waarbinnen bij Algemene maatregel van bestuur nieuwe zaken konden worden geregeld. Dat is feitelijk ook gebeurd (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Uitbreiding van AWBZ-verzekerde zorg

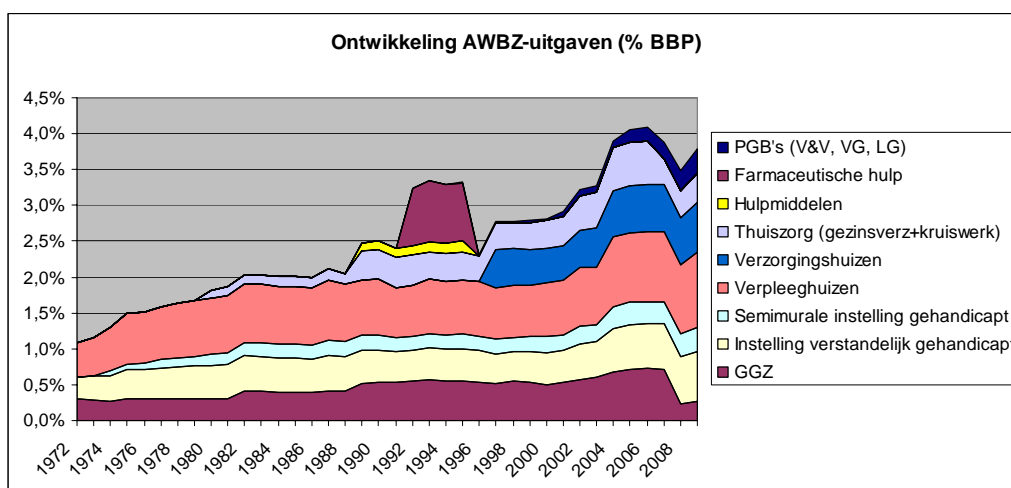
1968	Verpleeghuis- en gehandicaptenzorg
1970	Medische kindertehuizen
1971	Medische kleuterdagverblijven, Het Dorp
1973	Dagverblijven
1974	Preventie/screening en vaccinatieprogramma's
1976	Gezinsvervangende tehuizen
1977	Dagbehandeling in verpleeginrichtingen
1980	Kruiswerk (wijkverpleegkundigen)
1982	Riagg (ambulante geestelijke gezondheidszorg)
1989	Gezinsverzorging, hulpmiddelen en psychiatrische hulp
1997	Verzorgingshuizen (wet op de bejaardenoorden)

⁸ "Tussen volksverzekering en vrije markt", pag. 709 e.v. K.P. Companje (Red), 2008.

3.2 Uitgavenontwikkeling en financiering

De stapsgewijze verbreding van AWBZ-aanspraken is ook goed terug te zien in figuur 3.1. Duidelijk herkenbaar zijn de invoeging van het kruiswerk in 1980 (als thuiszorg), de verbreding daarvan met gezinshulp in 1989, van de verzorgingshuizen in 1997 en de introductie van het PGB kort daarvoor. De 'bult' in het midden van de figuur houdt verband met de tijdelijke opname van geneesmiddelen in het AWBZ-pakket. Die waren overgeheveld in de periode dat de AWBZ was voorbestemd om het vehikel te worden voor de algemene basisverzekering, indachtig het rapport van de Commissie Dekker in 1987. De recente knik in de ontwikkeling is veroorzaakt door de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de door de gemeenten uitgevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 1997 en de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg (ambulant en intramuraal korter dan een jaar) naar het pakket van de Zorgverzekeringswet. Het effect van de recente maatregel om de functie Begeleiding te beperken is in de figuur nog niet zichtbaar.

Figuur 3.1 Peil (in % bbp) en mix van de AWBZ-uitgaven



Toen de AWBZ in 1968 van kracht werd bedroeg de premie 0,41%. Inmiddels is dit 12,15%. Ondanks de sterke stijging van de premie dekt de premie-opbrengst nog maar drievijfde van de AWBZ-uitgaven. Van meet af aan kende de AWBZ een systeem van inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor intramurale zorg, zij het aanvankelijk op zeer bescheiden schaal. Besparing op kosten van levensonderhoud was het motief. Vanaf 1983 zijn de eigen bijdragen verhoogd. Als motief werd nu ook de noodzaak van medefinanciering genoemd. Met de komst van de verzorgingshuizen in de AWBZ in 1997 veranderde het eigen-bijdrageplaatje drastisch. Het afschaffen van de vermogenstoets bij de verzorgingshuizen – ouderen hoefden hun vermogen niet langer aan te spreken voor een bijdrage in de pensioenprijs – werd gecompenseerd door de bijdrageregeling voor de overige intramurale voorzieningen in de AWBZ aan te scherpen. Ook werd voor zorg aan huis een eigen bijdrage verschuldigd.

3.3

Aansturing en uitvoeringsorganisatie

Zo gestaag als de reikwijdte van de AWBZ en de ermee gemoeide uitgaven zijn gegroeid, zo constant is eigenlijk de bestuurlijke inrichting gebleven. Toen de AWBZ in 1968 van start ging werd voor de uitvoering aangesloten bij de Ziekenfondswet die in 1964 zijn beslag had gekregen. Via verplichte, zogenoemde verbindingskantoren, dienden de ziekenfondsen landelijk vastgestelde overeenkomsten te sluiten met door de minister erkende instellingen. Voor de indicatiestelling dienden de medische adviseurs van de Ziekenfondsen en de Gemeenschappelijke Medische Diensten (GMD) die in het kader van de WAO waren opgericht. Afgezien van de periode begin jaren '90 (zie boven) is nu nog veel van de oorspronkelijke inrichting, zij het achter nieuwe namen, zichtbaar:

- ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars zijn nu zorgverzekeraars geworden maar ook zij zijn formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden;
- de verbindingskantoren heten nu zorgkantoren; in plaats van door een verplichting in de wet voeren ze op basis van een vrijwillig mandaat van alle zorgverzekeraars de AWBZ uit;
- de contracteerplicht is er voor de intramurale zorg nog steeds;
- de indicatiestelling is van Ziekenfonds- en GMD-artsen (en later ook nog het Indicatieorgaan bejaardenoorden) via Regionale indicatieorganen overgegaan in het landelijke Centrum Indicatiestelling Zorg van nu.

De belangrijkste vernieuwingen in de sturing van de AWBZ zijn achtereenvolgens geweest: de invoering van het PGB, waarmee de AWBZ-cliënt zelf meer over zijn of haar zorg te zeggen kreeg, de overheveling van de huishoudelijke zorg naar de Wmo waarmee de gemeenten een rol in de uitvoering kregen en de overheveling van de kortdurende geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet, waarmee zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn gemaakt voor een deel van de uitvoering.

Opvallende rode draad in de geschiedenis van de AWBZ is dat telkens als de uitgavenontwikkeling en de doelmatigheid van de AWBZ ter discussie stonden, de oplossingen werden gezocht in uitbreiding van de AWBZ met nieuwe lichte vormen van zorg (eerste lijn, welzijnsvoorzieningen, ambulante GGZ, kruiswerk) om zodoende het beroep op dure intramurale zorg uit te stellen.

4 De AWBZ in internationaal perspectief

4.1 AWBZ: uniek stelsel

Internationaal gezien is de AWBZ – een volksverzekering die het risico voor bijna alle langdurige zorg afdekt – uniek. Voor zover andere landen kiezen voor een verzekering blijft zij of beperkt tot minvermogenden (*Medicaid* in de Verenigde Staten) of heeft zij het karakter van een bijdrage in door cliënten gemaakte kosten (de Duitse *Pflegeversicherung*). Wel kennen veel landen meer of minder uitgebreide collectieve voorzieningen die voorzien in *social care* respectievelijk *long-term care*. Kenmerkend voor de bedoelde voorzieningen zijn (1) het ontbreken van een individueel recht op zorg, (2) de sterkere oriëntatie op maatschappelijke ondersteuning en (3) de grotere lokale en regionale variatie in het voorzieningenniveau. Elk systeem in Europa heeft zijn eigenaardigheden, gevormd door historie en cultuur. Het vereist een minutieuze vergelijking van de wetgeving om de verschillen goed te kunnen duiden⁹.

De bijlagen 7 tot en met 9 bevatten beknopte beschrijvingen van de bedoelde voorzieningen in Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. Hoe verschillend 'gelijk' kan zijn leert een vergelijking van de arrangementen in Zweden en het VK. Beide landen hebben gekozen voor het decentralisatiemodel, waarin de lokale overheden verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de langdurige zorg. Zoals blijkt uit tabel 4.1 ligt het uitgavenpeil echter een factor vier uit elkaar. Een ander belangrijk verschil is dat in Zweden de lokale uitvoering is ingebed in het systeem van sociale zekerheid. Duitsland heeft de uitvoering van de *Pflegeversicherung* in handen gegeven van de sociale zorgverzekeraars (*Krankenkassen*) terwijl de verstrekking voor een belangrijk deel bestaat uit een PGB.

4.2 Uitgavenpeil

Het is lastig om de uitgaven aan collectieve langdurige zorg tussen verschillende landen vergelijkbaar te maken. Definitieverschillen en de uiteenlopende inrichting van collectieve stelsels bemoeilijken een eenduidige dataverzameling¹⁰. De internationale vergelijking wordt eenvoudiger wanneer de langdurige zorg wordt beperkt tot ouderenzorg. Uitgedrukt als percentage van het BBP liggen de uitgavenquoten in elf West-Europese landen ver uiteen (tabel 4.1). Ten opzichte van Oostenrijk geeft Nederland tweemaal zoveel uit aan ouderenzorg, ten opzichte van Duitsland globaal driemaal en ten opzichte van Spanje ruwweg viermaal.

⁹ Over grenzen, Vijfwinkel, De Visser, Scholten, aug. 2008.

¹⁰ OECD, Health at a glance.

Tabel 4.1 Collectieve uitgaven aan langdurige ouderenzorg (2007, % BBP)^a

Zweden	2,90	Italië	1,23
Nederland ^b	2,10	Oostenrijk	1,11
Denemarken	1,60	Verenigd Koninkrijk	0,72
Finland	1,59	Duitsland	0,66
België	1,26	Spanje	0,43
Frankrijk	1,24		

a. Gecorrigeerd voor het verschil in grijze druk ten opzichte van Nederland.

b. Cijfer voor Nederland geschoond voor gehandicaptenzorg.

Bron: European Commission and European Policy Committee (2009), *The 2009 Ageing Report*.

Zulke aanzienlijke verschillen kunnen diverse oorzaken hebben, met name het prijsniveau (in sommige landen is vergelijkbare arbeid goedkoper) en het uiteenlopende beroep op de collectieve regeling. Vooral de laatste factor lijkt van belang te zijn. Uit nadere analyse van beschikbare cijfers blijkt dat Nederland aan kop gaat bij het aantal mensen dat langdurig in instellingen verblijft. De kans dat een 65-plusser in een instelling woont is in Nederland 1,75 maal zo groot als in Duitsland, 1,7 maal zo groot als in Engeland en tweemaal zo groot als in de VS. Alleen Belgen wonen naar verhouding iets vaker in een instelling dan Nederlanders¹¹. Van de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is het eveneens bekend dat deze internationaal gezien omvangrijk en sterk geïnstitutionaliseerd zijn. Het volume vormt dus een belangrijke verklaring voor onze, internationaal gezien, hoge collectieve uitgaven.

Er is vermoedelijk ook een prijsverschil in het nadeel van Nederland¹², al is het lastig om de prijzen over de grenzen heen goed te vergelijken. Bouw- en exploitatiekosten kunnen behoorlijk verschillen tussen landen en de diversiteit van eigenbijdragesystemen kan instellingen meer of minder ruimte geven om eigen diensten aan te bieden. Desalniettemin valt op dat waar andere landen een kostenniveau hebben dat ongeveer op het niveau van onze verzorgingshuizen ligt (30.000 euro tot 35.000 euro per jaar per bezet bed), onze verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg aanzienlijk hogere kosten kennen. De vraag is of dit komt door betere zorg en zorgkwaliteit, of dat hogere (loon)kosten en prijzen in Nederland de doorslag geven.

Internationaal gezien zijn de eigen bijdragen in Nederland laag. In Duitsland en België zijn ze gemiddeld bijna tweemaal zo hoog. Landen als het VK en de VS kennen een strenge inkomens- en vermogenstoets. In de meeste andere landen is de eigen bijdrage bovendien afhankelijk van de gekozen instelling; voor duurder en luxer wonen moet meer worden betaald. De AWBZ kent dat onderscheid niet.¹³

4.3 Toegang tot de zorg

Een recente studie¹⁴ naar de toegang tot langdurige zorg in Europese landen geeft een aantal verklaringen voor het relatief grote aantal mensen dat hier in Nederland gebruik van maakt. Zo is het de onderzoekers opgevallen dat de toegangsdrempel nergens zo laag is als in Nederland. Elders zijn de criteria ter bepaling van de zorgbehoefte en urgentie van opname aanzienlijk scherper. Daarginds is kennelijk

¹¹ M. Pomp, *Uitgavenbeheer in de ouderenzorg*, RVZ, Den Haag, 2008.

¹² Een p en q analyse met het VK en Duitsland maakt duidelijk dat er in de ouderenzorg ook p effecten zijn. In het VK is dat ongeveer 0,85% bbp: $(2,1 - (0,72 * 1,7))$; in Duitsland 0,95% bbp $(2,1 - (0,66 * 1,75))$.

¹³ M. Pomp, *Uitgavenbeheer in de ouderenzorg*, RVZ, Den Haag, 2008.

¹⁴ Hoe komt de burger in Europa aan zorg, Eijlders, Ros, Schrijvers, mei 2009.

het uitgangspunt dat mensen langer meer zelf kunnen doen, in voorkomende gevallen met hulp van familie en sociale omgeving.

Een belangrijk verschil is bovendien dat het indicatiebesluit, dat in Nederland als beschikking geldt die een wettelijk recht op zorg geeft, elders in Europa niet bestaat. Daar heeft de indicatiestelling veeleer het karakter van een advies, waarmee binnen de collectieve voorziening, mede op basis van urgentie, naar een passende oplossing wordt gezocht. Buiten Nederland is het onderscheid tussen kortdurende en chronische zorg ook scherper. Daar moet iemand eerst 'erkend' worden als chronisch zieke of gehandicapte. In dat geval heeft betrokkene niet alleen toegang tot zorg maar ook tot andere voorzieningen op de terreinen arbeid, opleiding, mobiliteit, huisvesting en inkomen. Tot slot is voor het verschil in toegang van belang dat, zoals eerder opgemerkt, de eigen bijdragen in de AWBZ internationaal gezien laag zijn.

5 Van probleemanalyse naar beleidsvarianten

5.1 Inleiding

De groei van de AWBZ-uitgaven kwam in het verleden als onderwerp regelmatig terug op de politieke agenda. In een reeks adviezen en rapporten¹⁵ zijn de snel oplopende AWBZ-uitgaven een punt van bekommernis genoemd.

De opstellers van deze documenten tonen zich tamelijk eensgezind over zaken in de AWBZ die veranderd zouden kunnen worden om tot een meer beheerste uitgavenontwikkeling te komen, zonder de belangen te schaden van mensen voor wie langdurige zorg onmisbaar is. Zo worden vragen gesteld bij de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Stimuleert deze alle betrokken partijen voldoende om ook bedrijfsmatig te denken en te handelen? Verder geven deze rapporten aan dat de omschrijving van de aanspraken beter kan worden afgebakend in relatie tot andere sectoren. Deze signalen impliceren dat besparingswinst valt te behalen door maatregelen die bestaande ondoelmatigheden wegnemen.

Besparingen door grotere doelmatigheid leveren de minste pijn op voor mensen die op AWBZ-zorg zijn aangewezen. Gegeven de taakopdracht van de werkgroep zijn nog andere maatregelen nodig om 20% op het bestaande uitgavenniveau te kunnen besparen. Zulke maatregelen komen neer op beperking van de doelgroep, versoering van het verzekerde pakket en hogere eigen betalingen van gebruikers.

Hierna volgt een hoofdzakelijk economische analyse, aangezien het niet aan de werkgroep is een waardeoordeel uit te spreken over denkbare besparingsopties. Daarom worden na de analyse (paragraaf 5.2) en aandachtspunten die bij het zoeken naar alternatieven niet uit het oog mogen worden verloren (paragraaf 5.3) vier varianten geschetst die elk hun eigen invalshoek kennen (paragraaf 5.4). Deze varianten worden in hoofdstukken 6 tot en met 9 verder uitgewerkt.

5.2 Besparingen door doelmatigheid

De werkgroep onderscheidt vier dimensies van doelmatigheid die van belang zijn bij het opnieuw inrichten van de collectieve regeling voor langdurige zorg:

- terugdringen van bovengemiddeld gebruik;
- de zorg wordt geleverd tegen zo laag mogelijke kosten;
- de afstemming en samenhang tussen de AWBZ en de aanpalende sectoren wordt verbeterd;
- kostenbesparing en lagere administratieve lasten door minder bureaucratie.

In een sector waar ruwweg 600.000 cliënten worden verzorgd en verpleegd door ongeveer een half miljoen medewerkers (lang niet allemaal fulltime) is een doelmatige inzet van personeel uiteraard van groot belang. Tegelijkertijd is het zaak de (intrinsieke) motivatie om goede zorg te verlenen, die bij de zorgverleners aanwezig is, levend te houden. Financiële prikkels en motivatie hoeven elkaar niet te bijten, sterker nog, ze kunnen elkaar versterken. Zorgverleners zullen het meest gemotiveerd zijn om zorg te leveren aan mensen die dat het meeste nodig hebben.

¹⁵ SER (2009). Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ. 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: Mensen met een beperking in Nederland: De AWBZ in perspectief, Zoetermeer, 2005 en ook Beter zonder AWBZ? Den Haag, 2008; 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.

Als door doelmatiger te werken bijvoorbeeld meer ruimte overblijft voor de laatstbedoelde groep, versterkt dit de motivatie.

5.2.1

Terugdringen van bovengemiddeld gebruik

Uit onderzoek¹⁶ in Nederland blijkt dat het zorggebruik per inwoner sterk verschilt tussen gebieden met een vergelijkbare bevolking. Dit geldt zowel voor het gebruik van PGB's als voor zorg in natura. Dit feit kan zowel een aanwijzing zijn voor onbedoeld gebruik (in gebieden met een bovengemiddeld beroep op de AWBZ) als voor onderconsumptie (in gebieden met een benedengemiddeld AWBZ-gebruik). Een verkenning van de wereld achter de cijfers leert dat in de regio's met een relatief hoog zorggebruik vaak een samenloop bestaat van zorgaanbieders die de zorgvraag stimuleren, ruime indicatiestelling en een ruimhartig inkoopbeleid van zorgkantoren. Aangenomen dat regio's met een benedengemiddeld gebruik van AWBZ-voorzieningen geen wachtlijsten hebben en kwalitatief voldoende goede zorg kennen, ontstaat zicht op besparingen die zijn te bereiken door het beroep op de AWBZ landelijk gelijk te trekken.

Onbedoeld gebruik ligt bij veel vormen van langdurige zorg om twee redenen op de loer. Ten eerste kan het ontvangen van persoonlijke verzorging of begeleiding — anders dan bijvoorbeeld een curatieve ingreep — op zichzelf aantrekkelijk zijn. Veel mensen zullen dan ook meer zorg willen consumeren zolang dit geen andere negatieve gevolgen heeft (zoals opname in een verpleeghuis). Dit geldt te meer wanneer mensen zelf hun zorg inkopen. De sterke groei van het aantal PGB-houders (met 260% in de periode 2003–2008) kan hier mede door veroorzaakt zijn¹⁷. Ten tweede is bij veel langdurige zorg de zelfredzaamheid van de cliënt bepalend voor de indicatie. Hierdoor wordt de indicatie subjectiever en makkelijker te beïnvloeden door de cliënt zelf.

In de huidige AWBZ wordt onbedoeld gebruik in de eerste plaats tegengegaan via de onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ. Zo wordt deels voorkomen dat zorgaanbieders de vraag sturen (opdrijven). Aan de huidige praktijk zitten echter ook minder sterke kanten. De Sociaal-Economische Raad signaleerde al dat op dit moment financiële prikkels ontbreken om overindicatie tegen te gaan. Bovendien lokt de brede, zo niet onduidelijke omschrijving van de aanspraken overgebruik uit. Het CIZ beschikt over weinig informatie over de persoonlijke situatie van cliënten en kan uiteindelijk enkel vertrouwen op gegevens die in formulieren te vatten zijn. Ook zit er een onevenwichtigheid in de indicatiestelling van het CIZ. Als de geïndiceerde zorg achteraf onvoldoende blijkt te zijn, kan belanghebbende een herindicatie aanvragen om meer zorg te krijgen. Als de indicatie echter achteraf te ruim blijkt (de cliënt herstelt sneller, kan meer zelf of krijgt meer mantelzorg dan verwacht) moet op de cliënt en/of aanbieder worden vertrouwd dat zij eigener beweging minder gebruik van de AWBZ maken.

In de tweede plaats wordt onbedoeld gebruik deels tegengegaan doordat AWBZ-ontvangers eigen bijdragen moeten betalen. Zowel bij extramurale AWBZ-zorg als bij intramurale zorg is de te betalen eigen bijdrage afhankelijk van het inkomen. Voor extramurale zorg geldt een minimale bijdrage van 17,60 euro (alleenstaande) dan wel 25,20 euro per vier weken, met een oploop van 15% voor hogere inkomens. Voor intramurale zorg geldt een ingewikkelde formule bij de berekening van eigen bijdragen. Zo is de hoogte van de hoge eigen bijdrage intramurale AWBZ – die verschuldigd is bij langdurig verblijf in een instelling, tenzij er een

¹⁶ CEBEON, 2010, Er is gebruik gemaakt van een conceptversie van het onderzoek. Medio april zal het afgerond zijn.

¹⁷ Een andere oorzaak van de sterke groei van de PGB's kan bijvoorbeeld zijn dat hiermee de wachtlijstproblematiek voor een deel is opgelost.

thuiswonende partner is – onder meer afhankelijk van leeftijd, huishoudvorm, hoogte van het inkomen en inkomensbron (Wajong, arbeidsinkomen, overig). Bij kortdurend verblijf dan wel 'volledig pakket thuis' geldt de lage eigen-bijdragesystematiek. Door de wirwar binnen de eigen-bijdragesystematiek voor intramurale zorg verschilt de hoogte van de verschuldigde bijdrage voor personen met een vergelijkbaar inkomensniveau. In het ene geval is het financieel aantrekkelijk om zorg thuis te ontvangen, in het andere geval is verblijf in een instelling voordeliger. Dit hindert ook een eventuele overstap naar scheiden van wonen en zorg. De eigen bijdrage die AWBZ-gebruikers in Nederland betalen is in vergelijking met andere landen relatief laag¹⁸.

Dat ook de zorgaanbieders een grote rol kunnen spelen bij het terugdringen van onbedoeld gebruik blijkt uit het zogenoemde Buurtzorgconcept. Buurtzorg levert slechts 38% van het geïndiceerde maximale aantal uren, maar toch zijn de klanten erg tevreden. Volgens de maatschappelijke business case (MBC) van buurtzorg wordt op de vergelijkbare markt 70% van de totale indicatie geleverd¹⁹. Als de hele extramurale zorg zo efficiënt zou werken als Buurtzorg²⁰ zou dit volgens de MBC 1,9 miljard euro aan besparingen opleveren. De MBC stelt hierbij zelf wel een duidelijk kanttekening: "Het 'Nederland scenario' (1,9 miljard euro) is een theoretische doorrekening, bedoeld om de potentie van het concept te schetsen waarbij de aannames, veronderstellingen en kengetallen grondig nader onderzoek vereisen."

5.2.2

Zorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten

Gupta²¹ stelt dat zorgaanbieders forse kostenverschillen per eenheid product kennen. Als iedereen in de verpleging, verzorging en thuiszorgsector zou produceren tegen de kostprijs van de meest efficiënte zorgverleners, dan zou 1 miljard euro (8% van de totale omzet van 13,1 miljard) kunnen worden bespaard. De te behalen bezuiniging kan zelfs oplopen tot 2,8 miljard euro (21%) als elke instelling de laagst mogelijke kosten per deelgebied (de inzet van personeel, de inkoop of de kapitaallasten) zou realiseren. Ook hier geldt een aantal kanttekeningen. Door de slechte kwaliteit van de gegevens is drievijfde van alle instellingen bij de eindberekening buiten beschouwing gelaten. Verder is onduidelijk in hoeverre de minder doelmatig werkende instellingen patiënten met een hogere zorgzwaarte hadden of betere kwaliteit boden. Verder is het de vraag of lage kosten bij bijvoorbeeld de inkoop van externen niet automatisch gepaard gaan aan hogere kosten voor eigen personeel. Tenslotte is het niet realistisch ervan uit te gaan dat elke instelling even goed kan presteren als de meest doelmatig werkende instelling. Dit is ook niet het geval in andere sectoren.

Ook het project ZonMW geeft een indicatie van de theoretisch haalbare doelmatigheidswinst. Dit project heeft bij individuele instellingen innovaties geïntroduceerd die daar tot besparingen hebben geleid. Als deze innovaties bij andere instellingen tot even grote besparingen zouden leiden, kunnen de productiekosten met miljarden dalen. Ook deze inschatting is echter met grote onzekerheid omgeven, zoals ZonMW zelf stelt.

Hoe kunnen beleidsmakers bereiken dat zorgaanbieders ook daadwerkelijk tegen lagere kosten gaan produceren? Hier zijn zowel (financiële) prikkels als de

¹⁸ Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: drie beleidsopties. P. 139.

¹⁹ MBC Buurtzorg Nederland. Door de introductie van het bonus-malussysteem is vanaf 2008 het aantal uren geleverde zorg in de klasse bij de functies persoonlijke verzorging en begeleiding afgenomen.

²⁰ Deze grotere doelmatigheid ontstaat niet enkel door minder uren verleende zorg, maar bijvoorbeeld ook door lager ziekteverzuim bij de medewerkers.

²¹ Trouw aan de belofte, januari 2010. Rapport over sector verpleging en verzorging.

bedrijfscultuur van zorginstellingen van belang. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt op dit moment maximumtarieven vast. Dit kan remmend werken op *prijsstijgingen*, maar zal niet snel leiden tot lagere prijzen. Doordat de NZa rekent met de bestaande kostenstructuur van de AWBZ-instellingen worden aanwezige ondoelmatigheden in het maximumtarief gehonoreerd. Ook bij de onderhandelingen van zorgkantoren met de zorgaanbieders bestaan weinig prikkels om tot grotere doelmatigheid te komen. De onderhandelingsruimte voor zorgkantoren is beperkt, met name bij intramurale zorg (het zorgkantoor kan daarbij slechts 2% onder de maximumprijs bieden en heeft een contracteerplicht). De zorgkantoren hebben geen financiële prikkel om tot lagere prijzen te komen²².

De stelselvarianten die in latere hoofdstukken worden geschetst omvatten maatregelen die de doelmatigheidsprikkels versterken. Het is echter de vraag of dit voldoende is. De sector langdurige zorg is vele jaren aanbodgestuurd geweest. Het sinds 1968 in zwang zijnde budgetstelsel heeft de (bedrijf)cultuur van de sector bepaald. Pas enkele jaren geleden is gestart dit stelsel te kantelen in de richting van vraagsturing. Niet alleen bij de bekostiging, door invoering van zorgzwaartepakketten, maar tegelijkertijd door de introductie van prestatie-indicatoren en het individuele zorgplan. Hierdoor moet de bedrijfscultuur op de schop. Het denken moet van 'houden wat we hebben' naar 'met minder meer'. Hiervoor is het van belang dat de kennis en ervaringen van voorlopers worden gedeeld met de gehele sector.

Uiteindelijk draait het om de vraag hoe grotere doelmatigheid bij de zorgaanbieders kan leiden tot lagere kosten voor de overheid. Het antwoord is sterk afhankelijk van de inrichting van het stelsel. Uit het verleden zijn twee maatregelen bekend. Ten eerste de tariefmaatregel; lagere kosten bij aanbieders worden afgeroomd door lagere maximumtarieven vast te stellen. Ten tweede de recente overheveling van de huishoudelijke zorg van de AWBZ naar de Wmo. Doordat gemeenten een prikkel kregen om prijsbewuster zorg in te kopen, is een besparing van circa 20% gerealiseerd²³. Overigens was er ook kritiek, omdat de gemeenten soms onder de kostprijs zouden hebben gecontracteerd. Verder verschilt het zorgniveau van plaats tot plaats, wat soms als bezwaar wordt gezien.

5.2.3

Betere samenhang met aanpalende terreinen

Mensen die AWBZ-gefinancierde zorg krijgen doen vaak een beroep op zorgvoorzieningen die vastliggen in andere regelingen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar ook de Wajong, Wet sociale werkvoorziening en het budget voor Jeugdzorg. Het eerste jaar dat iemand in het ziekenhuis ligt komt voor rekening van de Zvw. Daarna neemt de AWBZ de financiering over. Naarmate iemand vlugger uit het ziekenhuis wordt ontslagen, vermindert de kans dat hij of zij ten laste van de AWBZ komt. Naarmate de ziekenhuisbehandeling effectiever is, zal minder vaak een daaropvolgend verblijf in het verpleeghuis nodig zijn. Op dit moment ontbreekt de financiële prikkel bij zorgverzekeraars om de eigen zorg zo in te richten dat de kosten bij de AWBZ zo klein mogelijk blijven²⁴.

²² Als het zorgkantoor op zijn budget overhoudt, vloeit dit overschot terug naar het AFBW. Bij een overschrijding van het jaarbudget wordt herverdeeld tussen zorgkantoren, en wordt anders het budget verhoogd of ontstaan wachtlijsten. In geen enkel geval hoeft de concessiehouder (de regionaal dominante zorgverzekeraar) zelf bij te springen (dit is zelfs niet toegestaan).

²³ Overigens is het niet zeker dat de besparing volledig structureel is. Zie: SCP (2009), *Definitief advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2010*.

²⁴ Het zorgkantoor ervaart mogelijk wel een prikkel om de langdurige zorg zo in te richten dat de kans op (nieuw) beroep op geneeskundige zorg wordt beperkt, aangezien de concessiehouder (de grootste zorgverzekeraar in de regio) zelf een deel van de geneeskundige zorg moet vergoeden.

De Wmo raakt de AWBZ op drie manieren. Ten eerste doen veel cliënten een beroep op zowel Wmo-voorzieningen als AWBZ-zorg, bijvoorbeeld via de combinatie van huishoudelijke hulp (Wmo) en persoonlijke verzorging (AWBZ). Ten tweede is zowel de Wmo als de AWBZ (via de begeleidingsfunctie) erop gericht dat burgers kunnen participeren in de samenleving. Bij onduidelijkheid over de instantie die deze taak op zich moet nemen gaat de AWBZ voor, wat betekent dat gemeenten weinig prikkels hebben om deze taak uit te voeren, ook al zouden zij dit kosteneffectiever kunnen, bijvoorbeeld door een collectief arrangement aan te bieden. Ten derde hebben de eigen bijdragen in de Wmo voorrang op die in de AWBZ, terwijl het totaal aan eigen bijdragen gemaximeerd is. Een stijging van de Wmo-kosten, en daarmee een stijging van de eigen bijdrage Wmo, holt dus de opbrengst van de eigen bijdrage voor de AWBZ uit.

Daarnaast raakt gemeentelijk beleid inzake ruimtelijke ordening en sociale werkplaatsen de AWBZ. Door voldoende woningen te bouwen die toegankelijk zijn voor zorgbehoevende burgers is minder intramurale AWBZ-zorg nodig. Door intramurale instellingen de ruimte te geven hun bouwplannen zo veel mogelijk aan de zorgverlening aan te passen kan de doelmatigheid binnen deze instellingen omhoog. De WSW is bedoeld voor mensen met een arbeidsbeperking die niet bij een reguliere werkgever aan de slag kunnen, maar wel regelmatig loonvormende arbeid kunnen verrichten (beschut werken, begeleid werken). Deze groep heeft ook vaak AWBZ-begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen wonen.

Via jongeren, een relatief kleine doelgroep van de AWBZ, bestaan raakvlakken met jeugdzorg, Wajong en onderwijs. Het gaat vooral om de zeer snel groeiende groep SG/LVG-jeugdigen die sterk gedragsgestoord en/of licht verstandelijk gehandicapt zijn (met een intelligentiequotiënt tussen 70 en 85). Er zijn ongeveer 44.000 kinderen van 4 tot 18 jaar met een PGB op basis van de AWBZ. Circa 41.000 van deze kinderen volgen onderwijs, voornamelijk speciaal onderwijs. Circa 6.500 leerlingen besteden een deel van het PGB op school. De inzet varieert hierbij sterk, van een half uur tot meer dan 20 uur per week. Veruit het grootste deel wordt ingezet voor vormen van begeleiding. Uit onderzoek in Utrecht en Noord-Brabant volgt dat van de jongeren die in 2007 de Wajong ingestroomd zijn circa 35% eerder al een PGB ontving. Zowel de Wajong als de AWBZ bieden ondersteuning aan bij het participeren in de samenleving. De Bureaus jeugdzorg zijn gemachtigd om jongeren te indiceren voor AWBZ-zorg. De AWBZ-zorg valt anders dan de zorg die de bureaus zelf verlenen niet onder hun budget.

Hoewel geen kwantitatieve schattingen beschikbaar zijn over de te behalen doelmatigheidswinst, is het zaak bij de nieuwe inrichting van de AWBZ de overlap met andere domeinen zoveel mogelijk te vermijden en financiële prikkels zo in te zetten dat afwenteling vanuit en naar de AWBZ wordt voorkomen.

5.2.4

Lagere kosten en geringere administratieve lasten door minder bureaucratie
De uitvoering van de AWBZ ligt in belangrijke mate in handen van (semi)publieke organisaties. De belangrijkste daarvan zijn het CIZ (indicatiestelling), de zorgkantoren (zorginkoop), het CAK (bevoorschotting, eigen bijdragen) en de MEE-organisaties (ondersteuning van cliënten). De uitvoeringskosten van het CIZ bedragen rond de 120 miljoen euro. Het CIZ is in het huidige stelsel met name nodig om onbedoeld zorggebruik tegen te gaan en iedereen gelijke toegang tot de AWBZ te geven. De zorgkantoren vormen de schakel tussen zorgvragers en zorgaanbieders. Hun uitvoeringskosten bedragen ca 1% van het AWBZ-budget (ca. 200 miljoen euro). Het CAK bevoorschot de zorgaanbieders en berekent en int de

verschuldigde eigen bijdragen van AWBZ-gebruikers. De kosten die het CAK voor de AWBZ maakt hangen deels samen met de huidige budgetfinanciering en de complexiteit van het stelsel van eigen betalingen.

De MEE-organisaties zijn voortgekomen uit de psycho-sociale diensten van gemeenten en rekenen het tot hun taak om AWBZ-zorgvragers te begeleiden. Jaarlijks ontvangen de MEE-organisaties ca. 180 miljoen euro subsidie. Deze ondersteuning is met name gewenst, omdat het huidige AWBZ-stelsel voor veel gebruikers te ingewikkeld is. Een andere inrichting van het stelsel maakt sommige functies van deze instellingen minder dringend, wat besparingen mogelijk maakt.

Een alternatieve vormgeving van het stelsel kan ook de administratieve lasten verminderen. Enerzijds voor de cliënten, anderzijds in het financiële- en berichtenverkeer tussen uitvoerende instanties.

5.3 Toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit

Een besparing op de uitgaven voor de AWBZ van 20% – dit is de taakopdracht van de werkgroep – valt niet te vinden, uitsluitend door de doelmatigheid bij de uitvoering op te voeren. Hiervoor is het, wanneer de AWBZ in zijn huidige grondvorm in stand blijft, onvermijdelijk de doelgroep scherper af te grenzen, het verzekerde pakket in te snoeren en eigen betalingen van zorggebruikers te verhogen (hoofdstuk 6). Op langere termijn zijn via stelselwijzigingen prikkels aan te brengen die omvangrijke doelmatigheidswinst binnen bereik brengen. Drie varianten van een stelselwijziging – elk met een eigen oriëntatie – worden in de hoofdstukken 7 tot en met 9 naar voren geschoven. Bij een beoordeling van elk van de varianten vragen vijf aspecten aandacht²⁵:

1. zijn de risico's waar het om gaat privaat verzekeraar?;
2. in hoeverre is er behoefte aan een collectieve sociale verzekering?;
3. hoe staat het met het waarborgen van kwaliteit?;
4. de gewenste mate van inkomenssolidariteit;
5. mogelijke effecten op de arbeidsparticipatie.

5.3.1 *In hoeverre vallen gegeven risico's privaat te verzekeren?*

Het privaat verzekeren van vormen van langdurige zorg wordt met name bemoeilijkt, doordat cliënten vaak meer informatie over hun zorgvraag hebben dan verzekeraars. Hierdoor zullen vooral mensen die veel kans hebben op grote zorguitgaven zich verzekeren. Dit maakt het onaantrekkelijk voor private partijen om de verzekering aan te bieden²⁶. Soms weet de burger bijna 100% zeker dat hij zorg nodig zal hebben, bijvoorbeeld door genetische informatie²⁷. De verzekeraar beschikt niet over die kennis. Daarnaast zal geen private verzekeraar een 'brandend huis' willen verzekeren. Zonder door de overheid gedicteerde acceptatieplicht zal geen verzekeraar een zwaar gehandicapt geboren kind in de portefeuille nemen.

²⁵ In de taakopdracht is de volgende instructie opgenomen: "De beschrijving van de beleidsvarianten bestaat in ieder geval aandacht aan de volgende aspecten: doelmatigheid (gelet op de beoogde doelstelling), draagvlak voor solidariteit tussen gezond en ongezond in de bekostiging, beheersbaarheid van de uitgaven en inkomsten, inkomenseffecten, private verzekeraarbaarheid van (zorg)kosten en uitvoerbaarheid." De doelmatigheid is in paragraaf 5.2. behandeld. De overige elementen – evenals de effecten op de arbeidsparticipatie – komen in deze paragraaf aan de orde.

²⁶ Het verhogen van de premie om dit verlies te dekken heeft voor de verzekeraar geen zin, omdat dan enkel de allergrootste risico's zich zullen verzekeren.

²⁷ Het is mogelijk dat toenemende kennis op genetisch terrein het averse selectie probleem versterkt, zie: Private Information about Health Risks Can Undermine Insurance Markets Emily Oster, Ira Shoulson, Kimberly Quaid, and E. Ray Dorsey.

In zulke gevallen zal een collectieve regeling moeten worden getroffen²⁸. Voor bepaalde onderdelen van de langdurige zorg, vooral ouderenzorg, is de kans dat mensen hier een beroep op gaan doen in hun leven redelijk zeker. Dit maakt het minder voor de hand liggend om dit via een schadeverzekering te regelen. Mensen hiervoor zelf (gefaciliteerd) te laten sparen lijkt meer aangewezen. Omdat de focus van deze werkgroep echter op 2015 ligt en een dergelijke regeling vanwege de opbouw van kapitaaldekking een zeer lange overgangstermijn vergt, is dit in dit rapport niet verder uitgewerkt.

5.3.2

In hoeverre bestaat behoefte aan een collectieve sociale verzekering?

Een collectieve regeling heeft meer bestaansredenen naarmate de onzekerheid over het lopen van risico's groter is en de potentiële financiële schade door die risico's omvangrijker is. Voor voorzienbare gebeurtenissen kunnen individuen zelf sparen²⁹ en kleinere uitgaven kunnen zij vanzelfsprekend gemakkelijker zelf opvangen. Bij sommige zorgkosten is het zeer waarschijnlijk dat iedereen deze verzekerd zou willen hebben, of regelt de overheid de verzekering collectief uit paternalistische motieven (denk aan medisch noodzakelijke behandelingen). Bij andere behoeften, zoals die aan persoonlijke verzorging of begeleiding is het waarschijnlijker dat sommige mensen het risico durven te nemen dat zij zonder deze zorg komen te zitten en wordt dit maatschappelijk ook gemakkelijker geaccepteerd. Tevens ligt het in de rede dat bemiddelde burgers liever voor 'zelfverzekering' opteren dan hun medeburgers die het minder breed hebben, omdat zij een financiële tegenvaller gemakkelijker kunnen opvangen. Dit pleit ervoor om bij een beperking van doelgroepbereik of pakketbreedte toch een vangnetregeling te treffen voor de laagste inkomens³⁰.

5.3.3

Kwaliteit

Dat zorg in principe via de private markt georganiseerd kan worden betekent nog niet dat ieder individu ook in staat is op deze markt de geleverde kwaliteit goed te kunnen monitoren. In het huidige stelsel zijn zorgkantoren verplicht om zorg van goede kwaliteit te leveren voor iedereen die daarvoor geïndiceerd is. Wanneer deze functie vervalt, zal het nodig blijven om individuen te helpen die niet in staat zijn zelf deze kwaliteit te borgen.

5.3.4

Inkomenssolidariteit

In de huidige AWBZ is sprake van solidariteit vooraf en solidariteit achteraf. De solidariteit vooraf wordt bewerkstelligd, doordat de AWBZ-premie wordt geheven als percentage van het inkomen (tot het einde van de tweede tariefschijf, ca. 33.000 euro) en doordat een deel van de kosten ten laste van de algemene middelen komt. De inkomenssolidariteit krijgt achteraf vorm, doordat de hoogte van de eigen betalingen van AWBZ-cliënten afhangt van het inkomen. Door in het verzekerde pakket te snijden gaat automatisch een deel van de ingebakken inkomenssolidariteit verloren. Lage inkomens betaalden voor deze weggevallen verzekering immers een lagere premie dan hogere inkomens. En lagere inkomens hoefden bij deze aanspraken minder eigen bijdragen te betalen dan hoge inkomens. Deze inkomenssolidariteit achteraf kan worden teruggebracht door een vangnet voor de laagste inkomens te scheppen, de inkomenssolidariteit vooraf door

²⁸ Dit wil niet zeggen dat deze regeling ook door de overheid moet worden uitgevoerd. De Zvw is bijvoorbeeld een collectieve regeling die door private verzekeraars wordt uitgevoerd. Doordat de overheid o.a. zorgt voor een acceptatieplicht, verzekeringsplicht en een vereveningssysteem gaat het hier wel om een collectieve regeling.

²⁹ Eventueel kunnen de macrorisico's die zich via dit sparen voordoen via een pensioensystematiek worden opgevangen.

³⁰ Dit collectieve vangnet voor lagere inkomens kan ook gefinancierd worden door de lagere inkomens, waardoor dit niet noodzakelijkerwijs meer inkomenssolidariteit veronderstelt.

de financiering van de afgeslankte AWBZ (nog) progressiever te maken. Hierbij kan het vermogen van AWBZ-gebruikers in de middelentoets worden betrokken.

Arbeidsparticipatie

De AWBZ heeft op dit moment zowel positieve als negatieve effecten op de deelname aan betaalde arbeid. AWBZ-gefinancierde voorzieningen ontlasten mantelzorgers (vooral vrouwen), zodat zij mogelijk eerder en in grotere mate zullen deelnemen aan het arbeidsproces. Door het monetariseren van mantelzorg (via PGB's bijvoorbeeld) neemt de officiële arbeidsparticipatie bovendien toe. Deze extra participatie zal overigens niet snel bijdragen aan een gunstiger beeld van de overheidsfinanciën³¹. De AWBZ-premie vormt daarentegen een belangrijk bestanddeel van de wig van werknemers met een loon beneden modaal. Dat zet een rem op de arbeidsparticipatie. Ook inkomensafhankelijke eigen betalingen voor AWBZ-voorzieningen kunnen remmend werken. Cliënten die door eigen inspanning meer kunnen verdienen, raken de extra koopkracht immers voor een deel kwijt door hogere eigen betalingen. Dit zal met name spelen bij de lichtere zorg. Bij ontvangers van zwaardere zorg (ouderen en zwaar gehandicapten in de intramurale zorg) speelt dit nauwelijks doordat deze groep niet langer actief is op de arbeidsmarkt³². Bij ex ante solidariteit speelt het remmend effect van de marginale druk op de arbeidsparticipatie ook bij mensen die geen AWBZ-zorg gebruiken.

De functie Begeleiding kan er toe bijdragen dat individuen zich beter handhaven in de maatschappij en daarmee op de langere termijn wellicht ook op de arbeidsmarkt. Hoewel andere kanalen primair gericht zijn op ondersteuning bij de arbeid (UWV, gemeenten) zal een lagere zelfredzaamheid in de privé-situatie ook effecten kunnen hebben op de arbeidsparticipatie.

5.4 Houdbaarheid

De werkgroep heeft vanuit de toekomstige houdbaarheid van de uitgaven aan langdurige zorg ook over het jaar 2015 heen willen kijken. Door sterk groeiende uitgavencategorieën van de AWBZ ongedaan te maken en/of door te komen tot een doelmatigere inrichting zal ook de groei van de uitgaven lager zijn dan bij ongewijzigd beleid het geval zou zijn geweest. Bovendien levert een besparing op de AWBZ door demografische ontwikkelingen een grotere bijdrage aan de houdbaarheid dan "normale" besparingen. Deze "houdbaarheidsbonus" werd tot nu toe door het CPB bij besparingen op zorguitgaven op 40% gezet. Een besparing van 4,2 miljard euro in de zorg is in houdbaarheidstermen dus ongeveer gelijk aan een "normale" besparing van 5,9 miljard euro. Overigens is het CPB dit percentage op dit moment opnieuw aan het berekenen.

5.5 Quo vadis AWBZ?

De werkgroep wil het terrein effenen voor te nemen politieke besluiten. Met het oog hierop worden hierna vier denkbare beleidsvarianten geschetst. Eerst een variant waarbij de besparingsdoelstelling binnen het huidige stelsel valt te realiseren. De andere drie varianten bevatten stelselwijzigingen. Zij weerspiegelen elk een bepaalde visie op mens en maatschappij. Door een stelselwijziging kan de

³¹ Dat komt omdat de opbrengst uit de extra arbeid niet snel zal opwegen tegen de kosten die hier collectief tegenover staan. De ontlasting van de mantelzorgers zal deels "verloren" gaan in vrije tijd. Voor zover hier extra arbeidsparticipatie tegenover staat worden de inkomsten uit deze participatie vaak tegen een lager tarief belast dan dat de zorgverlening wordt gesubsidieerd. Ook bij gemonetariseerde mantelzorg zal de belasting die wordt geheven op de inkomsten lager liggen dan de kosten die gemaakt worden voor het betalen van de gemonetariseerde mantelzorg (anders zouden mensen er niet voor kiezen de mantelzorg te "witten").

³² Tenzij we er vanuit gaan dat mensen in hun huidige arbeidsmarktbeslissing rekening houden met het feit dat als zij in de toekomst veel inkomen hebben meer moeten betalen voor eventuele zorg. Dit is een mogelijkheid, maar zal minder snel het geval zijn dan bij direct merkbare inkomenseffecten.

doelmatigheid toenemen, wat andere besparingen minder noodzakelijk maakt. Tegelijkertijd impliceert een stelselwijziging dat de uitkomsten van deze varianten minder zeker zijn. Ook zal het langer duren voordat besparingen zich materialiseren, omdat dit type aanpassingen tijd nodig heeft. In onderstaande figuur zijn deze trekrichtingen in beeld gebracht.

Figuur 5.1. Vier beleidsvarianten



5.5.1 Variant 1: AWBZ Versoberd

In deze variant wordt qua sturingsfilosofie doorgeborduurd op de AWBZ. De regiokantoren die namens alle verzekeraars de AWBZ risicoloos uitvoeren, blijven bestaan. Wel wordt binnen de mogelijkheden de efficiency vergroot, o.a. door een herschikking van de regionale contracteerruimtes. Goed presterende regio's worden de norm bij de herschikking. De aangekondigde overheveling van de revalidatiezorg wordt uitgevoerd. Voor het overige worden er pakketmaatregelen genomen en worden de eigen bijdragen verhoogd. Dit tezamen kan in 2015 een besparing van 20% op de AWBZ-uitgaven opleveren.

5.5.2 Variant 2: Eigen Regie

Deze variant gaat uit van een hoge mate van zelfredzaamheid van mensen. Hierbij past het uitgangspunt van meer eigen verantwoordelijkheid, ook in financiële zin. Zorg regelen, woonruimte huren en zo meer organiseren mensen zelf, zoveel mogelijk met eigen middelen. Langdurige zorg is in dit toekomstbeeld eerst en vooral een verzameling diensten die mensen zelf inroepen bij familie, buurtbewoners, of bij professionals. As de cliënt zelf opdrachtgever is, prikkelt dit optimaal tot doelmatige zorgverlening. In het Duitse stelsel van de *Pflegeversicherung* zijn duidelijke elementen van deze variant aanwezig (zie bijlage 7).

5.5.3 Variant 3: Zorg Dichtbij

In deze variant wordt aangesloten bij de directe leefomgeving van de burger en wordt verbinding gezocht met wonen, welzijn, werken en onderwijs. De gemeente staat dicht bij de burger en is daarom in staat om rekening te houden met de wensen, beperkingen en mogelijkheden van burgers (en hun omgeving). De gemeente zorgt daarom - in een voorzieningenwet - voor het compenseren van de beperkingen van de burger. Hoewel onderling fors verschillend in de breedte en integraliteit van de aangeboden voorzieningen zijn Zweden en Engeland buitenlandse voorbeelden waar dit principe leidend is (zie bijlagen 8 en 9).

5.5.4

Variant 4: Zorg verzekerd

In deze variant ligt veel van de sturing in handen van de zorgverzekeraars. De door marktprikkels gestuurde regierol voor verzekeraars markeert een belangrijk verschil met variant 2 (die uitgaat van regie door de zorgvrager) en met variant 3 (die de regie bij de gemeente legt). Deze beleidsvariant vertoont overeenkomsten met het stelsel dat is geschetst in een recent advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.³³

In de hoofdstukken 6 tot en met 9 staat steeds één variant centraal. Per variant wordt beschreven hoe de keuzes zijn te beargumenteren vanuit de in paragraaf 5.2 en 5.3 gegeven overwegingen. Er is voor gekozen om elke variant zelfstandig leesbaar te laten zijn. Doordat het stramien van de hoofdstukken hetzelfde is en de varianten bovendien meerdere besparingsmaatregelen gemeenschappelijk hebben, kan bij lezing een "gevoel van doublures" ontstaan.

³³ Beter zonder AWBZ? Den Haag, 2008.

6 AWBZ Versoerd

6.1 Inleiding

In deze variant is er – in tegenstelling tot de andere drie varianten – geen sprake van een stelselwijziging. De uitvoering van de AWBZ blijft in grote lijnen zoals deze in hoofdstuk 2 is beschreven. De overheid heeft bepaald met welke beperkingen mensen recht hebben op welk pakket aan zorg vanuit de AWBZ. Het recht ontstaat wanneer iemand langdurig van zorg gebruik moet gaan maken, deze zorg niet op genezing gericht is en onverzekerbaar is. Wanneer iemand een indicatie heeft en daarmee weet op welke zorg hij recht heeft, dan kan hij, met hulp van het zorgkantoor (gemandateerd door de zorgverzekeraar³⁴) zoeken naar een geschikte zorgaanbieder. Doordat de prikkels in het stelsel niet sterk veranderen, is de doelmatigheidswinst die in deze variant kan worden geboekt lager geraamd dan in de andere varianten. Hoewel er aan de *uitvoering* weinig verandert, zijn er wel degelijk grote wijzigingen ten opzichte van de huidige AWBZ. Het pakket wordt sterk versoerd en de eigen betalingen gaan fors omhoog.

6.2 Concrete uitwerking van de variant

Onderstaande tabel vat samen welke maatregelen in deze variant worden genomen. De maatregelen worden onder de tabel nader toegelicht³⁵.

³⁴ De zorgkantoren zijn nu gemandateerd door de zorgverzekeraars. In principe is het denkbaar dat zonder grote gevolgen voor het stelsel, de zorgkantoren worden omgevormd tot ZBO's.

³⁵ De opbrengst van de besparingsmaatregelen komt gefaseerd tot stand, afhankelijk van de noodzakelijke invoeringstermijnen. Voor de fasering is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Per (cluster) van maatregelen is een voorbereidende analyse van de maatregel (inclusief doelgroeponderzoek, financiële analyse en inkomenseffecten) noodzakelijk. Dit wordt gevolgd door een beleidsbrief aan het Parlement met de concrete uitwerking van de maatregel(en). Deels parallel is er sprake van wijziging van wet- en regelgeving, waarbij het tijdsbeslag voor een amvb/beleidsregel op een jaar is vastgesteld en voor wetswijziging twee jaar is gehanteerd. Invoeringsdata zijn altijd gesteld op 1 januari. Bij de implementatie gaat het om voorbereidingen voor de invoering die te maken hebben met wijzigingen in de indicatiestelling, wijzigingen in de AWBZ-brede zorgregistratie, communicatie etc. Tevens is er vanuit uitgegaan dat bij de meeste maatregelen een overgangsrecht (bijvoorbeeld voor bestaande gevallen) van een jaar van toepassing zal worden. De invoeringstermijn is vastgelegd per individuele maatregel. Een clustering van maatregelen kan effecten hebben op de doorlooptijden.

Tabel 6.1. Maatregelen in de variant AWBZ versoberd

Maatregel	2012	2013	2014	2015	2020
1. Er is geen aanspraak meer op begeleiding					
Bruto	0	0,2	2,3	2,4	3,1
Weglek (grove schatting: 50%)	0	-0,1	-1,2	-1,2	-1,5
Netto	0	0,1	1,2	1,2	1,5
2. Afschaffen MEE-subsidies					
Netto	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
3. Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week niet vergoed					
Bruto	0,1	0,8	0,8	0,8	0,9
Hardheidsclausule (grove schatting; 15%)	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Netto	0,1	0,6	0,7	0,7	0,8
4. Geen persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan 6 maanden					
Netto	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
5. Alleen verblijf in verzorging of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,2	0,5	0,7	1,0	2,6
Weglek (onderbouwde schatting)	-0,1	-0,3	-0,4	-0,6	-1,5
Netto	0,1	0,2	0,3	0,4	1,1
6. Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4
Weglek (onderbouwde schatting)	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2
Netto	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
7. Geen recht op gehandicaptenzorg voor IQ>70					
Bruto	0,0	0,1	0,3	0,4	0,5
Weglek (grove schatting: 50%)	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,3
Netto	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
8. Vereenvoudiging en verhoging Eigen Bijdragen					
Netto	0,0	0,0	0,1	0,6	0,7
9. Vermogenstoets					
Netto	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
10. Overheveling revalidatie naar ZVW					
Netto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
11. Budgetkorting op zorgkantoren (3% in 2015)					
Netto	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6
Totale besparing	0,3	1,6	3,2	4,4	5,8

- 6.2.1 *Er is geen aanspraak meer op begeleiding*
De functie begeleiding is in veel Europese landen geen onderdeel van de langdurige zorg en werd ook in het verleden slechts beperkt aangeboden via de AWBZ (zie hoofdstuk 2 en 3). In deze variant wordt begeleiding geheel uit de AWBZ geschrapt zonder overheveling naar andere systemen. De maatregel heeft betrekking op circa 140.000 personen, die problemen ervaren op het gebied van zelfredzaamheid. Het gaat dan met name om ouderen met somatische beperkingen, mensen met verstandelijke en zintuiglijke beperkingen (jeugd en volwassenen) en in mindere mate ook mensen met psychiatrische problemen. Het gaat voor een belangrijk deel om de dagbesteding van deze mensen. Daarnaast gaat het om individuele begeleiding die hulp biedt bij het zelfstandig wonen. Door het schrappen van deze aanspraak zal er een grotere druk op het eigen netwerk, waaronder de mantelzorg, komen. Ook zal er een grotere druk op andere regelingen komen, bijvoorbeeld via de zorgplicht die gemeenten hebben om de participatie in de samenleving te bevorderen (bijvoorbeeld via het compensatiebeginsel in de Wmo. Hierdoor is de gemeente verplicht om voorzieningen te treffen om mensen te compenseren ter compensatie van hun beperkingen in zelfredzaamheid en participatie.³⁶). Bij de pakketmaatregel begeleiding uit 2009 is er 15% gereserveerd voor deze extra uitgaven op andere terreinen. Omdat het nu om zwaardere gevallen gaat, is er besloten 50% te reserveren voor dit type compensatie.
- 6.2.2 *Afschaffen MEE-subsidies*
Met het schrappen van begeleiding komt ondersteuning verder bij gemeenten terecht. Aangezien gemeenten reeds een informatieloket hebben voor ondersteuning, ligt het niet in de rede een publiek gefinancierde MEE-organisatie te handhaven. De meerkosten voor gemeenten zijn meegenomen in de compensatie voor het schrappen van begeleiding. Voor mensen die tot op heden gebruik maken van de diensten van MEE betekent dit dat zij zich voor deze diensten bij de gemeenten of hun eigen netwerk zullen moeten vervoegen.
- 6.2.3 *Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week niet vergoed*
Bij de persoonlijke verzorging wordt verwacht dat de cliënt zélf zorg draagt voor een deel van de persoonlijke verzorging, namelijk 90 minuten per week. Deze 90 minuten komen bovenop de gebruikelijke zorg die het CIZ nu al meeneemt in de indicatiestelling (en dus ook bovenop de gebruikelijke zorg die bij de huishoudelijke verzorging in de Wmo wordt verondersteld bijvoorbeeld³⁷). Deze maatregel betekent voor de 120.000 mensen die gebruik maken van persoonlijke verzorging, dat zij een zwaarder beroep zullen moeten doen op hun eigen netwerk of met eigen middelen de eerste 90 minuten persoonlijke verzorging zelf moeten inkopen. Voor ouders van kinderen met beperkingen geldt dat zij door deze maatregel nog minder snel een indicatie krijgen voor de verzorging van hun kind, zeker wanneer het kind jonger is dan 4 jaar. De maatregel heeft verder duidelijk merkbare gevolgen voor mensen die al persoonlijke verzorging hebben, voor het merendeel mensen van 70 jaar en ouder. Ter vergelijking: de 90 minuten per week blijft ver achter bij de eis die in Duitsland wordt gesteld, namelijk 90 minuten per dag.
- 6.2.4 *Geen persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan zes maanden*
Hiermee wordt de steun werkelijk gericht op langdurige zorg, net zoals in veel omliggende landen. Het betekent dat mensen bij een behoefte aan persoonlijke verzorging voor minder dan zes maanden deze zelf moeten gaan betalen of een extra beroep op hun omgeving zullen moeten doen. Verwacht mag worden dat een

³⁶ In sommige gevallen kan een ander domein (WAJONG of WSW b.v.) meer aangewezen zijn.

³⁷ Voor kinderen geldt al een strengere vorm voor gebruikelijke zorg, namelijk één uur per dag.

groot beroep op de omgeving of eigen financiële middelen haalbaar is zolang dit beroep van tijdelijke aard is. Bij de indicatiestelling wordt vastgesteld of de zorg voor minder dan een half jaar nodig is. Als dit het geval is wordt er geen vergoeding gegeven of zorg geleverd. Voor palliatieve zorg wordt een uitzondering gemaakt.

- 6.2.5 *Alleen verblijf in verzorginghuis of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte*
Uit de pakketbeschrijving van ZZP1 tot en met ZZP3³⁸ blijkt dat er zich in verzorgings- en verpleegtehuizen veel ouderen met een licht somatische beperking bevinden die met extramurale zorg ook in een thuissituatie kunnen leven. Deze naar schatting 60.000 mensen zullen geen vergoeding krijgen voor intramurale verzorging en verpleging (het gaat dan om ZZP1 tot en met ZZP3) maar zullen de vergoeding die bij vervangende extramurale zorg past ontvangen. Bij de extramurale zorg zijn de overheadkosten lager, is er geen vergoeding voor dagbesteding en komen de woonkosten voor eigen rekening. Hoewel de besparing op de woonkosten voor een belangrijk deel verloren gaat aan extra huurtoeslag leveren de andere twee posten de besparing. Voor de mensen op wie deze maatregel betrekking heeft, betekent het dus dat zij zelf hun woonlasten zullen moeten gaan betalen. Zij betalen daarentegen niet meer de hoge eigen bijdrage voor intramurale zorg.
- 6.2.6 *Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte*
De langdurige intramurale GGZ zorg stijgt zeer snel in Nederland in vergelijking met andere landen. Daar is het meer gebruikelijk om de GGZ-zorg buiten de intramurale instellingen te leveren. Daarom wordt als maatregel voorgesteld, het schrappen van de zorgzwaartepakketen GGZ-1 en GGZ-4. Daarmee wordt de intramurale zorg beperkt tot de cliënten die intensieve zorg nodig hebben. Voor een deel van de mensen die nu intramurale zorg krijgen, betekent deze maatregel dat zij voortaan extramurale zorg zullen krijgen.
- 6.2.7 *Geen recht op gehandicaptenzorg bij een IQ hoger dan 70*
Anders dan in veel van de ons omringende landen hebben niet alleen verstandelijk gehandicapten (IQ<70) maar ook zwakbegaafden (IQ<85) recht op zorg als er sprake is van bijkomende problematiek (vaak gaat het dan om een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). De groep zwakbegaafden is een sterk groeiende groep binnen de gehandicaptenzorg. Door het vervallen van de zorg voor deze groep zal er extra druk komen op andere regelingen. Het betreft vooral de 2500 mensen met sterke gedragsproblematiek (ca 1/3 van de populatie die met deze maatregel te maken krijgt). Hiervoor is 50% van het budget gereserveerd. Voor hen, en voor hun omgeving en de maatschappij, kan het immers nadelige effecten hebben als zij op geen enkele wijze meer ondersteuning krijgen.
- 6.2.8 *Vereenvoudiging en verhoging eigen bijdragen*
De huidige eigen bijdrage systematiek intramuraal is een complex systeem, waarbij verschillende kosten, zoals ziektekosten, betaalde belasting en het zak- en kleedgeld mag worden afgetrokken van het 'bestedbaar' inkomen. Over het resterende inkomen wordt dan een eigen bijdrage geheven. Deze bedraagt voor inkomens onder een bepaalde minimumgrens 100%, boven een bepaalde grens mag men over het meerdere 25% houden. De huidige eigen bijdrage systematiek extramuraal is relatief eenvoudig. Tot aan een bepaalde ondergrens betaalt men de minimale eigen bijdrage per periode, boven deze grenzen geldt een marginaal tarief van 15%. Doordat de ondergrenzen zijn vastgesteld op basis van 120% tot 130% van het

³⁸ CIZ-beleidsregels 2010 indicatiestelling AWBZ.

wettelijk minimum loon betaalt men tot aan deze grenzen een beperkt deel van zijn inkomen aan eigen bijdrage (de verhouding tussen eigen bijdrage en inkomen is gering).

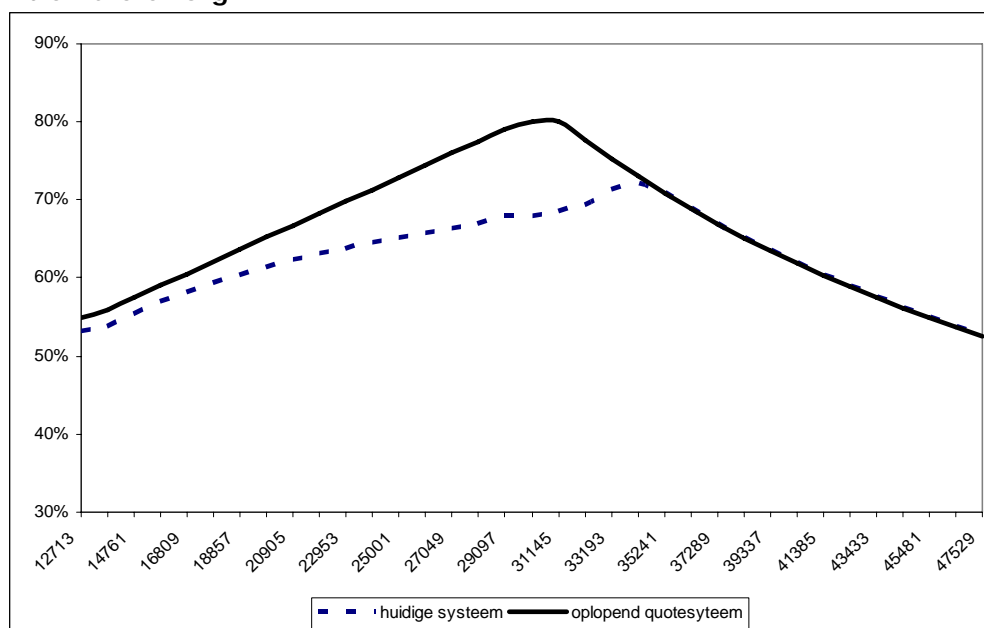
In deze variant wordt het huidige systeem van eigen bijdrage vervangen door een systeem waarbij vanaf een bepaald startniveau, het deel van het inkomen dat men betaalt aan eigen bijdrage oploopt met het inkomen. Dit is geen nieuwe systematiek, de huurtoeslag kent al een dergelijk oplopend quotesysteem. De opbrengsten van deze maatregel zullen door de anti-cumulatie voor een belangrijk deel neerslaan in de Wmo (bij gemeenten). Er wordt vanuit gegaan dat deze opbrengst voor gemeenten wordt afgeroomd.

In onderstaande figuren is één en ander uitgewerkt voor de alleenstaande 65-plusser. Deze betaalt, met een minimuminkomen, in het huidige systeem in de intramurale zorg een eigen bijdrage van circa 53% van zijn inkomen. Dit loopt op tot maximaal 70% van het inkomen. In het nieuwe systeem bedraagt de eigen bijdrage bij het startpunt 55% en loopt het op tot maximaal 80%. De alleenstaande 65-plusser met een minimuminkomen betaalt in het huidige systeem voor de extramurale zorg een eigen bijdrage van circa 2 tot 3% van zijn inkomen. Dit loopt op tot maximaal 11% van het inkomen. In het nieuwe systeem bedraagt de eigen bijdrage bij het startpunt 10% en loopt op tot maximaal 25%.

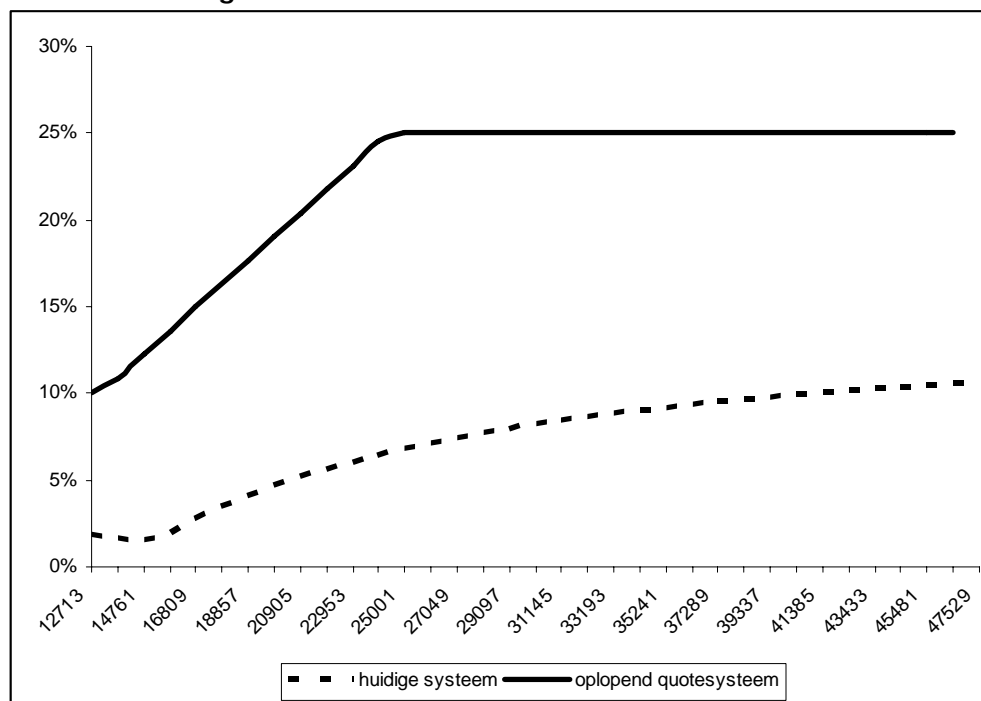
De inkomenseffecten zullen groot zijn. In de intramurale zorg gaat ca. 10% van de populatie per maand meer dan 280 euro extra aan eigen bijdrage betalen. Op jaarbasis is dit een bedrag van meer dan 3.000 euro. In de extramurale zorg gaat ca. 20% per maand meer dan 100 euro extra aan eigen bijdrage betalen. Op jaarbasis is dit een bedrag van meer dan 1.200 euro. Hoe hoger het inkomen des te groter het effect is. Na modaal daalt de quote weer. Dit komt doordat verondersteld wordt dat niet meer dan 90% van de zorgkosten in rekening kan worden gebracht.

De marginale druk zal door deze hogere inkomensafhankelijke eigen betalingen ook verder stijgen.

Figuur 6.1 Effect quote systeem voor alleenstaande 65-plussers in de intramurale zorg



Figuur 6.2 Effect quote systeem voor alleenstaande 65-plussers in de extramurale zorg



6.2.9

Invoeren vermogenstoets

Het box 3 vermogen speelt nu nog slechts een beperkte rol bij het vast stellen van de eigen bijdrage. 4% van het vermogen (het verwachte rendement) dat boven de vermogensgrens uitkomt, wordt opgeteld bij het verzamelinkomen. In deze variant gaat iedereen met een box 3 vermogen boven de 20.000 euro de maximale eigen bijdrage betalen. Dit zijn zodanig grote bedragen, dat het vermogen van een groot deel van de mensen met een relatief klein vermogen (meer dan 50% van de populatie) binnen 1 á 2 jaar onder de vermogensgrenzen zakt. Daarnaast zal een groot deel van de mensen waarschijnlijk hun geld versneld gaan schenken. Daarom is verondersteld dat 50% van de te verwachten opbrengst op deze manier wegvloeit.

6.2.10

Overheveling revalidatie naar Zvw

Revalidatiezorg is kortdurend en op genezing gerichte zorg. Dit type zorg heeft veel raakvlakken met de zorg in de Zvw en wordt daarom overgeheveld. De behandeling voor zintuiglijk gehandicapten betreft meestal revalidatie en zal daarom — net zoals behandeling voor auditief gehandicapten nu — onder de Zvw komen te vallen. Voor de mensen die te maken krijgen met deze maatregel verandert er niet veel, doordat de zorg wordt overgeheveld en het recht er op dus blijft bestaan.

6.2.11

Korting contracteerruimte zorgkantoren

Hoewel de te halen doelmatigheidswinst die in deze variant valt te behalen lager wordt ingeschat dan in de andere varianten is er wel degelijk potentiële doelmatigheidswinst te behalen. Het zorginkoopbudget van de zorgkantoren wordt met 3% gekort. Voor circa de helft is dit via benchmarking te realiseren door zorgkantoren die nu bovengemiddeld veel zorg inkopen te korten, voor de andere helft kan er van worden uitgegaan dat zorgkantoren lagere prijzen weten te bedingen bij zorgaanbieders. Om dit beter mogelijk te maken wordt de onderhandelingsmacht van zorgkantoren vergroot via het afschaffen van de

contracteerplicht en het verlagen van de maximumtarieven. De korting in deze variant is echter minder hard dan in de varianten waar sprake is van een voorziening. Door het recht op zorg is in deze variant min of meer sprake van een open einde regeling.

6.3 Effecten op doelmatigheid

6.3.1 Terugdringen bovengemiddeld gebruik

Cliënten behouden in deze variant een individueel recht op zorg op basis van de CIZ indicatie. Hiermee zijn de zorgkantoren beperkt in hun ruimte om het bovengemiddeld gebruik naar beneden bij te stellen. Ook zijn de prikkels voor de zorgkantoren beperkt, zoals in hoofdstuk 5 is omschreven. Wel kan het zorgkantoor via afspraken met zorgaanbieders een neerwaartse invloed op het gebruik uitoefenen en kan een verdere protocollering en uniformering van de indicatiestelling regionale verschillen beperken. De hogere eigen betalingen en de vermogenstoets zullen ook een prikkel bieden om bovengemiddeld gebruik tegen te gaan. Er is echter niet bekend hoe groot deze effecten zullen zijn.

6.3.2 Zorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten

Zorgkantoren krijgen in deze variant geen extra prikkels om tot lagere prijzen te komen met zorgaanbieders dan in de huidige AWBZ. Wel kan een (beperkt) neerwaarts effect op de prijzen worden bewerkstelligd door de onderhandelingsmacht van aanbieders te beperken (afschaffen contracteerplicht en verlagen maximumtarieven).

Cliënten die gebruik maken van intramurale zorg terwijl goedkoper maar even adequaat kan worden voorzien in hun zorgbehoefte via extramurale zorg verliezen hun aanspraak op verblijf in de verzorgings- en in de langdurige GGZ.

6.3.3 Betere samenhang met aanpalende terreinen

Door overheveling van de extramurale behandeling van visueel gehandicapten³⁹ en van de intramurale revalidatiezorg naar de Zvw ontstaat een prikkel bij zorgverzekeraars om de samenhang tussen deze zorg en hun overige zorg te verbeteren. De werkgroep acht het goed mogelijk dat de kortdurende extramurale persoonlijke verzorging en verpleging (<1/2 jaar) die niet langer via een collectieve regeling wordt verzekerd, belandt in het aanvullende pakket van de Zvw. Ook dan bestaan er voor verzekeraars meer mogelijkheden om samenhang te bevorderen. Door het schrappen van de zorg voor de LVG groep met een IQ boven de 70, met een compensatie voor GGZ/jeugdzorg, krijgt de GGZ/jeugdzorg een betere prikkel om deze doelgroep van samenhangende zorg te voorzien.

Als gevolg van het schrappen van de aanspraak begeleiding zal een deel van de cliënten een groter beroep gaan doen op de voorzieningen binnen de Wmo. Dat is een extra prikkel tot het vormgeven van samenhang binnen de Wmo. Het risico bestaat ook dat een deel van de cliënten ook een groter beroep zal gaan doen op de WSW en Wajong.

6.3.4 Lagere kosten en geringere administratieve lasten door minder bureaucratie

Door het beperken van de aanspraken zal het aantal cliënten beperkt worden. Dat verlicht de uitvoeringslast. Het invoeren van een vermogenstoets zal de administratieve lasten en de uitvoeringskosten via het CAK verhogen. Hier staat tegenover dat de quoteregeling de eigen bijdrage systematiek sterk vereenvoudigt.

³⁹ Behandeling van auditief gehandicapten zit nu al voor het merendeel in de Zvw.

6.4 Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit

6.4.1 In hoeverre vallen gegeven risico's privaat te verzekeren?

De overweging rond private verzekeraarbaarheid in hoofdstuk 5 komt in deze variant terug via het schrappen van extramurale persoonlijke verzorging (<1/2 jaar) uit de AWBZ en de verhoging van het criterium gebruikelijke zorg voor persoonlijke verzorging met 90 minuten per week. Een dergelijk beperkt bedrag kan mogelijk worden verzekerd in de private markt (via een aanvullende polis bijvoorbeeld) omdat hier het averechtse selectie probleem minder speelt.

6.4.2 In hoeverre bestaat behoefte aan een collectieve sociale verzekering?

Deze behoefte is kleiner naarmate de kans dat iemand beroep moet doen op de regeling groter is en de kosten die men dan moet maken kleiner zijn. Ook deze redenering is gebruikt voor het schrappen van de kortdurende zorg (<1/2 jaar) en het verhogen van de gebruikelijke zorg bij persoonlijke verzorging naar 90 minuten per week. Met name bij begeleiding speelt het punt dat mensen mogelijk verschillende voorkeuren hebben in de mate waarvoor hier een regeling moet zijn getroffen. Mede om die reden is er voor gekozen deze zorg niet langer via het collectief te laten verlopen⁴⁰.

6.4.3 Kwaliteit

Voor de zorg die overblijft in de AWBZ zullen de zorgkantoren de inkoop – en de kwaliteitstoets daarbij – blijven verzorgen. Ook blijft de rol van de IGZ dezelfde.

6.4.4 Inkomenssolidariteit

De ex ante inkomenssolidariteit zal in deze variant niet sterk veranderen. De huidige financieringssystematiek blijft gehandhaafd. Voor de zorg die uit het pakket wordt geschrapt geldt de facto een eigen betaling van 100%. Hier wordt de ex post inkomenssolidariteit tot nul gereduceerd. De hogere eigen betalingen en de vermogenstoets zullen met name drukken op de midden inkomens. Het is niet mogelijk de pijn evenredig te verdelen over de inkomensgroepen omdat de lagere inkomens al zo'n groot deel van hun inkomen kwijt zijn in het huidige systeem dat een sterke verhoging van de eigen bijdragen voor deze groep er toe zal leiden dat zij geen inkomen heeft voor basale levensbehoeften. De hogere inkomens zouden bij een sterke verhoging van hun eigen bijdragen (met name intramuraal) meer gaan betalen dan de feitelijke zorgkosten⁴¹. Bij extramurale zorg gaan ook lage en hoge inkomens duidelijk meer betalen dan in het huidige systeem van eigen betalingen.

6.4.5 Arbeidsparticipatie

Voor de zorg die niet langer collectief wordt geregeld verdwijnt de marginale druk als gevolg van eigen betalingen volledig. Het gaat hier met name om lichtere zorg waarvan de ontvangers (of de ouders van de ontvangers) vaak nog zullen deelnemen aan het arbeidsproces en waarvoor deze druk dus relevant is. Voor de zwaardere zorg die in de AWBZ overblijft zullen de eigen bijdragen (en daarmee de marginale druk) echter sterk toenemen. Hoewel het hier voor een groot deel om groepen gaat die niet op de arbeidsmarkt participeren is de kans aanwezig dat het vooruitzicht op zulke hoge betalingen nu al leidt tot een keuze voor minder participatie (waarom vermogen opbouwen als je dat moet inleveren als je in een

⁴⁰ Voor de duidelijkheid wordt hier benadrukt dat de werkgroep niet denkt dat deze zorg privaat goed verzekeraarbaar is. Daarvoor is de indicatiestelling te lastig objectief uit te voeren.

⁴¹ Verder is het zo dat binnen eigen bijdragen intramuraal nu aparte bijdrageregimes gelden voor ouderen en Wajongers. In deze variant komen dergelijke faciliteiten te vervallen, waardoor intramurale ouderen en Wajongers relatief meer extra moeten gaan betalen dan andere intramuraal verblijvenden.

verzorgingshuis komt). De weggevalen begeleiding zal mogelijk tot minder zelfredzaamheid en daarmee minder participatie van een kleine groep leiden, ook zal er door de beperking van de aanspraken mogelijk meer druk komen op mantelzorgers. Per saldo zullen de arbeidsmarkteffecten waarschijnlijk negatief zijn.

7 Eigen regie

7.1 Inleiding

De kern van deze variant is dat de burger, ook bij langdurende beperkingen, mondig, zelfredzaam en kritisch is. Hij voert zelf de regie over de ondersteuning die hij nodig heeft, waarbij partner, kinderen en de sociale omgeving betrokken worden. De Duitse Pflegeversicherung heeft als zijlicht voor deze variant gefungeerd omdat de beschreven kenmerken van de variant daar voor bepaalde vormen van zorg duidelijk aanwezig zijn. De zorg wordt dus niet voor de cliënt ingekocht maar de cliënt doet dat zelf. Hij behoudt daardoor de maximale regie bij het inschakelen van professionele zorg en hij zal kritisch zijn op kwaliteit en kwantiteit. Dit zorgt er ook voor dat mensen meer keuzevrijheid hebben en de zorg op de eigen wensen kunnen afstemmen. Cliëntenorganisaties of andere private initiatieven staan de individuele cliënt bij de inkoop bij. Men krijgt een individueel recht in de vorm van een persoonsgebonden budget (waarbij de cliënt iedereen kan inschakelen en zelf werkgever wordt) of als een persoonsvolgend budget (waarbij de cliënt een voucher of trekkingsrecht krijgt die bij erkende zorgverleners kan worden verzilverd). Door de "hands on" positie van de cliënt zullen zorgaanbieders een stevige prikkel ervaren zo doelmatig mogelijk zorg te leveren van voldoende kwaliteit; er zal minder onnodige zorg worden verstrekt en voor een lagere prijs. De cliëntengroep die de verantwoordelijkheid voor zelfregie niet kan dragen⁴² wordt via een ZBO, het overheidsorgaan langdurige zorg (OLZ) bediend met zorg in natura waarbij de mogelijkheid van een PGB blijft bestaan. Het OLZ, dat de plaats inneemt van de huidige zorgkantoren, stelt de indicatie, is verantwoordelijk voor het budget en doet formeel de zorginkoop. Deze collectieve regeling is niet gebaseerd op een individueel recht maar heeft het karakter van een voorziening (dit geldt ook voor de PGB's via het OLZ). Het OLZ is onderworpen aan een harde budgetgrens. Wordt de grens bereikt dan kan dit leiden tot scherper indiceren of tot ontstaan van wachtlijsten (met voorrang van urgente gevallen).

7.2 Concrete uitwerking van de variant

Onderstaande tabel vat samen welke maatregelen in deze variant worden genomen. De maatregelen worden onder de tabel nader toegelicht⁴³.

⁴² Het betreft een cliëntengroep die te maken heeft met ernstig regieverlies en die niet kunnen terugvallen op familie of naasten, waardoor het dragen van eigen verantwoordelijkheid niet mogelijk lijkt. Het gaat dat om (vaak alleenstaande) mensen met een zeer complexe zorgvraag en/of een zeer beperkte sociale redzaamheid. Voorbeelden van deze cliëntengroepen zijn ernstig dementerenden, meervoudig complex gehandicapten, cliënten met ernstig niet aangeboren hersenletsel of cliënten waarbij sprake is van ernstige gedragsproblematiek.

⁴³ De opbrengst van de besparingsmaatregelen komt gefaseerd tot stand, afhankelijk van de noodzakelijke invoeringstermijnen. Voor de fasering is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Per (cluster) van maatregelen is een voorbereidende analyse van de maatregel (inclusief doelgroeponderzoek, financiële analyse en inkomenseffecten) noodzakelijk. Dit wordt gevolgd door een beleidsbrief aan het Parlement met de concrete uitwerking van de maatregel(en). Deels parallel is er sprake van wijziging van wet- en regelgeving, waarbij het tijdsbeslag voor een amvb/beleidsregel op een jaar is vastgesteld en voor wetswijziging twee jaar is gehanteerd. Invoeringsdata zijn altijd gesteld op 1 januari. Bij de implementatie gaat het om voorbereidingen voor de invoering die te maken hebben met wijzigingen in de indicatiestelling, wijzigingen in de AWBZ-brede zorgregistratie, communicatie etc. Tevens is er vanuit uitgegaan dat bij de meeste maatregelen een overgangsrecht (bijvoorbeeld voor bestaande gevallen) van een jaar van toepassing zal worden. De invoeringstermijn is vastgelegd per individuele maatregel. Een clustering van maatregelen kan effecten hebben op de doorlooptijden.

Tabel 7.1. Maatregelen in de variant eigen regie

Maatregel	2012	2013	2014	2015	2020
1. Geen aanspraak op functie begeleiding					
Bruto	0,0	0,2	2,3	2,4	3,1
Weglek (grove schatting: 50%)	0,0	-0,1	-1,2	-1,2	-1,5
Netto	0,0	0,1	1,2	1,2	1,5
2. Afschaffen MEE-subsidies					
Netto	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
3. Geen vergoeding eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week					
Bruto	0,1	0,6	0,6	0,6	0,7
Hardheidsclausule (grove schatting; 15%)	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Netto	0,0	0,5	0,5	0,5	0,6
4. Geen persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan 6 maanden					
Netto	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
5. Alleen verblijf in verzorging of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,2	0,5	0,7	1,0	2,6
Weglek (onderbouwde schatting)	-0,1	-0,3	-0,5	-0,6	-1,6
Netto	0,1	0,2	0,3	0,4	0,9
6. Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Weglek (onderbouwde schatting)	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1
Netto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7. Geen gehandicaptenzorg voor IQ>70					
Bruto	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Weglek (grove schatting: 50%)	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1
Netto	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
8. 80% regeling					
Bruto	0,0	0,0	0,0	0,7	0,9
Hardheidsclausule (onderbouwde schatting)	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1
Netto	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8
9. Overheveling revalidatie naar ZVW					
Netto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10. Budgetkorting OLZ (5%)					
Netto	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Totale besparing	0,2	1,4	2,7	3,7	4,9

7.2.1

Er is geen aanspraak meer op begeleiding

De functie begeleiding is in veel Europese landen geen onderdeel van de langdurige zorg en werd ook in het verleden slechts beperkt aangeboden via de AWBZ (zie hoofdstuk 2). In deze variant wordt begeleiding geheel uit de AWBZ geschrapt zonder overheveling naar andere systemen. De maatregel heeft betrekking op circa 140.000 personen, die problemen ervaren op het gebied van zelfredzaamheid. Het gaat dan met name om ouderen met somatische beperkingen, mensen met verstandelijke en zintuiglijke beperkingen (jeugd en volwassenen) en in mindere mate ook mensen met psychiatrische problemen. Het gaat voor een belangrijk deel om de dagbesteding van deze mensen. Daarnaast gaat het om individuele begeleiding die hulp biedt bij het zelfstandig wonen. Door het schrappen van deze

aanspraak zal er een grotere druk op het eigen netwerk, waaronder de mantelzorg, komen. Ook zal er een grotere druk op andere regelingen komen, bijvoorbeeld via de zorgplicht die gemeenten hebben om de participatie in de samenleving te bevorderen. Bijvoorbeeld via het compensatiebeginsel in de Wmo. Hierdoor is de gemeente verplicht om voorzieningen te treffen om mensen te compenseren voor van hun beperkingen in zelfredzaamheid en participatie.⁴⁴ Bij de pakketmaatregel begeleiding uit 2009 is er 15% gereserveerd voor deze extra uitgaven op andere terreinen. Omdat het nu om zwaardere gevallen gaat, is er besloten 50% te reserveren voor dit type compensatie.

7.2.2 *Afschaffen MEE-subsidies*

Met het schrappen van begeleiding komt ondersteuning verder bij gemeenten terecht. Aangezien gemeenten reeds een informatieloket hebben voor ondersteuning, ligt het niet in de rede een publiek gefinancierde MEE-organisatie te handhaven. De meerkosten voor gemeenten zijn meegenomen in de compensatie voor het schrappen van begeleiding. Voor mensen die tot op heden gebruik maken van de diensten van MEE betekent dit dat zij zich voor deze diensten bij de gemeenten of hun eigen netwerk zullen moeten vervoegen.

7.2.3 *Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging per week niet vergoed*

Bij de persoonlijke verzorging wordt verwacht dat de cliënt zelf zorg draagt voor een deel van de persoonlijke verzorging, namelijk 90 minuten per week. Deze 90 minuten komen bovenop de gebruikelijke zorg die het CIZ nu al meeneemt in de indicatiestelling (en dus ook bovenop de gebruikelijke zorg die bij de huishoudelijke verzorging in de Wmo wordt verondersteld bijvoorbeeld⁴⁵). Deze maatregel betekent voor de 120.000 mensen die gebruik maken van persoonlijke verzorging, dat zij een zwaarder beroep zullen moeten doen op hun eigen netwerk of met eigen middelen de eerste 90 minuten persoonlijke verzorging zelf moeten inkopen. Voor ouders van kinderen met beperkingen geldt dat zij door deze maatregel nog minder snel een indicatie krijgen voor de verzorging van hun kind, zeker wanneer het kind jonger is dan 4 jaar. De maatregel heeft verder duidelijk merkbare gevolgen voor mensen die al persoonlijke verzorging hebben, voor het merendeel mensen van 70 jaar en ouder. Ter vergelijking: de 90 minuten per week blijft ver achter bij de eis die in Duitsland wordt gesteld, namelijk 90 minuten per dag.

7.2.4 *Geen persoonlijke verzorging bij indicatie voor minder dan zes maanden*

Hiermee wordt de steun werkelijk gericht op *langdurige zorg*, net zoals in veel omliggende landen. Het betekent dat mensen bij een behoefte aan persoonlijke verzorging voor minder dan zes maanden deze zelf moeten gaan betalen of een extra beroep op hun omgeving zullen moeten doen. Verwacht mag worden dat een groot beroep op de omgeving of eigen financiële middelen haalbaar is zolang dit beroep van tijdelijke aard is. Bij de indicatiestelling wordt vastgesteld of de zorg voor minder dan een half jaar nodig is. Als dit het geval is wordt er geen vergoeding gegeven of zorg geleverd. Voor palliatieve zorg wordt een uitzondering gemaakt.

7.2.5 *Alleen verblijf in verzorginghuis of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte*

Uit de pakketbeschrijving van ZP1 tot en met ZP3⁴⁶ blijkt dat er zich in verzorgings- en verpleegtehuizen veel ouderen met een licht somatische beperking bevinden die met extramurale zorg ook in een thuissituatie kunnen leven. Deze naar schatting 60.000 mensen zullen geen vergoeding krijgen voor intramurale

⁴⁴ In sommige gevallen kan een ander domein (WVJONG of WSW b.v.) meer aangewezen zijn.

⁴⁵ Voor kinderen geldt al een strengere vorm voor gebruikelijke zorg, namelijk één uur per dag.

⁴⁶ CIZ-beleidsregels 2010 indicatiestelling AWBZ.

verzorging en verpleging (het gaat dan om ZZP1 tot en met ZZP3) maar zullen de vergoeding die bij vervangende extramurale zorg past ontvangen. Bij de extramurale zorg zijn de overheadkosten lager, is er geen vergoeding voor dagbesteding en komen de woonkosten voor eigen rekening. Hoewel de besparing op de woonkosten voor een belangrijk deel verloren gaat aan extra huurtoeslag, leveren de andere twee posten de besparing. Voor de mensen op wie deze maatregel betrekking heeft, betekent het dus dat zij zelf hun woonlasten zullen moeten gaan betalen. Zij betalen daarentegen niet meer de hoge eigen bijdrage voor intramurale zorg.

- 7.2.6 *Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte*
De langdurige intramurale GGZ zorg stijgt zeer snel in Nederland in vergelijking met andere landen. Daar is het meer gebruikelijk om de GGZ-zorg buiten de intramurale instellingen te leveren. Daarom wordt als maatregel voorgesteld, het schrappen van de zorgzwaartepakketen GGZ-1 en GGZ-4. Daarmee wordt de intramurale zorg beperkt tot de cliënten die intensieve zorg nodig hebben. Voor een deel van de mensen die nu intramurale zorg krijgen, betekent deze maatregel dat zij voortaan extramurale zorg zullen krijgen.
- 7.2.7 *Geen recht op gehandicaptenzorg bij een IQ hoger dan 70*
Anders dan in veel van de ons omringende landen hebben niet alleen verstandelijk gehandicapten (IQ<70) maar ook zwakbegaafden (IQ<85) recht op zorg als er sprake is van bijkomende problematiek (vaak gaat het dan om een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). De groep zwakbegaafden is een sterk groeiende groep binnen de gehandicaptenzorg. Door het vervallen van de zorg voor deze groep zal er extra druk komen op andere regelingen. Dit betreft vooral de 2500 mensen met sterke gedragsproblematiek (ca. 1/3 van de populatie die met deze maatregel te maken krijgt). Hiervoor is 50% van het budget gereserveerd. Voor hen, en voor hun omgeving en de maatschappij, kan het immers nadelige effecten hebben als zij op geen enkele wijze ondersteuning meer krijgen.
- 7.2.8 *Overheveling revalidatie naar Zvw*
Revalidatiezorg is kortdurend en op genezing gerichte zorg. Dit type zorg heeft veel raakvlakken met de zorg in de Zvw en wordt daarom overgeheveld. De behandeling voor zintuiglijk gehandicapten betreft meestal revalidatie en zal daarom – net zoals behandeling voor auditief gehandicapten nu - onder de Zvw komen te vallen.
- 7.2.9 *80%-regeling (inclusief vervallen eigen bijdragen)*
Voor de na bovenstaande maatregelen resterende zorg ontvangt de cliënt met voldoende zelfredzaamheid volgens de CIZ-indicatie 80% van het bedrag dat in de huidige AWBZ nodig is voor de levering van deze zorg in natura. Hierbij gaat het om het bedrag dat bij een bepaalde indicatie gemiddeld wordt uitgegeven, niet om het maximale bedrag dat een bepaalde indicatie toelaat (veel cliënten geven nu al niet het volledige bedrag uit)⁴⁷. De bestaande eigen bijdragen voor deze zorg vervallen. In de afslag van 20% is het vervallen van de oude eigen bijdragen verdisconteerd. Tevens is verondersteld dat de cliënt zijn budget efficiënter besteedt.
- 7.2.10 *Doelmatigheidskorting van 5% op OLZ*
De overige zorg wordt via een nieuwe Collectieve Voorziening Langdurige Zorg geregeld. Deze voorziening wordt uitgevoerd door het overheidsorgaan langdurige

⁴⁷ In de toekomst kan dit bedrag geïndexeerd worden met de inflatie. Hiermee zal eventuele kostprijsstijging boven de inflatie voor rekening van cliënten komen. Omdat deze extra stijging mede extra kwaliteit vertegenwoordigt kan dit overwogen worden om de verwachte ophoop in de zorgkosten te beperken.

zorg (het OLZ). Het OLZ stelt de indicatie, gaat over het budget en doet formeel de zorginkoop á là de huidige zorgkantoren. Er geldt een harde budgetgrens. Als het OLZ tegen de budgetgrens oploopt kan er voor gekozen worden om scherper te indiceren of om een wachtlijst te laten ontstaan (op basis van urgentie van indicaties). De klant kan via een (lager) PGB ook alternatieve intramurale zorg organiseren (het PGB valt wel binnen het budget van het OLZ). Het budget van de huidige zorgkantoren voor de betreffende zorg wordt overgeheveld naar de OLZ, waarbij een korting van 5% in rekening wordt gebracht omdat wordt aangenomen dat het OLZ doelmatiger functioneert dan de huidige zorgkantoren. Door het voorzieningenkarakter kan het OLZ bovengemiddeld zorggebruik terugdringen. Ook kan er van worden uitgegaan dat zorgkantoren lagere prijzen weten te bedingen bij zorgaanbieders. Om dit beter mogelijk te maken wordt de onderhandelingsmacht van het OLZ vergroot via het afschaffen van de contracterplicht en het verlagen van de maximumtarieven.

7.3 Effecten op doelmatigheid

7.3.1 *Terugdringen bovengemiddeld gebruik*

Een belangrijke prikkel voor het terugdringen van het onbedoeld gebruik is in deze variant afkomstig van de kritische cliënt die zelf zijn zorg inkoop al of niet met behulp van inkomenssteun. De inkomenssteun is zo vormgegeven dat de eigen betalingen hierin impliciet zijn verwerkt.

De eigen betalingen voor de lagere inkomens worden hoger dan in het huidige stelsel⁴⁸. Dit geeft een prikkel aan de cliënt om het onbedoeld gebruik tegen te gaan. Daarnaast gebeurt het volgende: In het huidige AWBZ-stelsel moet van elke euro zorg een bepaald gedeelte zelf worden betaald, totdat men het maximum heeft bereikt. In deze variant krijgt men de eerste 80% van de geïndiceerde zorgkosten volledig vergoed⁴⁹. De laatste 20% komt volledig voor eigen rekening. Bij de keuze of men de *volledige* hoeveelheid geïndiceerde zorg nodig heeft is er waarschijnlijk enige mate van keuzevrijheid, hetzelfde geldt voor de vraag of de kwaliteit veel boven de minimumkwaliteit moet liggen. Zodoende kan verwacht worden dat juist deze hoge eigen betalingen op het marginale zorggebruik veel gedragseffect sorteren. Er is geen onderzoek naar de prijselasticiteit van langdurige zorg. Daarom is de hierboven omschreven doelmatigheidswinst ingeschat op basis van het CEBEON onderzoek (zie hoofdstuk 5). Er is aangenomen dat zorggebruikers in de "hoog-zorggebruik" regio's door deze nieuwe prikkel dichter bij het gemiddelde zorggebruik uitkomen.

Bij het gebudgetteerde OLZ worden inkoop en de indicatie in één hand gelegd. Dit zal remmend werken op overindicatie al stelt het principe gelijke behandeling hieraan duidelijke grenzen. Tegelijkertijd bevordert de kennis van het zorgaanbod (via de inkoopfunctie) dat de indicatie beter aansluit op de mogelijkheden van het zorgaanbod.

7.3.2 *Zorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten*

De cliënten die zelf verantwoordelijk worden voor het inkopen van de zorg zijn volgens de CIZ-indicatie zelfredzaam. Desalniettemin zal het voor hen vaak lastig zijn om zich individueel als sterke onderhandelingspartner van de zorgaanbieders op te stellen, met name bij de intramurale zorg. Het is echter waarschijnlijk dat

⁴⁸ Zie paragraaf over inkomenssolidariteit.

⁴⁹ Uiteraard geldt voor de zorg die niet langer in het pakket zit dat deze niet meer wordt vergoed. Hiervoor wordt de facto een 100% eigen betaling ingevoerd.

ondersteunende initiatieven zullen ontstaan in het maatschappelijke middenveld (patiëntenverenigingen) of via de markt (zorgintermediairs). Uiteraard geldt voor de zorg die cliënten zelf gaan inkopen geen contracteerplicht. Om het OLZ te helpen tegen lagere kosten in te kopen zal de contracteerplicht worden afgeschaft en zullen de maximumtarieven worden verlaagd.

Cliënten die gebruik maken van intramurale zorg terwijl goedkoper maar even adequaat kan worden voorzien in hun zorgbehoefte via extramurale zorg verliezen hun aanspraak op verblijf in de verzorgings- en in de langdurige GGZ.

7.3.3 *Betere samenhang met aanpalende terreinen*

Door overheveling van de extramurale behandeling van visueel gehandicapten en van de intramurale revalidatiezorg naar de Zvw ontstaat een prikkel bij zorgverzekeraars om de samenhang tussen deze zorg en hun overige zorg te verbeteren. De werkgroep acht het goed mogelijk dat de kortdurende extramurale persoonlijke verzorging en verpleging (<1/2 jaar) die niet langer via een collectieve regeling wordt verzekerd, belandt in het aanvullende pakket van de Zvw. Ook dan bestaan er voor verzekeraars meer mogelijkheden om samenhang te bevorderen.

Door het schrappen van zorg voor de LVG groep met een IQ boven de 70, met een compensatie voor GGZ/jeugdzorg, krijgt de GGZ/jeugdzorg een betere prikkel om deze doelgroep van samenhangende zorg te voorzien.

Als gevolg van het schrappen van de aanspraak begeleiding zal een deel van de cliënten een groter beroep gaan doen op de voorzieningen binnen de Wmo. Dat is een extra prikkel tot het vormgeven van samenhang binnen de Wmo. Het risico bestaat dat een deel van de cliënten ook een groter beroep zal gaan doen op de WSW en Wajong.

In de richting zorgverzekeraars en/of gemeenten zal er een indirecte prikkel ontstaan omdat burgers nu de gevolgen van een slechte samenhang meer zelf ondervinden (men moet zelf de zorg organiseren en een groter deel van de zorg zelf betalen). Hierdoor zullen zorgverzekeraars of de lokale democratie (gemeenten) meer onder druk worden gezet om de samenhang te versterken.

Een rechtstreekse prikkel bij gemeenten om het woonbeleid zo vorm te geven dat de zorgkosten beperkt zijn, is in deze variant niet duidelijk aanwezig. Wel is er een prikkel bij het individu om de woning te kiezen (of de bestaande woning zo in te richten) die zijn zorgkosten minimaliseert (omdat er in feite individuele budgettering plaatsvindt). Scheiden wonen/zorg is hier dus ook een reële optie. Om een directe financiële prikkel in te bouwen zou gekeken kunnen worden naar een bonus/malus regeling, waardoor gemeenten of zorgverzekeraars waarvan burgers/cliënten weinig (veel) gebruik maken van de nieuwe regeling worden beloond (gestraft). Het is onduidelijk hoeveel doelmatigheidswinst hiermee valt te behalen.

7.3.4 *Lagere kosten en geringere administratieve lasten door minder bureaucratie*

Door het beperken van de aanspraken zal het aantal cliënten beperkt worden. Dat verlicht de uitvoeringslast. Voor een belangrijk deel van de zorg is het OLZ in deze variant verantwoordelijk voor zowel de indicatie als de zorginkoop. Door synergie kunnen uitvoeringskosten afnemen. Het CAK blijft nodig voor het uitkeren van de betalingen van het OLZ, en het uitvoeren van het systeem van persoonlijke budgetten. Wel vervalt voor het CAK voor de cliënten die gebruik maken van de 80%-regeling de ingewikkelde eigen betalingen systematiek. Cliënten die gebruik

maken van de 80% regeling zullen zelf de zorg moeten organiseren. Hoewel voor hen de administratieve lasten via de overheid kleiner kunnen uitvallen zullen ze mogelijk wel meer inzet moeten leveren voor het organiseren van de zorg.

7.4 Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit

7.4.1 In hoeverre vallen gegeven risico's privaat te verzekeren?

De overweging rond private verzekeraarbaarheid komt in deze variant terug via het schrappen van de extramurale persoonlijke verzorging en verpleging (<1/2 jaar) uit de AWBZ en de verhoging van het criterium gebruikelijke zorg met 90 minuten per week. Een dergelijk beperkt bedrag kan waarschijnlijk beter worden verzekerd in de private markt (via een aanvullende polis bijvoorbeeld) omdat hier het averechtse selectie probleem minder speelt.

De 80%-regeling, die in deze variant onderwerp is van een sociale verzekering, lijkt ook een goed onderwerp van private (pensioen)verzekeraars te kunnen worden als de rechten voldoende duidelijk zijn omschreven ("glasheldere polis"). Omdat de focus van deze werkgroep op 2015 ligt en een dergelijke verzekering vanwege de opbouw van kapitaaldekking een lange overgangstermijn vergt, is dit niet verder uitgewerkt.

7.4.2 In hoeverre bestaat behoefte aan een collectieve sociale verzekering?

Deze behoefte is kleiner naarmate de kans dat iemand beroep moet doen op de regeling groter is en de kosten die men dan moet maken kleiner zijn. Ook deze redenering is gebruikt voor het schrappen van de kortdurende verpleging en verzorging (<1/2 jaar) en het verhogen van de gebruikelijke zorg voor persoonlijke verzorging naar 90 minuten per week.

Met name bij begeleiding speelt het punt dat mensen mogelijk verschillende voorkeuren hebben in de mate waarvoor hier een regeling moet zijn getroffen. Mede om die reden is er voor gekozen deze zorg niet langer via het collectief te laten verlopen⁵⁰.

7.4.3 Kwaliteit

Hoewel deze variant uitgaat van een hoge mate van zelfredzaamheid van cliënten is de verwachting dat in het private domein bemiddelingsbureaus gaan ontstaan die de cliënt ondersteunen bij de zorgbemiddeling en -inkoop. De overheid zal moeten blijven zorgen voor kwaliteitscontroles (IGZ) om verschraving van zorg te voorkomen. Voor de cliëntengroep die het minst in staat is tot het zelf organiseren zal het OLZ de zorg inkopen. Het OLZ zal –net als de zorgkantoren nu- verantwoordelijk zijn voor het inkopen van kwalitatief goede zorg. De IGZ controleert de aanbieders.

7.4.4 Inkomenssolidariteit

De gevolgen voor de ex ante inkomenssolidariteit zijn in deze variant tweeledig. Voor het grootste deel van de overblijvende collectieve zorg zal dezelfde financieringssystematiek gehanteerd kunnen worden als in het huidige stelsel. De bestaande progressiviteit blijft daarmee in stand. De zorg die wordt overgeheveld naar de Zvw zal via de Zvw-systematiek gefinancierd worden. Deze systematiek kent een andere progressiviteit dan de AWBZ-systematiek. De werkgroep gaat er

⁵⁰ Voor de duidelijkheid wordt hier benadrukt dat de werkgroep niet denkt dat deze zorg privaat goed verzekeraar is. Daarvoor is de indicatiestelling te lastig objectief uit te voeren.

echter vanuit dat deze systematiek zo kan worden aangepast dat de inkomenseffecten beperkt zullen zijn.

De ex post inkomenssolidariteit verandert op de volgende manieren. Voor de zorg die uit het pakket wordt geschrapt geldt de facto een eigen betaling van 100%. Hier wordt de ex post inkomenssolidariteit tot nul gereduceerd. Door de 80%-regeling gaan lagere inkomens gemiddeld meer zelf betalen, terwijl hogere inkomens in veel gevallen juist minder gaan betalen. De precieze omvang van deze effecten hangt af van de doelmatigheid die wordt gerealiseerd en hoeveel zorg en tegen welke kwaliteit mensen zullen inkopen. Naarmate de doelmatigheidswinst zich minder materialiseert, zullen er grotere inkomenseffecten optreden⁵¹. Bovendien kan er voor gekozen worden het percentage dat wordt gehanteerd (de 80%) inkomensafhankelijk te maken. Er ontstaat een groter *individueel* risico. Personen die door het terugdringen van onbedoeld gebruik of prijsonderhandelingen in staat zijn de zorgkosten te beperken tot onder de 80% gaan erop vooruit. Personen die hier niet toe in staat zijn zullen een tegenvaller tegemoet zien. Omdat dit tot onaanvaardbare consequenties kan leiden bij de laagste inkomens wordt hiervoor een vangnet gecreëerd. Hiervoor wordt circa 100 miljoen euro gereserveerd⁵².

7.4.5

Arbeidsparticipatie

De marginale druk wordt in deze variant lager. Voor de zorg die niet langer collectief wordt geregeld verdwijnt de marginale druk als gevolg van eigen betalingen volledig. Het gaat hier met name om lichtere zorg waarvan de ontvangers (of de ouders van de ontvangers) vaak nog zullen deelnemen aan het arbeidsproces en waarvoor deze druk dus relevant is. De marginale druk voor de lagere inkomens wordt ook kleiner omdat de inkomensafhankelijke eigen betalingen voor deze groep vervallen. De weggevallen begeleiding zal mogelijk tot minder zelfredzaamheid en daarmee minder participatie van een kleine groep leiden, ook zal er door de beperking van de aanspraken mogelijk meer druk komen op mantelzorgers. Dit laatste kan een negatief effect hebben op het aantal gewerkte uren (vooral van vrouwen). Wat per saldo het effect is op de arbeidsparticipatie, is moeilijk in te schatten.

⁵¹ Verder is het zo dat binnen eigen bijdragen intramuraal nu aparte bijdrageregimes gelden voor ouderen en Wajongers. In deze variant komen dergelijke faciliteiten te vervallen, waardoor intramurale ouderen en Wajongers relatief meer extra moeten gaan betalen dan andere intramuraal verblijvenden.

⁵² Hierbij is er vanuit gegaan dat een deel van de cliënten niet tegen 80% kan inkopen. Vervolgens is bekeken welke groepen daardoor een (na zorgkosten) besteedbaar inkomen zouden krijgen waarbij aanspraak op de bijzondere bijstand waarschijnlijk wordt. Overigens wil dit niet zeggen dat de werkgroep de bijzondere bijstand ook het beste instrument voor dit vangnet acht.

8 Zorg dichtbij

8.1 Inleiding

Bij de variant "zorg dichtbij" krijgt de gemeente grote vrijheid om lokaal maatwerk aan te bieden. Het Rijk stelt hierbij randvoorwaarden, bijvoorbeeld ten aanzien van kwaliteit, waarbinnen vervolgens gemeenten in grote vrijheid de uitvoering ter hand nemen. In het eindbeeld van deze variant zijn gemeenten zowel organisatorisch als financieel verantwoordelijk voor alle langdurige zorg. Hierdoor kunnen zij een keten van hulp en zorg over de levenscyclus vorm geven. Zij kunnen lokaal, in de wijk of in de buurt, maatwerk realiseren en kunnen het huisvestingsbeleid optimaal afstemmen op de steun- en zorgbehoefte. Dit draagt bij aan een extramuralisering van de zorg. De mogelijkheid van afwenteling van gemeenten op de nationale overheid en andersom verdwijnt. Deze variant kan worden gezien als een uitbreiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning met de AWBZ-zorg. In landen als Zweden zijn de principes die ten grondslag liggen aan deze variant ook leidend (zie bijlage 9).

Bij deze variant kan een verschuiving van formele naar informele zorg en van individuele naar collectieve voorzieningen worden bereikt. De gemeente voert de "indicatie" uit. In deze variant geldt geen recht op zorg; de gemeente heeft de plicht om beperkingen te compenseren. Zij kunnen dit met maatwerk doen, en bij het indicatiegesprek optimaal rekening houden met wat een burger en zijn omgeving (netwerk, vrijwilligers en mantelzorgers) zelf kan. Ze kan voor het compenseren van de beperkingen gebruik maken van innovatieve oplossingen.

In deze variant krijgen gemeenten er veel taken bij, de omvang van het gemeentefonds zal van circa 16 miljard euro naar circa 27 miljard euro groeien. Het is wenselijk dat de overheveling van deze taken naar gemeenten parallel verloopt met de eventuele opschaling van de gemeenten. Mocht de opschaling te langzaam verlopen, dan kan via andere wegen aan de bezwaren van tekortkomende gemeentelijke bestuurskracht tegemoet worden gekomen.⁵³ Dan rest nog wel de vraag hoe gemeenten met deze taak moeten omgaan. Dit kan door te kiezen voor centrumgemeenten die het geld ontvangen en de taak voor een regio uitvoeren, maar dit heeft bezwaren rond democratische legitimatie. Een alternatief is dat wordt voorgeschreven dat gemeenten deze taak via een verplicht intergemeentelijk samenwerkingsverband moeten uitvoeren. Eventueel kan via de eerder genoemde OLZ de mogelijkheid worden geboden om voorzieningen landelijk tegen kostprijs in te kopen. Tegelijkertijd kan bij deze decentralisatie van de intramurale verzorging en verpleging en alle extramurale zorg uit de AWBZ de vraag worden gesteld of het reëel is dat met name de kleinere gemeenten in staat zijn om deze taak over de volle breedte en in alle opzichten goed op te pakken, bijvoorbeeld doordat het aantal gevallen te klein is om zelf voorzieningen aan te bieden. Hiervoor is ook aandacht in de heroverweging openbaar bestuur, waarin varianten worden beschreven waarin gemeenten substantieel worden opgeschaald.

Via het verdeelmodel kan binnen het Gemeentefonds aangesloten worden bij de kosten die gemeenten maken, ook de kleinere, waardoor elke gemeente over voldoende budget beschikt om de taken uit te voeren. Een onder- of overschatting in de geschatte kosten van het verdeelmodel kan grotere (onbedoelde)

⁵³ Boogers en Schaap, Decentralisatie als opgave, 2008.

verdelingseffecten hebben naarmate de risicogroepen ongelijk verdeeld zijn over gemeenten en de kosten die met de risicogroep samenhangen hoog zijn. Deze factoren spelen met name bij de meer complexe onderdelen van de intramurale gehandicapten zorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg. Bovendien is de toegevoegde waarde van gemeenten bij deze groepen mogelijk kleiner. Daarom is er in de concrete uitwerking van deze variant voor gekozen deze onderdelen vooralsnog landelijk te blijven bedienen via het overheidsorgaan langdurige zorg.

De verwachting is dat een verdeelmodel voor de extramurale zorg en de intramurale verzorging en verpleging per 2012 of 2013 ingevoerd kan worden zonder dat er een uitgebreide vangnetvoorziening nodig is voor ongewenste verdeeleffecten (hiertoe dient primair het lokale belastinggebied, in tweede instantie kan de huidige artikel 12 systematiek worden gehanteerd).

8.2 Concrete uitwerking van de variant

De besparingen worden in onderstaande tabel weergegeven en in de daarop volgende paragrafen toegelicht.⁵⁴

De gemeenten krijgen bij de inrichting van de extramurale zorg en de intramurale verzorging en verpleging zo veel mogelijk beleidsvrijheid maar bij het bepalen van het budget dat gemeenten krijgen om deze zorg te bieden wordt er vanuit gegaan dat er doelmatigheidswinst valt te halen en dat de aanspraken zullen worden beperkt ten opzichte van de huidige AWBZ. Gemeenten kunnen er voor kiezen om de aanspraken ruimer vorm te geven, maar zullen hiervoor niet meer budget ontvangen. Bij het bepalen van het over te dragen budget wordt er vanuit gegaan dat de gemeenten de in paragraaf 8.2.1 tot 8.2.5 beschreven maatregelen zullen nemen.

De overige zorg wordt via een nieuwe Collectieve Voorziening Langdurige Zorg geregeld. Deze voorziening wordt uitgevoerd door het overheidsorgaan langdurige zorg (het OLZ). Het OLZ stelt de indicatie, gaat over het budget en doet formeel de zorginkoop á là de huidige zorgkantoren. Er geldt een harde budgetgrens. Als het OLZ tegen de budgetgrens oploopt kan er voor gekozen worden om scherper te indiceren of om een wachtlijst te laten ontstaan (op basis van urgentie van indicaties). De klant kan via een (lager) PGB ook alternatieve intramurale zorg organiseren (het PGB valt wel binnen het budget van het OLZ). De maatregelen die besparen binnen het OLZ domein worden in paragraaf 8.2.6 tot 8.2.8 beschreven.

⁵⁴ De opbrengst van de besparingsmaatregelen komt gefaseerd tot stand, afhankelijk van de noodzakelijke invoeringstermijnen. Voor de fasering is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Per (cluster) van maatregelen is een voorbereidende analyse van de maatregel (inclusief doelgroeponderzoek, financiële analyse en inkomenseffecten) noodzakelijk. Dit wordt gevolgd door een beleidsbrief aan het Parlement met de concrete uitwerking van de maatregel(en). Deels parallel is er sprake van wijziging van wet- en regelgeving, waarbij het tijdsbeslag voor een amvb/beleidsregel op een jaar is vastgesteld en voor wetswijziging twee jaar is gehanteerd. Invoeringsdata zijn altijd gesteld op 1 januari. Bij de implementatie gaat het om voorbereidingen voor de invoering die te maken hebben met wijzigingen in de indicatiestelling, wijzigingen in de AWBZ-brede zorgregistratie, communicatie etc. Tevens is er vanuit uitgegaan dat bij de meeste maatregelen een overgangsrecht (bijvoorbeeld voor bestaande gevallen) van een jaar van toepassing zal worden. De invoeringstermijn is vastgelegd per individuele maatregel. Een clustering van maatregelen kan effecten hebben op de doorlooptijden.

Tabel 8.1. Maatregelen in de variant zorg dichtbij

Maatregel	2012	2013	2014	2015	2020
Onderbouwing budgetkorting gemeenten (alle extramurale zorg en intramurale verzorging en verpleging)					
1. Alleen verblijf in verzorging of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,2	0,5	0,7	1,0	2,6
Weglek (onderbouwde schatting)	-0,2	-0,5	-0,7	-1,0	-2,5
Netto	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
2. Afschaffen MEE-subsidies					
Netto	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
3. Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging niet vergoed					
Bruto	0,3	0,6	1,3	1,6	1,8
Hardheidsclausule (grove schatting; 15%)	0,0	-0,1	-0,2	-0,2	-0,3
Netto	0,3	0,5	1,1	1,4	1,5
4. Vereenvoudiging en verhoging eigen bijdrage					
Netto	0,2	0,3	0,6	0,8	0,8
5. Besparing door 5% doelmatigheid					
Netto	0,0	0,0	0,3	0,7	0,8
Onderbouwing besparing OLZ (intramurale GHZ en GGZ)					
6. Geen recht op gehandicaptenzorg voor IQ>70					
Bruto	0,1	0,2	0,5	0,9	1,0
Weglek (grove schatting: 50%)	0,0	-0,1	-0,3	-0,4	-0,5
Netto	0,0	0,1	0,3	0,4	0,5
7. Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,0	0,1	0,2	0,4	0,4
Weglek (grove schatting: 50%)	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2
Netto	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2
8. Doelmatigheidskorting van 5%					
Netto	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
Totale besparing	0,6	1,4	2,9	4,0	4,5

8.2.1 Afschaffen MEE-subsidies

Het ligt niet in de rede om als grote delen van de begeleiding en daarmee ook de ondersteuning door het overhevelen van begeleiding bij de gemeenten terecht komt ook nog een eigen inzet een publieke gefinancierde MEE-organisatie te handhaven. Ingezet kan worden op het opheffen van de MEE-organisatie. Voor mensen die tot op heden gebruik maken van de diensten van MEE betekent dit dat zij zich voor deze diensten bij de gemeenten of hun eigen netwerk zullen moeten vervoegen.

8.2.2 Eerste 90 minuten persoonlijke verzorging + begeleiding per week niet vergoed

Bij de persoonlijke verzorging en begeleiding die wordt overgeheveld naar de gemeente, wordt verwacht dat de cliënt zelf zorg draagt voor 90 minuten per week. Deze 90 minuten komen bovenop de gebruikelijke zorg die het CIZ nu al meeneemt in de indicatiestelling. Deze maatregel betekent voor ongeveer 200.000 mensen die gebruik maken van deze functies in natura en voor 115.000 PGB-houders, dat zij een zwaarder beroep zullen moeten doen op hun eigen netwerk of met eigen middelen de eerste 90 minuten persoonlijke verzorging zelf moeten inkopen. Voor ouders van kinderen met beperkingen geldt dat zij door deze maatregel nog minder snel een indicatie krijgen voor de verzorging van hun kind, zeker wanneer het kind jonger is dan 4 jaar. De maatregel heeft duidelijk merkbare gevolgen voor mensen die al zorg hebben, voor het merendeel mensen van 70 jaar en ouder. Ter

vergelijking: de 90 minuten per week blijft nog ver achter bij de eis die in Duitsland wordt gesteld, namelijk 90 minuten per dag. Deze maatregel verschilt van de 90-minuten maatregel in de andere varianten, doordat hij hier ook geldt voor begeleiding (geheel geschrapt in de andere varianten) en voor het eerste half jaar aan zorg (geschrapt in de varianten eigen regie en awbz versoberd).

8.2.3

Alleen verblijf in verzorginghuis of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte

Uit de pakketbeschrijving van ZZP1 tot en met ZZP3⁵⁵ blijkt dat er zich in verzorgings- en verpleegtehuizen veel ouderen met een licht somatische beperking bevinden die met extramurale zorg ook in een thuissituatie kunnen leven. Deze mensen zullen geen vergoeding krijgen voor intramurale verzorging en verpleging (het gaat dan om ZZP1 tot en met ZZP3) maar zullen de vergoeding die bij vervangende extramurale zorg past ontvangen. Bij de extramurale zorg zijn de overheadkosten lager, is er geen vergoeding voor dagbesteding en komen de woonkosten voor eigen rekening. Hoewel de besparing op de woonkosten voor een belangrijk deel verloren gaat aan extra huurtoeslag, leveren de andere twee posten wel een besparing op.

8.2.4

Vereenvoudiging en verhoging eigen betalingen

Er wordt in deze variant vanuit gegaan dat gemeenten de systematiek van de eigen bijdragen vereenvoudigen en verzwaren. In de berekening is er vanuit gegaan dat het quotesysteem zal worden gehanteerd.

De huidige eigen bijdrage systematiek intramuraal is een complex systeem, waarbij verschillende kosten, zoals ziektekosten, betaalde belasting en het zak- en kleedgeld mag worden afgetrokken van het 'besteedbaar' inkomen. Over het resterende inkomen wordt dan een eigen bijdrage geheven. Deze bedraagt voor inkomens onder een bepaalde minimumgrens 100%, boven een bepaalde grens mag men over het meerdere 25% houden. De huidige eigen bijdrage systematiek extramuraal is relatief eenvoudig. Tot aan een bepaalde ondergrens betaalt men de minimale eigen bijdrage per periode, boven deze grenzen geldt een marginaal tarief van 15%. Doordat de ondergrenzen zijn vastgesteld op basis van 120% tot 130% van het wettelijk minimum loon betaalt men tot aan deze grenzen een beperkt deel van zijn inkomen aan eigen bijdrage (de verhouding tussen eigen bijdrage en inkomen is gering).

In deze variant wordt het huidige systeem van eigen bijdrage vervangen door een systeem waarbij vanaf een bepaald startniveau, het deel van het inkomen dat men betaalt aan eigen bijdrage oploopt met het inkomen. Dit is geen nieuwe systematiek, de huurtoeslag kent al een dergelijk oplopend quotesysteem.

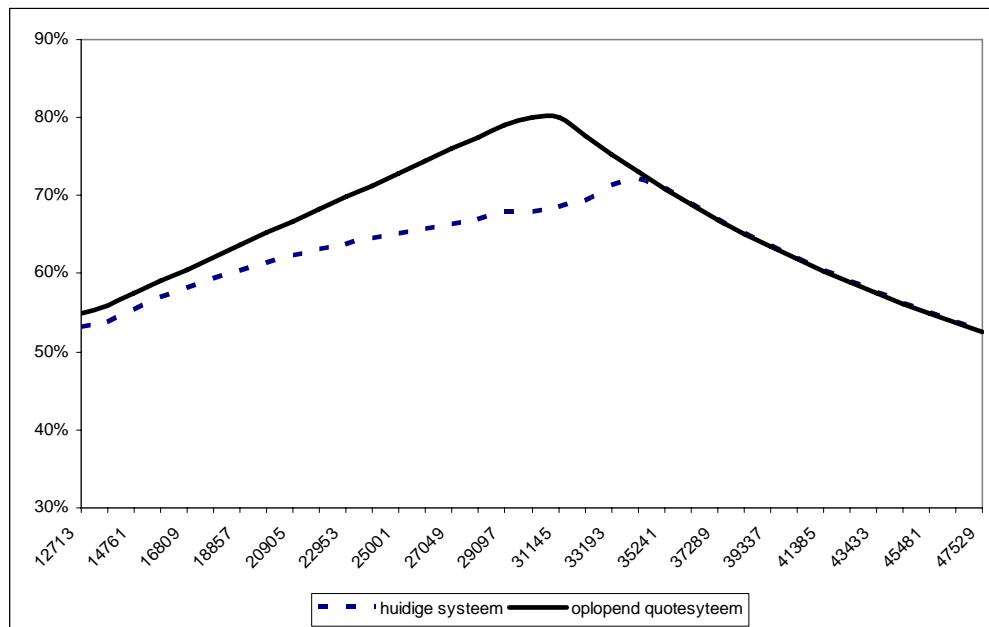
In onderstaande figuren is één en ander uitgewerkt voor de alleenstaande 65-plusser. Deze betaalt met een minimuminkomen in het huidige systeem in de intramurale zorg een eigen bijdrage van circa 53% van zijn inkomen. Dit loopt op tot maximaal 70% van het inkomen. In het nieuwe systeem bedraagt de eigen bijdrage bij het startpunt 55% en loopt het op tot maximaal 80%. De alleenstaande 65-plusser met een minimuminkomen betaalt in het huidige systeem voor de extramurale zorg een eigen bijdrage van circa 2 tot 3% van zijn inkomen. Dit loopt bij een hoger inkomen op tot maximaal 11% van het inkomen. In het nieuwe systeem bedraagt de eigen bijdrage bij het startpunt 10% en loopt dit op tot maximaal 25%.

⁵⁵ CIZ-beleidsregels 2010 indicatiestelling AWBZ.

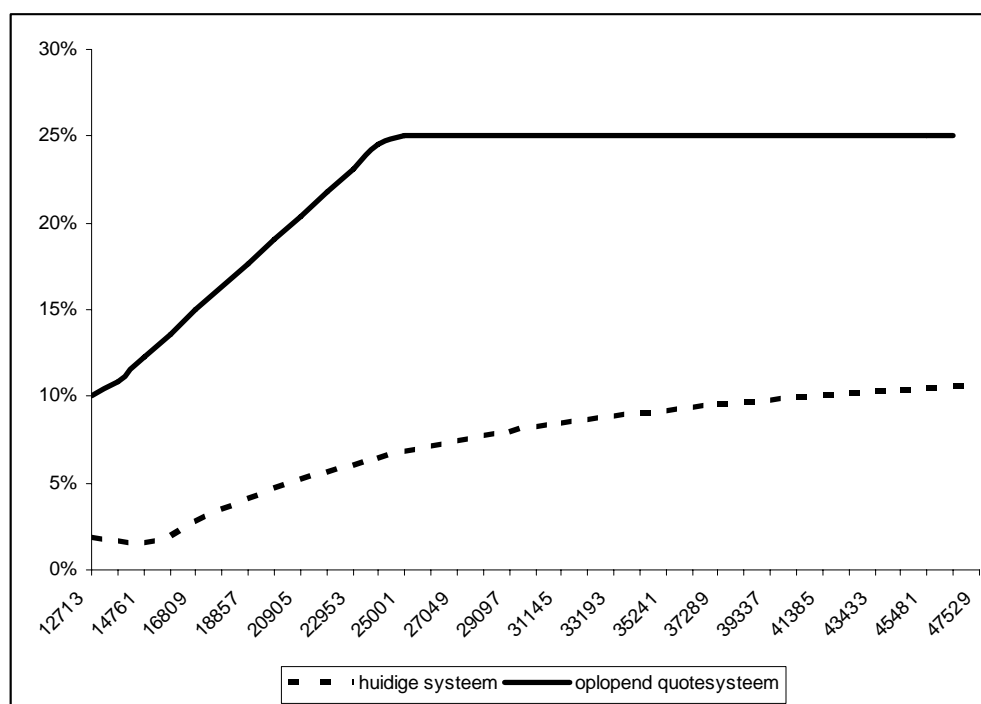
De inkomenseffecten voor individuele cliënten zullen groot zijn. In de intramurale zorg gaat ca. 10% van de cliënten per maand meer dan 280 euro extra aan eigen bijdrage betalen. Op jaarbasis is dit een bedrag van meer dan 3.000 euro. In de extramurale zorg gaat ca. 20% van de cliënten per maand meer dan 100 euro extra aan eigen bijdrage betalen. Op jaarbasis is dit een bedrag van meer dan 1.200 euro. Hoe hoger het inkomen des te groter het effect is. Vanaf een modaal inkomen daalt de quote weer. Dit komt doordat verondersteld wordt dat niet meer dan 90% van de zorgkosten in rekening kan worden gebracht.

De marginale druk zal door deze hogere inkomensafhankelijke eigen betalingen ook verder stijgen.

Figuur 8.1 Effect quote systeem voor alleenstaande 65-plussers in de intramurale zorg



Figuur 8.2 Effect quote systeem voor alleenstaande 65-plussers in de extramurale zorg



8.2.5 Doelmatigheidswinst

Er wordt vanuit gegaan dat gemeenten op het resterende budget een 5% doelmatigheidswinst weten te realiseren (zie paragraaf 8.3. voor een onderbouwing).

8.2.6 Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte

De langdurige intramurale GGZ zorg stijgt zeer snel in Nederland in vergelijking met andere landen. Daar is het meer gebruikelijk om de GGZ-zorg buiten de intramurale instellingen te leveren. Daarom wordt als maatregel voorgesteld, het schrappen van de zorgzwaartepakketen GGZ-1 en GGZ-4. Daarmee wordt de intramurale zorg beperkt tot de cliënten die intensieve zorg nodig hebben. Voor een deel van de mensen die nu intramurale zorg krijgen, betekent deze maatregel dat zij voortaan extramurale zorg zullen krijgen.

8.2.7 Geen recht op gehandicaptenzorg bij een IQ hoger dan 70

Anders dan in veel van de ons omringende landen hebben niet alleen verstandelijk gehandicapten (IQ<70) maar ook zwakbegaafden (IQ<85) recht op zorg als er sprake is van bijkomende problematiek (vaak gaat het dan om een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). De groep zwakbegaafden is een sterk groeiende groep binnen de gehandicaptenzorg. Door het vervallen van de zorg voor deze groep zal er extra druk komen op andere regelingen. Het betreft vooral de 2500 mensen met sterke gedragsproblematiek (ca. 1/3 van de populatie die met deze maatregel te maken krijgt). Hiervoor is 50% van het budget gereserveerd. Voor hen, en voor hun omgeving en de maatschappij, kan het immers nadelige effecten hebben als zij op geen enkele wijze ondersteuning meer krijgen.

8.2.8 *Doelmatigheidskorting van 5% op OLZ*

Het budget van de huidige zorgkantoren voor de GGZ en GHZ wordt – na inachtneming van de in paragraaf 8.2.5. tot 8.2.7. genoemde maatregelen - overgeheveld naar de OLZ, waarbij een korting van 5% in rekening wordt gebracht omdat wordt aangenomen dat het OLZ doelmatiger functioneert dan de huidige zorgkantoren. Door het voorzieningenkarakter kan het OLZ bovengemiddeld zorggebruik terugdringen. Ook kan er van worden uitgegaan dat het OLZ lagere prijzen weten te bedingen bij zorgaanbieders. Om dit beter mogelijk te maken wordt de onderhandelingsmacht van het OLZ vergroot via het afschaffen van de contracteerplicht en het verlagen van de maximumtarieven.

8.3 **Effecten op doelmatigheid**

8.3.1 *Terugdringen van bovengemiddeld gebruik*

De prikkel voor het tegengaan van onbedoeld gebruik komt bij deze variant te liggen bij de gemeenten. Zij krijgen een vast budget (op basis van bevolkingskenmerken zoals nu ook bij de Wmo het geval is) en kunnen bij onderbesteding het overblijvende geld voor andere doeleinden gebruiken. Er is ook goede reden om aan te nemen dat de gemeente het onbedoeld gebruik kan terugdringen. Doordat er sprake is van een voorziening in plaats van een individueel recht kan de gemeenten het onbedoeld zorggebruik beperken door gebruik te maken van collectieve arrangementen, informele hulp en vrijwilligers. Ze kan daarnaast mantelzorgers helpen, mensen bij elkaar brengen etc. De gemeente kan bij de uitvoering echt maatwerk bieden. Mede door de uitvoering door gemeenten in combinatie met de compensatieplicht, kan een verschuiving van individuele naar collectieve arrangementen worden bereikt en kan worden bereikt dat meer informele en minder formele zorg wordt gebruikt.

Voor cliënten betekent de grote rol van de gemeente dat geen sprake meer is van een individueel recht waar aanspraak op kan worden gemaakt, maar dat sprake is van veelal collectieve arrangementen die door de gemeente worden georganiseerd.

De langdurige zorg die niet over gaat naar gemeenten wordt onderwerp van een overheidsvoorziening langdurige zorg, uitgevoerd door de rijksoverheid. Indicatiestelling en zorginkoop liggen hier in één hand. Dit zal remmend werken op overindicatie al stelt het principe gelijke behandeling hieraan duidelijke grenzen. Tegelijkertijd bevordert de kennis van het zorgaanbod (via de inkoopfunctie) dat de indicatie beter aansluit op de mogelijkheden van het zorgaanbod.

8.3.2 *Zorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten*

De prikkel voor het bereiken van de laagste kosten komt bij deze variant te liggen bij de gemeenten (zie hierboven). Zij zullen dit moeten realiseren via concurrentie tussen inkopers. Bijvoorbeeld door aanbestedingsprocedures zoals in de huidige Wmo. Knelpunt hierbij zijn zorgaanbieders met een dominante machtspositie. Deze komen met name voor in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze sectoren worden daarom via het OLZ bediend.

De aanname is dat gemeenten er ook voor zullen kiezen het aantal cliënten dat gebruik maakt van intramurale zorg terwijl goedkoper maar even adequaat kan worden voorzien in hun zorgbehoefte via extramurale zorg terug te dringen. Daarom is in het budget aangenomen dat de toegang tot de intramurale zorg voor de 'lichtere' cliënten in de verzorgings- en verpleeghuizen (zorgzwaartepakketten 1 t/m 3) wordt aangescherpt. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg die goedkoper

maar even adequaat kan worden voorzien in hun zorgbehoefte verliezen hun aanspraak op verblijf bij het OLZ.

8.3.3 Betere samenhang met aanpalende terreinen

Door de overheveling van een zeer groot deel van de AWBZ-zorg richting gemeenten zullen gemeenten een grote prikkel krijgen om de samenhang met andere gemeentelijke regelingen te bevorderen. Wel ontstaat het risico dat er wordt afgewenteld op de door het OLZ geleverde zorg. De samenhang met de geneeskundige (Zvw) zorg wordt in deze variant niet meer bevorderd dan in het huidige stelsel. Doordat de zorginkoop niet langer plaatsvindt via concessiehouders die ook private verzekeraars zijn kan de samenhang zelfs afnemen. Hier staat tegenover dat ook de afwenteling beperkter zal zijn (concessiehouders kunnen een prikkel hebben om duurdere AWBZ-zorg te leveren om hiermee het Zvw-gebruik te beperken of hun eigen reputatie te vergroten).

8.3.4 Lagere kosten en geringere administratieve lasten door minder bureaucratie

De kosten van de indicatiestelling worden verlaagd doordat gemeenten voor een belangrijk deel van de indicatiestelling verantwoordelijk worden en hiermee een samenloop van de indicatiestelling van de huidige Wmo en voormalige AWBZ ontstaat. Het budget van MEE kan worden verminderd gezien de samenloop met de huidige adviestaken van de gemeenten (onder meer ouderenadviseurs). Het OLZ zal in deze variant verantwoordelijk zijn voor zowel de indicatie als de zorginkoop. Hierdoor zullen de uitvoeringskosten vergelijkbaar zijn met die van het huidige CIZ en de huidige zorgkantoren. Het CAK blijft nodig voor het uitkeren van de betalingen van het OLZ. De verwachting is dat gemeenten gebruik zullen blijven maken van het CAK voor de eigen betalingen systematiek. Deze zal wel sterk vereenvoudigen als gemeenten daadwerkelijk overgaan op de quotesystematiek.

8.4 Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit

8.4.1 In hoeverre vallen gegeven risico's privaat te verzekeren?

De overweging rond private verzekeraarbaarheid in hoofdstuk 5 komt in deze variant terug via de verhoging van het criterium gebruikelijke zorg voor persoonlijke verzorging en begeleiding met 90 minuten per week. Het idee is dat een dergelijk beperkt bedrag kan worden verzekerd in de private markt (via een aanvullende polis bijvoorbeeld) omdat hier het averechtse selectie probleem minder speelt.

8.4.2 In hoeverre bestaat behoefte aan een collectieve sociale verzekering?

Deze behoefte is kleiner naarmate de kans dat iemand beroep moet doen op de regeling groter is en de kosten die men dan moet maken kleiner zijn. Ook deze redenering kan gebruikt worden voor verhogen van de gebruikelijke zorg voor persoonlijke verzorging en begeleiding naar 90 minuten per week.

8.4.3 Kwaliteit

Cliënten worden in deze variant niet zelf verantwoordelijk voor de zorginkoop tenzij zij hiertoe besluiten (via een PGB). De gemeente is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de overgehevelde langdurige zorg. De wijze waarop de gemeente deze verantwoordelijkheid invulling geeft is aan gemeenten zelf. Het Rijk ziet er slechts op toe dat de gemeenten integraal kwaliteitsbeleid (inclusief toezicht en hadhaving) voeren. Doordat gemeenten beleidsvrijheid krijgen is het mogelijk dat de kwaliteit van de zorg gaat verschillen per gemeente. Het OLZ zal –net als de zorgkantoren nu- verantwoordelijk zijn voor het inkopen van kwalitatief goede zorg. De IGZ controleert de aanbieders.

8.4.4 *Inkomenssolidariteit*

De AWBZ-premie kan in deze variant vervallen. Zowel het OLZ als de gemeentelijke voorziening kan worden gefinancierd uit belastinginkomsten. Deze schuif van AWBZ-premie naar belastingen kan voor de meeste Nederlanders inkomensneutraal worden vormgegeven. Wel zijn er enkele groepen burgers waarvoor het een groot voordeel of nadeel kan betekenen namelijk voor burgers die op grond van de bestaande wet en regelgeving ofwel geen belasting betalen maar wel AWBZ-premie (op basis van loonaangifte circa 13.000 burgers) of juist wel belasting maar geen premie AWBZ (circa 185.000). In het eerste geval gaan de betreffende personen er flink op vooruit aangezien de AWBZ-premie vervalt terwijl het hogere belastingtarief niet betaald hoeft te worden, in het tweede geval is er een fors nadeel omdat het belastingtarief in de eerste en tweede schijf stijgt met 12,15% terwijl er geen voordeel is van het afschaffen van de AWBZ-premie. Maximaal is het voor- of nadeel per persoon van een dergelijk voorstel 3.900 euro (= 12,15% * tarief eerste en tweede schijf).

De ex post inkomenssolidariteit zal afhankelijk worden van het door de gemeente gevoerde eigen betalingen en pakket beleid. Dit betekent dus ook dat er grote verschillen tussen gemeenten kunnen optreden. Wel wordt er in de budgettering vanuit gegaan dat bepaalde aanspraken komen te vervallen. Voor de zorg die uit het pakket wordt geschrapt (zowel door gemeenten als door het OLZ) geldt de facto een eigen betaling van 100%. Ook wordt aangenomen dat de eigen betalingen bij de gemeenten via de hierboven beschreven quotesystematiek worden vormgegeven waardoor er zich aanzienlijke inkomenseffecten kunnen voordoen. Dit raakt met name de middeninkomens bij de intramurale zorg. Bij de extramurale zorg worden ook lagere en hogere inkomens geraakt⁵⁶.

8.4.5 *Arbeidsparticipatie*

Deze variant heeft zowel positieve als negatieve effecten op de marginale druk. Voor de zorg die niet langer collectief wordt geregeld verdwijnt de marginale druk als gevolg van eigen betalingen volledig. Het gaat hier met name om lichtere zorg waarvan de ontvangers (of de ouders van de ontvangers) vaak nog zullen deelnemen aan het arbeidsproces en waarvoor deze druk dus relevant is. De marginale druk zal naar verwachting echter stijgen voor de zorg die nog steeds collectief wordt gefinancierd door de hogere eigen betalingen. De weggevallen begeleiding zal mogelijk tot minder zelfredzaamheid en daarmee minder participatie van een kleine groep leiden, ook zal er door de beperking van de aanspraken mogelijk meer druk komen op mantelzorgers. Welk totaal effect deze variant op de arbeidsmarkt heeft, is niet te zeggen.

⁵⁶ Verder is het zo dat binnen eigen bijdragen intramuraal nu aparte bijdrageregimes gelden voor ouderen en Wajongers. In de quotesystematiek komen dergelijke faciliteiten te vervallen, waardoor intramurale ouderen en Wajongers relatief meer extra moeten gaan betalen dan andere intramuraal verblijvenden.

9 Zorg verzekerd

9.1 Inleiding

De variant "zorg verzekerd" gaat er van uit dat ook de langdurige zorg onderdeel is van de Zorgverzekeringswet. Concurrerende zorgverzekeraars bieden polissen aan waarmee zowel de kortdurende, curatieve, zorg als de langdurige zorg zijn verzekerd volgens de bekende spelregels van de Zorgverzekeringswet: mensen zijn verplicht zich te verzekeren tegen betaling van een substantiële nominale premie. Zij kunnen elk jaar van verzekeraar wisselen omdat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren. Die acceptatieplicht wordt begeleid met:

- de verplichting voor verzekeraars om mee te doen aan een ex-ante risicovereveningsstelsel.
- het verbod om de premies te differentiëren op grond van gezondheidsrisico. Door de ex-ante risicoverevening dragen Zorgverzekeraars een substantieel voorspelbaar risico op hun portefeuille verzekerden.

Doordat de prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie sterk zijn gereduceerd zal de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars zich uiten in het scherp inkopen van goede en efficiënt geleverde zorg voor hun verzekerden⁵⁷. Mede uit zakelijk eigenbelang wordt de zorgverzekeraar zo de belangenbehartiger voor de verzekerde op de zorginkoopmarkt. Hij krijgt ook de ruimte om zijn verzekerden te bedienen omdat de wettelijke aanspraken functioneel zijn omschreven. Dat wil zeggen dat wel is vastgelegd om welke zorg het gaat maar niet door wie en hoe die moet worden geleverd. Ook is er geen contracteerplicht meer en er is voldoende prijsflexibiliteit aan de aanbodsijde, hetzij via maximumtarieven hetzij via vrije prijzen. In lijn met wat in de curatieve zorg gebruikelijk is zal in een eindbeeld ook de indicatie voor langdurige zorg meer komen te liggen bij zorgverleners. Voorwaarde daarvoor is wel dat de polisaanspraken voldoende objectief zijn af te bakenen en er voldoende waarborgen zijn dat moreel risico beperkt blijft. Via de zorgcontracten kunnen verzekeraars aanbieders prikkelen om onbedoelde zorg tegen te gaan, bijvoorbeeld door afspraken te maken over controleerbaar geprotocolleerd handelen. In de overgangssituatie zal nog een onafhankelijke indicatiestelling nodig zijn. Daar wordt in deze variant van uit gegaan.

Er is een cliëntengroep binnen de langdurige zorg voor wie het verzekeringsmodel minder vanzelfsprekend is. Het betreft een relatief kleine groep gehandicapten met een beperkte sociale zelfredzaamheid en een complexe zorgvraag. Mensen die niet gehandicapt zijn maken zeer weinig kans om dat te worden hetgeen betekent dat het concurrentie-mechanisme waar deze variant op stoelt voor deze groep niet haalbaar is. De gehandicapten kunnen niet "meeliften" op de concurrentiedruk van andere cliënten omdat deze kwalitatief goede gehandicaptenzorg niet zullen meewegen in hun keuzes. Daarom is er in deze variant voor deze groep een collectieve voorziening langdurige zorg. Het Overheidsorgaan Langdurige Zorg (OLZ) voert deze regeling uit. Zowel de zorginkoopfunctie van de zorgkantoren als de indicatiefunctie van het CIZ worden ondergebracht in het OLZ. Voor het OLZ geldt een harde budgetgrens. Als de grens wordt overschreden moet er ofwel scherper

⁵⁷ Als de verevening ex ante plaatsvindt op basis van objectieve kenmerken van de verzekerde populatie blijft de prikkel bij verzekeraars bestaan om de kosten te beheersen. De eerste jaren na overheveling zal waarschijnlijk nog nacalculatie moeten plaatsvinden zolang er nog geen stabiele gegevens beschikbaar zijn als basis voor een volledige ex-ante verevening.

worden geïndiceerd, ofwel een wachtlijst ontstaan (op basis van urgentie van indicaties).

9.2 Concrete uitwerking van de variant

De besparingen worden in onderstaande tabel weergegeven en in de daarop volgende paragrafen toegelicht.⁵⁸

Tabel 9.1. Maatregelen in de variant zorg dichtbij

Maatregel	2012	2013	2014	2015	2020
1. Geen aanspraak op functie begeleiding					
Bruto	0,4	0,8	1,6	2,1	2,7
Weglek (groeve schatting: 50%)	-0,2	-0,4	-0,8	-1,1	-1,4
Netto	0,2	0,4	0,8	1,1	1,4
2. Schrappen MEE-subsidies					
Netto	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
3. Alleen verblijf in verzorging of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,2	0,5	0,7	1,0	2,6
Weglek (onderbouwde schatting)	-0,2	-0,5	-0,7	-1,0	-2,5
Netto	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
4. Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte					
Bruto	0,0	0,1	0,2	0,4	0,4
Weglek (onderbouwde schatting)	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2
Netto	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2
5. Geen recht op gehandicaptenzorg bij IQ>70					
Bruto	0,1	0,2	0,5	0,9	1,0
Weglek (groeve schatting: 50%)	0,0	-0,1	-0,3	-0,4	-0,5
Netto	0,0	0,1	0,3	0,4	0,5
6. Scheiden wonen zorg i.c.m. verhogen extramurale bijdrage					
Netto	0,1	0,1	0,2	0,2	0,6
7. Doelmatigheidswinst in ZVW van 5%					
Netto	0,0	0,4	0,5	0,6	0,7
8. Budgetkorting op OLZ o.b.v. doelmatigheidswinst van 5%					
Netto	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4
Totale besparing	0,4	1,4	2,4	3,1	4,0

⁵⁸ De opbrengst van de besparingsmaatregelen komt gefaseerd tot stand, afhankelijk van de noodzakelijke invoeringstermijnen. Voor de fasering is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Per (cluster) van maatregelen is een voorbereidende analyse van de maatregel (inclusief doelgroeponderzoek, financiële analyse en inkomenseffecten) noodzakelijk. Dit wordt gevolgd door een beleidsbrief aan het Parlement met de concrete uitwerking van de maatregel(en). Deels parallel is er sprake van wijziging van wet- en regelgeving, waarbij het tijdsbeslag voor een amvb/beleidsregel op een jaar is vastgesteld en voor wetswijziging twee jaar is gehanteerd. Invoeringsdata zijn altijd gesteld op 1 januari. Bij de implementatie gaat het om voorbereidingen voor de invoering die te maken hebben met wijzigingen in de indicatiestelling, wijzigingen in de AWBZ-brede zorgregistratie, communicatie etc. Tevens is er vanuit uitgegaan dat bij de meeste maatregelen een overgangsrecht (bijvoorbeeld voor bestaande gevallen) van een jaar van toepassing zal worden. De invoeringstermijn is vastgelegd per individuele maatregel. Een clustering van maatregelen kan effecten hebben op de doorlooptijden.

- 9.2.1 *Er is geen aanspraak meer op begeleiding*
Met de overheveling van de V&V en GGZ naar de Zvw wordt de functie begeleiding geschrapt. De maatregel heeft betrekking op circa 140.000 personen, die problemen ervaren op het gebied van zelfredzaamheid. Het gaat dan met name om ouderen met somatische beperkingen, mensen met verstandelijke en zintuiglijke beperkingen (jeugd en volwassenen) en in mindere mate ook mensen met psychiatrische problemen. Het gaat voor een belangrijk deel om de dagbesteding van deze mensen. Daarnaast gaat het om individuele begeleiding die hulp biedt bij het zelfstandig wonen. Door het schrappen van deze aanspraak zal er een grotere druk op het eigen netwerk, waaronder de mantelzorg, komen. Ook zal er een grotere druk op andere regelingen komen, bijvoorbeeld via de zorgplicht die gemeenten hebben om de participatie in de samenleving te bevorderen ((bijvoorbeeld via het compensatiebeginsel in de Wmo. Hierdoor is de gemeente verplicht om voorzieningen te treffen om mensen te compenseren voor hun beperkingen in zelfredzaamheid en participatie.⁵⁹). Bij de pakketmaatregel begeleiding uit 2009 is er 15% gereserveerd voor deze extra uitgaven op andere terreinen. Omdat het nu om zwaardere gevallen gaat, is er besloten 50% te reserveren voor dit type compensatie.
- 9.2.2 *Afschaffen MEE-subsidies*
De MEE-organisaties blijven in deze variant niet bestaan. De zorgverzekeraars treden op als belangenbehartiger van de cliënt. Bovendien komen grote delen van de begeleiding en daarmee ook de ondersteuning door het schrappen begeleiding bij de gemeenten terecht. Voor mensen die tot op heden gebruik maken van de diensten van MEE betekent dit dat zij zich voor deze diensten bij de gemeenten, zorgverzekeraar of hun eigen netwerk zullen moeten vervoegen.
- 9.2.3 *Alleen verblijf in verzorginghuis of verpleeghuis bij intensieve zorgbehoefte*
Uit de pakketbeschrijving van ZP1 tot en met ZP3⁶⁰ blijkt dat er zich in verzorgings- en verpleegtehuizen veel ouderen met een licht somatische beperking bevinden die met extramurale zorg ook in een thuissituatie kunnen leven. Deze naar schatting 60.000 mensen zullen geen vergoeding krijgen voor intramurale verzorging en verpleging (het gaat dan om ZP1 tot en met ZP3) maar zullen de vergoeding die bij vervangende extramurale zorg past ontvangen. Bij de extramurale zorg zijn de overheadkosten lager, is er geen vergoeding voor dagbesteding en komen de woonkosten voor eigen rekening. Hoewel de besparing op de woonkosten voor een belangrijk deel verloren gaat aan extra huurtoeslag, leveren de andere twee posten de besparing. Voor de mensen op wie deze maatregel betrekking heeft, betekent het dus dat zij zelf hun woonlasten zullen moeten gaan betalen. Zij betalen daarentegen niet meer de hoge eigen bijdrage voor intramurale zorg.
- 9.2.4 *Alleen verblijf bij geestelijke gezondheidszorg bij intensieve zorgbehoefte*
De langdurige intramurale GGZ zorg stijgt zeer snel in Nederland in vergelijking met andere landen. Daar is het meer gebruikelijk om de GGZ-zorg buiten de intramurale instellingen te leveren. Daarom wordt als maatregel voorgesteld, het schrappen van de zorgzwaartepakketen GGZ-1 en GGZ-4. Daarmee wordt de intramurale zorg beperkt tot de cliënten die intensieve zorg nodig hebben. Voor een deel van de mensen die nu intramurale zorg krijgen, betekent deze maatregel dat zij voortaan extramurale zorg zullen krijgen.

⁵⁹ In sommige gevallen kan een ander domein (WAJONG of WSW b.v.) meer aangewezen zijn.

⁶⁰ CIZ-beleidsregels 2010 indicatiestelling AWBZ.

9.2.5 *Geen recht op gehandicaptenzorg bij een IQ hoger dan 70*
Anders dan in veel van de ons omringende landen hebben niet alleen verstandelijk gehandicapten (IQ<70) maar ook zwakbegaafden (IQ<85) recht op zorg als er sprake is van bijkomende problematiek (vaak gaat het dan om een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). De groep zwakbegaafden is een sterk groeiende groep binnen de gehandicaptenzorg. Door het vervallen van de zorg voor deze groep zal er extra druk komen op andere regelingen. Het betreft vooral de 2500 mensen met sterke gedragsproblematiek (ca. 1/3 van de populatie die met deze maatregel te maken krijgt). Hiervoor is 50% van het budget gereserveerd. Voor hen, en voor hun omgeving en de maatschappij, kan het immers nadelige effecten hebben als zij op geen enkele wijze ondersteuning meer krijgen.

9.2.6 *Scheiden wonen zorg en aanpassing eigen bijdrage systematiek*
In een model dat gebaseerd is op de verzekering van zorg- en ziektekosten past het niet om de woonfunctie onderdeel van de verzekeringspolis te laten zijn. Scheiden van wonen en zorg wordt in deze variant actief doorgevoerd. Verzekeraars vergoeden niet meer de kapitaallasten van intramurale instellingen voor langdurige zorg. De zorginstellingen brengen de huur in rekening bij hun cliënten. De cliënten krijgen hiervoor recht op huurtoeslag. Het voordeel van scheiden wonen en zorg zit vooral in de duidelijker afbakening van de individuele en collectieve verantwoordelijkheidsverdeling en het verdwijnen van de gedwongen koppeling tussen zorg en woonruimte. Hierdoor ontstaat meer keuzevrijheid over de lokatie waar men zorg ontvangt en zullen instellingen meer geprikkeld worden om de woonfaciliteiten op de wensen van (potentiële) bewoners af te stemmen. Bij lichtere vormen van zorg - met name in de verzorgings- en verpleeghuizen - is al een besparing gerealiseerd op verblijf via de maatregelen 9.2.3 en 9.2.4.

Voor het zorgdeel geldt dat private verzekeraars geen inkomensafhankelijke eigen bijdragen in rekening kunnen brengen. Om grote verdee-effecten (en een daaruit volgend beroep op bijvoorbeeld de bijzondere bijstand) te voorkomen is het denkbaar een compensatieregeling op te zetten. Zorgverzekeraars brengen een niet-inkomensafhankelijk eigen risico in rekening bij de cliënt en geven deze informatie door aan het de overheid (bijv. het CAK). De cliënten kunnen vervolgens om inkomensondersteuning bij de overheid vragen. Het is ook mogelijk om de overheid het eigen risico te laten voorschieten en vervolgens een inkomensafhankelijk deel terug te vragen van de cliënten. Merk op er budget nodig is om deze inkomenssteun te verlenen. Dit bedrag kan opgebracht worden via het verhogen van de nominale premies en/of verhoging van het eigen risico. Hiermee verliezen hogere inkomens het voordeel dat ze hebben van het niet langer inkomensafhankelijk zijn van de eigen bijdragen. De huidige eigen risico compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten wordt ook op deze wijze gefinancierd. Het spreekt voor zich dat een dergelijke constructie de uitvoeringskosten/administratieve lasten doet toenemen.

9.2.7 *Doelmatigheidsopbrengst uitvoering door risicodragende verzekeraars*
In deze variant is er vanuit gegaan dat risicodragende verzekeraars in staat zijn tot het bereiken van 5% meer doelmatigheid dan de huidige zorgkantoren. Deze winst moet met name komen van de prikkel van risicodragendheid op het gedrag van concurrerende zorgverzekeraars en van de vergrote mogelijkheden om de samenhang met de curatieve zorg te verbeteren. De omvang van de doelmatigheidsbesparingen en de randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan, komen aan de orde in paragraaf 9.3. Als de doelmatigheidswinst niet wordt gerealiseerd dan zal de besparing lager uitvallen.

9.2.8 *Doelmatigheidskorting van 5% op OLZ*

De relatief intensieve gehandicaptenzorg die resteert na het doorvoeren van voornoemde maatregelen zal worden uitgevoerd door een overheidsorgaan langdurige zorg (OLZ) dat tevens de indicatiestelling doet. Hierbij wordt een korting van 5% in rekening wordt gebracht omdat wordt aangenomen dat het OLZ doelmatiger functioneert dan de huidige zorgkantoren. Door het voorzieningenkarakter kan het OLZ bovengemiddeld zorggebruik terugdringen. Ook kan er van worden uitgegaan dat het OLZ lagere prijzen weten te bedingen bij zorgaanbieders. Om dit beter mogelijk te maken wordt de onderhandelingsmacht van het OLZ vergroot via het afschaffen van de contracteerplicht en het verlagen van de maximumtarieven.

9.3 **Effecten op doelmatigheid**

De veronderstelde doelmatigheidswinst bij de zorgverzekeraars kan in deze variant niet worden "hard" gemaakt door een budgetkorting. De Zvw is immers een open einde regeling. Overhevelen naar zorgverzekeraars kan dan ook niet eerder beginnen dan dat de verzekeraars voldoende risicodragend zijn (en hiermee een prikkel hebben om de uitgaven te beperken) tenzij op een andere wijze (bijv. aanbodbudgettering) de uitgaven kunnen worden begrensd. Om verzekeraars voldoende risico te kunnen laten lopen en niet in belangrijke mate achteraf kosten te hoeven narecalculeren is een ex ante risicoverevening nodig. Bij de overgang zal de indicatiestelling van het CIZ nodig zijn om als basis te dienen voor de ex ante risicotokenning. Op termijn zal een deel van de schadelast zal zich goed laten voorspellen aan de hand van de algemene objectieve criteria (leeftijd, geslacht e.d.). In het eindbeeld is de indicatiestelling van het CIZ dan niet meer nodig als gegeven. Voor een ander deel van de schadelast is mogelijk maatwerk nodig waarvoor een indicatiestelling/advies als objectieve indicator nog wel van belang blijft. Het is lastig in te schatten welk tijdspad voor de invoering van een dergelijke verevening reëel is. In de berekeningen is uitgegaan van wat technisch mogelijk is in het meest optimistische scenario⁶¹.

Om de verevening technisch mogelijk te maken moet bij aanvang inzicht zijn in de schadelast op het niveau van de individuele verzekerden. Het is in de AWBZ lang praktijk geweest dat zorgaanbieders niet worden afgerekend op basis van geleverde zorg. Inmiddels is er wel prestatiebekostiging op basis van de productieafspraken die het zorgkantoor met de zorgaanbieder maakt. De afrekening tussen zorgkantoor en zorgaanbieder loopt via het CAK. Dit is nog wel "bulkafrekening", er wordt nog niet gedeclareerd op cliëntniveau. Dat laatste is voor een ex-ante verevening wel noodzakelijk. De laatste jaren is er hard aan gewerkt om declaraties op individueel niveau in te voeren. De verwachting is dat dit vanaf 1-1-2011 voor intramurale en vanaf 1-1-2012 voor extramurale zorg het geval zal zijn. De ontwikkelingen bij de bouw van een vereveningsmodel voor AWBZ-zorg sluiten hier op aan. Door Vektis wordt momenteel op individueel niveau een AWBZ-gebruikersbestand opgebouwd met gegevens 2008 en 2009. Op basis van dit gebruikersbestand wordt door VWS/NZa onderzoek naar een verdeelmodel AWBZ gestart, waarvan de eerste resultaten in september 2010 worden verwacht. De hierboven genoemde gebruikersbestanden worden geschoond voor de pakketmaatregelen waartoe

⁶¹ Naast deze technische exercitie kan ook de meer principiële vraag gesteld worden of de AWBZ-zorg zich leent voor een risicovereveningsmodel omdat het om langjarige zorg gaat. Dit hoeft geen prohibitief probleem te zijn. In de Zvw doet dit soort schade zich nu ook voor, denk aan de groeiende groep mensen met een chronische ziekte. Daarvoor is in de systematiek van de risicoverevening een werkbare oplossing gevonden door toepassing van de Farmacie Kosten Groepen en Diagnose Kosten Groepen. Deze voorspellen de zorgkosten aan de hand van medicijnen die mensen in het voorgaande jaar hebben gebruikt of aan de hand van ziekenhuisopnamen voor bepaalde aandoeningen.

voorafgaande aan de overheveling wordt besloten. Vervolgens kan in de loop van 2012, 2013 het verdeelmodel AWBZ verder worden verfijnd op basis van nieuwe individuele declaratie-gegevens. Als deze activiteiten in het ingezette tempo worden doorgezet is de verwachting dat er met ingang van 2015 een dermate goed model kan zijn ontwikkeld dat van een substantiële risicodragendheid door zorgverzekeraars sprake kan zijn. In de aanloopjaren 2013 en 2014 zou al enige mate van risicodragendheid zijn beslag kunnen krijgen, maar zullen extra waarborgen om opwaartse budgettaire risico's te ondervangen noodzakelijk zijn. Daarbij is het van belang dat er vanuit de bekostigingssystematiek geen majeure veranderingen komen die het zicht op de individuele schadelast vertroebelen. Dit betekent dus dat de ZZP's voor de intramurale zorg en het uurtariefensysteem bij de extramurale zorg niet moeten worden vervangen door een andere bekostigingswijze⁶².

9.3.1 *Terugdringen van bovengemiddeld gebruik*

Zorgverzekeraars hebben in principe een prikkel om bovengemiddeld gebruik tegen te gaan als zij volledig risicodragend worden. Wel zou het probleem zich kunnen voordoen dat verzekeraars onvoldoende grip op de schadelast hebben omdat de zorgbehoefte niet goed objectiveerbaar is vast te stellen. Bij delen van de huidige AWBZ-zorg gaat het immers vaak niet alleen om een duidelijke medische noodzaak maar vaak ook om het intrinsiek aantrekkelijke aspect "kwaliteit van leven". Een aanspraak als de functie begeleiding daar een voorbeeld van. Omdat deze variant er van uit gaat dat de functie begeleiding en de lichte ZZP's geen onderdeel uitmaken van de over te hevelen zorg is deze problematiek veel minder aanwezig dan zonder dergelijke pakketmaatregelen het geval zou zijn.

Voor de vraag of verzekeraars er in gaan slagen om onbedoeld zorggebruik tegen te gaan is een juist samenspel van indicatiestelling en de systematiek van de risicoverevening van belang. Wat de indicatiestelling betreft, die moet niet zodanig rigide zijn dat verzekeraars geen mogelijkheden meer hebben om in de contractuele relatie met zorgaanbieders aan te sturen op een doelmatige organisatie en goede kwaliteit. In plaats van een juridisch bindend besluit zoals nu in de AWBZ zou de onafhankelijke indicatiestelling het karakter kunnen krijgen van een advies dat zo zwaarwegend zou moeten zijn dat het in een klachtenprocedure de nodige rechtsbescherming van de verzekerde kan bieden.

Bij het gebudgetteerde OLZ worden inkoop en de indicatie in één hand gelegd. Dit zal remmend werken op overindicatie al stelt het principe gelijke behandeling hieraan duidelijke grenzen. Tegelijkertijd bevordert de kennis van het zorgaanbod (via de inkoopfunctie) dat de indicatie beter aansluit op de mogelijkheden van het zorgaanbod.

9.3.2 *Zorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten*

De zorgverzekeraars krijgen in deze variant de rol van inkopers van de zorg. Door de risicodragendheid krijgen zij een sterkere prikkel dan de huidige zorgkantoren om over de prijs te onderhandelen. In vergelijking tot de curatieve zorg is de kwaliteitstransparantie bij de langdurige zorg groter. Dit maakt de kritische opstelling van de verzekerde richting verzekeraar sterker. Anderzijds zou men kunnen zeggen dat die transparantie de rol van de verzekeraar juist overbodig maakt. Door hun schaalgrootte en professionaliteit zullen zij echter beter in staat

⁶² Een waarschuwend voorbeeld in dit verband is de overheveling van de GGZ in 2008; daarbij zorgde de introductie van de DBC's voor een extra complicatie om risico's te kunnen toedelen.

zijn te onderhandelen met zorgaanbieders dan individuele cliënten. De NZa kan de besparingsuitkomst versterken door een neerwaartse aanpassing van de maximumtarieven. Bovendien neemt door het scheiden van wonen en zorg de regionale marktmacht van intramurale zorgaanbieders af en worden de toetredingsdrempels voor zorgverleners mogelijk kleiner.

Bij de overheveling van de Zvw naar risicodragende verzekeraars zullen er incidentele kosten moeten worden gemaakt voor het opbouwen van de solvabiliteit. Een polis die wordt uitgebreid met langdurige zorg betekent bij risicodragende verzekeraars dat zij extra solvabiliteitsreserves moeten gaan aanhouden. De omvang van de extra financiële reserves is afhankelijk van de mate van financieel risico. Qua orde van grootte kan het in drie jaar tijd gaan om ca. 10-15% van de AWBZ-schade. In deze variant waarin ca 10 miljard wordt overgeheveld betekent dat 1 à 1,5 miljard extra reserves moeten worden aangehouden. Dit zal tot uitdrukking komen in een (eenmalige) verhoging van de premies.

Het OLZ zal de zorginkoop uitvoeren op een vergelijkbare wijze als de huidige zorgkantoren. Om het OLZ te helpen tegen lagere kosten in te kopen zal de contracteerplicht worden afgeschaft en de maximumtarieven verlaagd.

Een speciale vorm van het terugdringen van de kosten van zorg zijn cliënten die gebruik maken van intramurale zorg terwijl goedkoper maar even adequaat kan worden voorzien in hun zorgbehoefte via extramurale zorg. Dit type besparing wordt behaald door de toegang tot de intramurale zorg voor de 'lichtere' cliënten in de verzorgings- en verpleeghuizen (zorgzwaartepakketten 1 t/m 3) en in de langdurige GGZ aan te scherpen.

9.3.3 *Betere samenhang met aanpalende terreinen*

Aan de ene kant nemen de mogelijkheden om meer samenhang te organiseren met de curatieve zorg toe. Aan de andere kant wordt de "natuurlijke" samenhang met aanpalende terreinen kleiner. Zorgverzekeraars richten zich primair op hun eigen verzekerden en niet primair op samenwerking met partijen die georiënteerd zijn op de lokale of regionale bevolking (zoals gemeenten via de Wmo), zeker niet als ze in die regio geen dominant marktaandeel hebben. Relevant hierbij is ook dat het Zvw-model zijn beperkingen kent als het gaat om preventie. Het College van zorgverzekeringen heeft in 2007 vastgesteld⁶³ dat via de Zvw de individuele preventie ter voorkoming van een hoog risico op ziekte kan worden gedekt, maar dat dit niet geldt voor de meer collectieve preventie die daaraan voorafgaat. Dat is het (lokale) domein van de Wet publieke gezondheid.

Door het schrappen van de zorg voor de groep licht verstandelijk gehandicapten (LVG) met een IQ boven de >70, met een compensatie voor GGZ/jeugdzorg krijgt de GGZ/jeugdzorg een sterkere prikkel om deze doelgroep van samenhangende zorg te voorzien. Datzelfde geldt voor Wmo als gevolg van het schrappen van de aanspraak op de functie begeleiding. Het is onduidelijk hoeveel doelmatigheidswinst met deze punten valt te behalen.

9.3.4 *Lagere kosten en geringere administratieve lasten door minder bureaucratie*

De functie van de zorgkantoren wordt in deze variant overgenomen door de private zorgverzekeraars die voor hun eigen verzekerden de zorg gaan inkopen. Voor de

⁶³ Van preventie verzekerd. CVZ, publicatienr. 250, juli 2007.

gehandicaptenzorg wordt de rol overgenomen door het Overheidsorgaan Langdurige Zorg (OLZ). Dit zal per saldo weinig besparen op de uitvoeringskosten. Het CAK zal enkel nog gebruikt worden voor de gehandicaptenzorg (en eventueel voor een compensatieregeling voor het eigen risico). In de Zvw worden verzekeraars verantwoordelijk voor het eigen risico en de PGB's. Omdat de eigen betalingen systematiek in de Zvw sterk wordt vereenvoudigd (geen inkomensafhankelijkheid meer) zullen de uitvoeringskosten en administratieve lasten een stuk lager liggen. Het introduceren van een compensatieregeling zal de uitvoeringskosten en administratieve lasten natuurlijk weer doen toenemen.

9.4 Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit

9.4.1 In hoeverre vallen gegeven risico's privaat te verzekeren?

In deze variant wordt de verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg weliswaar overgeheveld naar private zorgverzekeraars, maar die verantwoordelijkheid is met zoveel sociale waarborgen omgeven dat nog wel sprake is van een collectieve regeling.

9.4.2 In hoeverre bestaat behoefte aan een collectieve sociale verzekering?

Met name bij begeleiding speelt het punt dat mensen mogelijk verschillende voorkeuren hebben in de mate waarvoor hier een regeling moet zijn getroffen. Mede om die reden is er voor gekozen deze zorg niet langer via het collectief te laten verlopen⁶⁴.

9.4.3 Kwaliteit

De zorgverzekeraars zijn net als in de Zvw verantwoordelijk voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit. Het OLZ zal –net als de zorgkantoren nu- bij de gehandicaptenzorg verantwoordelijk zijn voor het inkopen van kwalitatief goede zorg. De IGZ controleert de aanbieders.

9.4.4 Inkomenssolidariteit

De zorg die wordt overgeheveld naar de nieuwe basisverzekering zal via de Zvw-systematiek gefinancierd worden. De premieverdeling tussen nominaal en inkomensafhankelijk is binnen de Zvw wettelijk vastgesteld op 50/50. Bij voortzetting van deze verdeling gaan beide premies omhoog om het nieuwe aandeel langdurige zorg te dekken. Vanwege de verplichting van werkgevers om de inkomensafhankelijke Zvw-premie van hun werknemers in het Zorgverzekeringsfonds te storten, zouden deze lasten fors kunnen stijgen. Ook het beroep op de zorgtoeslag zal stijgen door de hogere nominale premie. Indien een substantieel deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringwet, heeft een aanpassing van de 50/50 verdeling tussen nominale premie en inkomensafhankelijke premie heroverweging. Ook de zorgtoeslag zal nader moeten worden bezien (zie hiervoor ook de heroverweging toeslagen). Bezien moet worden of deze systematiek zo kan worden aangepast dat de inkomenseffecten beperkt zullen zijn.

De ex post inkomenssolidariteit verandert op de volgende manieren. De eigen betalingen zijn niet langer inkomensafhankelijk.

⁶⁴ Voor de duidelijkheid wordt hier benadrukt dat de werkgroep niet denkt dat deze zorg privaat goed verzekeraar is. Daarvoor is de indicatiestelling te lastig objectief uit te voeren.

De inkomenssolidariteit neemt hierdoor fors af tenzij een compensatieregeling wordt opgezet (zie paragraaf 9.2.5.)⁶⁵. Voor de zorg die uit het pakket wordt geschrapt geldt de facto een eigen betaling van 100%. Hier wordt de ex post inkomenssolidariteit gereduceerd tot nul. De inkomenssolidariteit voor wonen wordt niet langer via de intramurale eigen betalingen hoog afgedwongen, maar via de huurtoeslag. Hierdoor ontstaat een interactie met de maatregelen die worden beschreven in de Heroverweging toeslagen en Heroverweging wonen.

9.4.5

Arbeidsparticipatie

De marginale druk als gevolg van de ex ante inkomenssolidariteit verdwijnt voor zorg die niet langer collectief wordt geregeld. Het gaat hier met name om lichtere zorg waarvan de ontvangers (of de ouders van de ontvangers) vaak nog zullen deelnemen aan het arbeidsproces en waarvoor deze druk dus relevant is. Aangenomen wordt dat de ex ante inkomenssolidariteit voor de nieuwe basisverzekering niet veel hoeft af te wijken van de huidige AWBZ. De ex post inkomenssolidariteit en daarmee de marginale druk die hiermee samenhangt neemt flink af (tenzij een compensatieregeling wordt opgezet). De eigen bijdragen in de Zvw zijn immers niet inkomensafhankelijk. De weggevallen begeleiding zal mogelijk tot minder zelfredzaamheid en daarmee minder participatie van een kleine groep leiden, ook zal er door de beperking van de aanspraken mogelijk meer druk komen op mantelzorgers. Per saldo zullen de arbeidsmarkteffecten positief zijn.

⁶⁵ Verder is het zo dat binnen eigen bijdragen intramuraal nu aparte bijdrageregimes gelden voor ouderen en Wajongers. In deze variant komen dergelijke faciliteiten te vervallen, waardoor intramurale ouderen en Wajongers relatief meer extra moeten gaan betalen dan andere intramuraal verblijvenden.

Bijlage 1 Taakopdracht

Thema

Deze heroverweging betreft alle uitgaven in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met de invoering van deze wet in 1968 werd voorzien in collectieve financiering van intramurale zorg in verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor lichamelijk en zintuiglijk "gebrekkigen". In de loop der jaren zijn de AWBZ-uitgaven door autonome ontwikkelingen en toevoeging van nieuwe zorgvoorzieningen aanzienlijk gegroeid. In totaal gaat het bij de AWBZ in 2010 om circa 22,3 mld euro aan bruto uitgaven en 20,8 mld aan netto uitgaven.

Opdracht aan de werkgroep

De werkgroep wordt gevraagd beleidsvarianten te ontwikkelen die structureel besparen op de hieronder genoemde uitgaven op dit thema, waarbij tenminste één variant (al dan niet bestaand uit verschillende subvarianten) structureel 20% van de netto uitgaven in 2010 bespaart, conform de spelregels van de brede heroverwegingen.¹ De beschrijving van de beleidsvarianten bestaat in ieder geval aandacht aan de volgende aspecten: doelmatigheid (gelet op de beoogde doelstelling), draagvlak voor solidariteit tussen gezond en ongezond in de bekostiging, beheersbaarheid van de uitgaven en inkomsten, inkomenseffecten, private verzekeraarbaarheid van (zorg)kosten en uitvoerbaarheid. De werkgroep wordt gevraagd, waar relevant, verbinding te maken met aanverwante thema's.

Afbakening

De heroverweging betreft de totale netto AWBZ-uitgaven. De tabel 1 geeft een indruk van de onderverdeling van de bruto AWBZ-uitgaven (inclusief het deel van de uitgaven dat met eigen betalingen gedekt wordt). Het gaat hier zowel om intramurale als extramurale zorg, verstrekt in natura of via een persoonsgebonden budget (PGB).

Samenstelling van de werkgroep

Voorzitter: mr. drs. T.W. Langejan (Ministerie van Financiën)
Leden: VWS, EZ, BZK, AZ, FIN, SZW en externe deskundigen

Tabel 1 De in de heroverweging langdurige zorg minimaal te betrekken regelingen (mln. euro)²

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verpleging en verzorging	12323,50	12338,90	12347,50			
Gehandicaptenzorg	5987,10	6009,80	6043,90			
Langdurige geestelijke gezondheidszorg	1489,30	1558,20	1584,20			
PGB's	2035,10	2260,80	2512,60			
Overig	697,40	156,90	576,30			
Totaal bruto-AWBZ uitgaven	22532,40	22324,60	23064,50			
Eigen betalingen AWBZ	1587,27	1518,15	1713,22			
Totaal netto-AWBZ uitgaven ³	20945,13	20806,45	21351,28			

¹ Voor zover van toepassing: besparingen op collectieve verzekeringen leiden niet per definitie tot verbetering van het EMU saldo omdat tegenover lagere collectieve uitgaven ook lagere collectieve lasten staan. Een aanvullende lastenverzwaring, waarbij de totale lastendruk ongewijzigd blijft, verbetert het EMU saldo wel. De werkgroep wordt gevraagd de uitwerking hiervan in de varianten op te nemen.

² Cijfers op basis van ontwerpbegroting 2010. Begrotingscijfers voor 2012 en later zijn exclusief groei en daarom hier niet opgenomen.

³ Voor zover op de hierbij genoemde artikelen apparaatsuitgaven niet zijn meegenomen, zal de werkgroep deze in principe alsnog meenemen.

Bijlage 2 Samenstelling werkgroep

Voorzitter:	drs. J.P.M. Lazeroms (per 1/11)	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
	mr. T.W. Langejan (tot 1/11)	Ministerie van Financiën
Leden:	drs. M.J. Boereboom	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	drs. G.J. Buitendijk	Ministerie van Binnenlandse Zaken
	drs. E.J. Van Kempen (per 1/12)	Ministerie van Financiën
	drs. F.W. Vijselaar (tot 1/12)	Ministerie van Financiën
	drs. P.G. Lugtenburg	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
	drs. M. Santhagens (per 21/1)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	drs. M. Stal	Ministerie van Economische Zaken
	drs. M. Verbeek (per 21/1)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	drs. M.Y. Voslamber	Ministerie van Algemene Zaken
	mr. L.J.S. Wever (tot 1/12)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Externe deskundigen:	prof. Mr. C.A. de Kam	Rijksuniversiteit Groningen
	drs. P.J. Besseling	Centraal Planbureau
	drs. J. Timmermans	Sociaal en Cultureel Planbureau
Secretariaat:	drs. J.D. Brilman	Ministerie van Financiën
	drs. J. Verduijn	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Verder hebben aan de vergadering van de IBO-werkgroep op verschillende momenten deelgenomen:

drs. J.F.P. Hers, ministerie van Financiën
drs. C. Kaatee, ministerie van Algemene Zaken
dr. M.H. Klijnsma, ministerie van Binnenlandse Zaken

De werkgroep uit zijn dank aan de deskundigen en belanghebbenden die kennis en inzichten met de werkgroep hebben gedeeld. Ook is de werkgroep dankbaar voor de ondersteuning vanuit de Ministeries door Peter Alders, Antonet Dortmans, Hanneke van Essen, Frans van den Heuvel, Martin Holling, Rafael Lizanzu, Carina van Vliet en vele anderen.

Bijlage 3 Groslijst

De besparingen die verschillende maatregelen in de varianten realiseren verschillen van de besparingen die zij zouden realiseren als zij in isolatie zouden worden toegepast. Er is namelijk een interactie tussen de maatregelen. Als begeleiding wordt geschrapt heeft het verhogen van de eigen bijdragen minder effect omdat er geen eigen bijdragen meer voor begeleiding zijn bijvoorbeeld.

In deze bijlage worden de opbrengsten van de individuele maatregelen weergegeven als *enkel* de individuele maatregel zou worden toegepast. Deze opbrengsten kunnen vanwege de interactie dus niet worden opgeteld.

De opbrengst van de besparingsmaatregelen komt gefaseerd tot stand, afhankelijk van de noodzakelijke invoeringstermijnen. Voor de fasering is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Per (cluster) van maatregelen is een voorbereidende analyse van de maatregel (inclusief doelgroeponderzoek, financiële analyse en inkomenseffecten) noodzakelijk. Dit wordt gevolgd door een beleidsbrief aan het Parlement met de concrete uitwerking van de maatregel(en). Deels parallel is er sprake van wijziging van wet- en regelgeving, waarbij het tijdsbeslag voor een amvb/beleidsregel op een jaar is vastgesteld en voor wetwijziging twee jaar is gehanteerd. Invoeringsdata zijn altijd gesteld op 1 januari. Bij de implementatie gaat het om voorbereidingen voor de invoering die te maken hebben met wijzigingen in de indicatiestelling, wijzigingen in de AWBZ-brede zorgregistratie, communicatie etc. Tevens is er vanuit uitgegaan dat bij de meeste maatregelen een overgangsrecht (bijvoorbeeld voor bestaande gevallen) van een jaar van toepassing zal worden. De invoeringstermijn is vastgelegd per individuele maatregel. Een clustering van maatregelen kan effecten hebben op de doorlooptijden.

nr.	Onderwerp	Uitgaven of inkomsten?	Budgettaire opbrengst in € miljard					struc. (2020)
			2011	2012	2013	2014	2015	
1	Geen aanspraak op functie begeleiding	uitgaven		0,0	-0,1	-1,2	-1,2	-1,5
2	Geen persoonlijke verzorging bij indicatie < 6mnd	uitgaven		0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
3	Alleen verblijf in V&V als intensieve zorg nodig is	uitgaven		0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,2
4	Geen gehandicaptenzorg bij IQ > 70	uitgaven		0,0	-0,1	-0,2	-0,4	-0,5
5	Alleen verblijf in GGZ als intensieve zorg nodig is	uitgaven		0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2
6	Geen vergoeding 1e 90 min/week voor pers. verzorging	uitgaven		-0,1	-0,6	-0,6	-0,6	-0,7
7	Geen vergoeding 1e 90 min/week voor begeleiding	uitgaven		-0,1	-0,7	-0,7	-0,7	-0,8
8	Quote systeem voor eigen bijdrage extramurale zorg	niet belastingontvangsten		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
9	Quote systeem voor eigen bijdrage intramurale zorg	niet belastingontvangsten		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
10	Vergoeding pers. verzorging naar 80%, pgb naar 60%	uitgaven		0,0	0,0	-0,3	-1,5	-1,9
11	Vergoeding zzp's V&V-4,	uitgaven		0,0	0,0	-0,1	-0,4	-0,5

	GHZ 1-2-3, GGZ 1-2-3 naar 80%							
12	Invoeren vermogenstoets	uitgaven		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
13	Afschaffen MEE-subsidies	uitgaven		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Bijlage 4 Verband besparingsmaatregelen en collectieve domeinen

De vier beleidsvarianten in het rapport verschillen van elkaar door de keuze van waar de budgetverantwoordelijkheid wordt gelegd voor de uitgaven aan langdurige zorg: de AWBZ, persoonlijke budgethouders, gemeenten, zorgverzekeraars of een nieuwe overheidsvoorziening langdurige zorg. Behalve door deze keuzes wordt het collectieve domein ook herverdeeld door de maatregelen. Na het beperken van een AWBZ-aanspraak kunnen cliënten gaan aankloppen bij een andere collectieve regeling (bijv huurtoeslag, bijzondere bijstand etc.) In tabel 1 zijn ze samengevat.

Tabel 1 Samenvatting opbrengst maatregelen (2015 in mrd euro's)

		AWBZ versoerd	Eigen regie	Zorg dichtbij	Zorg verzekerd
1	Pakketaanpassingen / eigen bijdragen	3,7	2,8	2,8	1,9
2	Schrappen MEE-subsidies (begroting VWS)	0,2	0,2	0,2	0,2
3	Efficiency	0,5	0,7	1,0	0,9
Totale opbrengst		4,4	3,7	4,0	3,1

Tabel 2 geeft weer hoe het collectieve domein voor langdurige zorg door die maatregelen wordt verkleind en tegelijkertijd herverdeeld. De "Beginstand bruto AWBZ-uitgaven" is gebaseerd op realisatiecijfers 2009 van de NZa van ca. 19,7 mrd. Dat bedrag is vervolgens op het niveau van 2015 gebracht door de in de begroting voorziene groei ruimte daarbij op te tellen⁶⁶.

Tabel 2 Collectieve domeinverdeling (omvang 2015 in miljarden euro's)

		AWBZ versoerd	Eigen regie	Zorg dichtbij	Zorg verzekerd
1	Beginstand bruto AWBZ-uitgaven	22,8	22,8	22,8	22,8
2	Over naar <u>persoonlijke budgetten</u>	-	5,3	-	-
3	Over naar de <u>Wmo</u>	1,5	1,9	12,5	1,1
4	Over naar de <u>Zvw</u>	0,9	0,9	-	11,3
5	Over naar diverse <u>andere collectieve domeinen</u>	0,6	0,3	0,5	1,5
6	Nieuwe overheidsvoorziening langdurige zorg (<u>OLZ</u>)	-	10,7	5,7	6,0
7	Rest <u>AWBZ</u>	15,4	-	-	-
8	Bruto collectieve uitgaven na maatregelen	18,4	19,2	18,8	19,8

⁶⁶ 4,4 mrd is geen 20% van 22,8 mrd. Voor de 20% taakstelling zijn echter de *netto* uitgaven maatgevend, dus na aftrek van eigen bijdragen. Dan gaat het om circa 21 miljard euro.

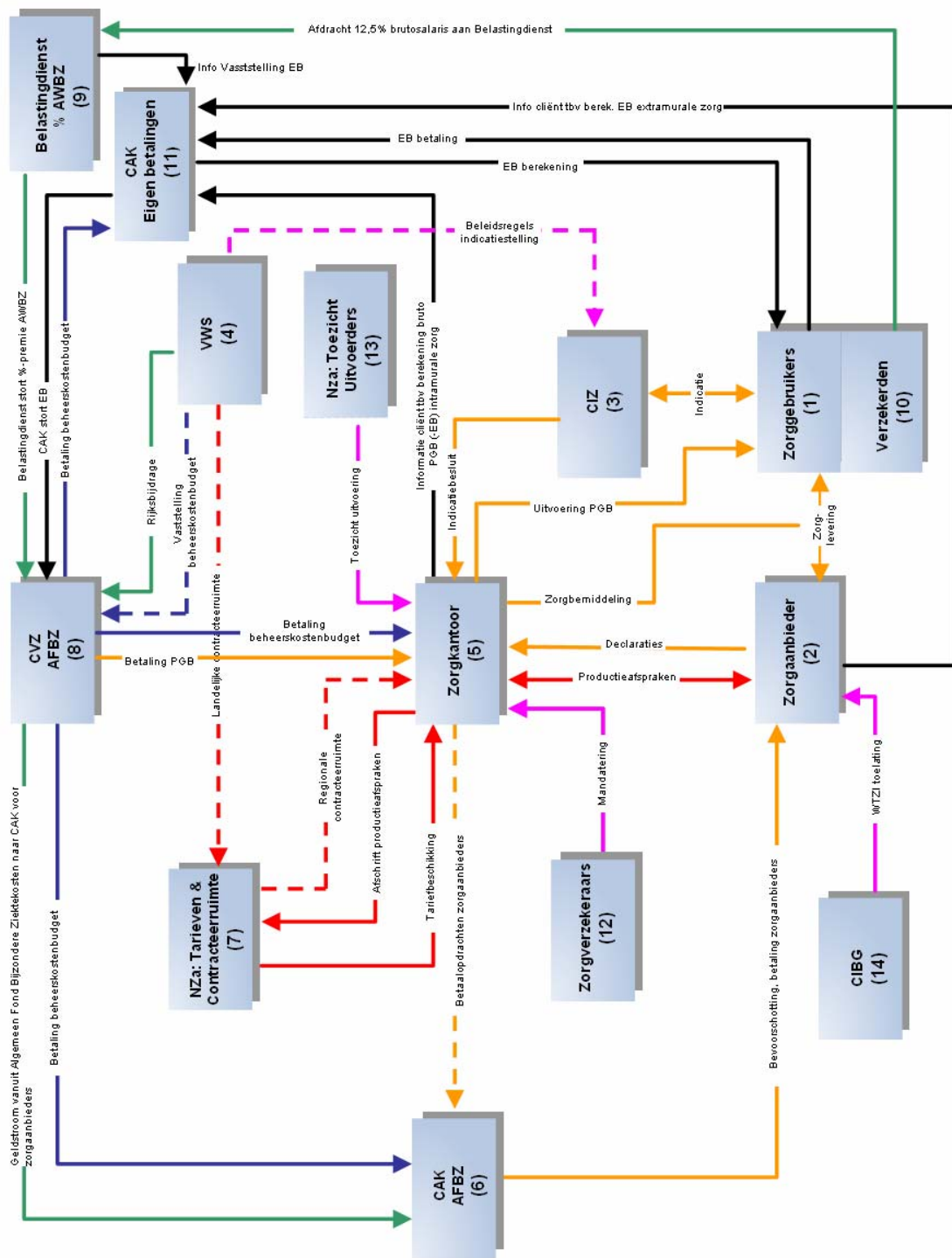
9	Maatregelen	4,4	3,7	4,0	3,1
10	Totaal	22,8	22,8	22,8	22,8

In de regels 2 t/m 7 is te zien hoe de AWBZ in de verschillende varianten over de collectieve domeinen wordt verdeeld. De grijs gearceerde vakjes geven aan welke domeinen bewust budgetverantwoordelijkheid hebben gekregen. De verschuivingen in de overige vakjes zijn geschatte bijeffecten van genomen maatregelen, ook wel als weglek aangeduid⁶⁷. Regel 8 van de tabel laat zien dat er na de maatregelen in alle beleidsvarianten een kleinere collectief gefinancierde langdurige zorg over is, al verschilt de omvang. Via de opbrengst van de maatregelen in regel 9 kan weer worden teruggerekend naar de beginstand.

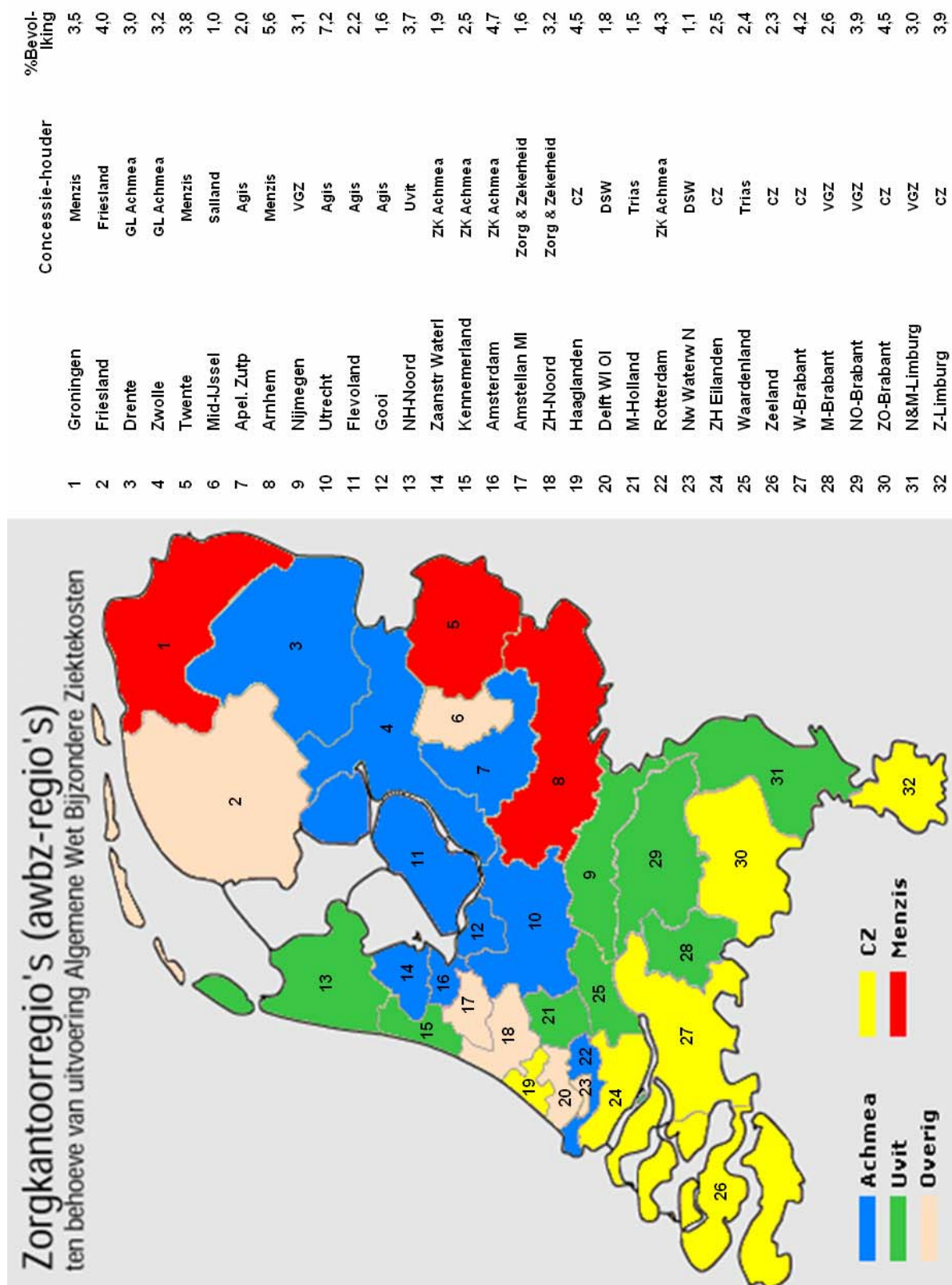
In dit rapport zijn de effecten van doelmatigheidsmaatregelen geschat (zie tabel 1 regel 3). In de variant "AWBZ versoerd" is ervan uitgegaan dat er met de zorgkantoren minimaal een efficiency verbetering van 3% kan worden behaald en in de budgetverantwoordelijke domeinen in de andere varianten 5%. Het verschil in grondslag tussen de vier beleidsvarianten (de som van de grijze vakjes in tabel 2) verklaart het verschil in efficiencyopbrengst in tabel 1.

⁶⁷ Een uitzondering hierop is de overheveling van de revalidatiezorg naar de Zvw in de varianten "AWBZ" versoerd en "Eigen regie". Het is voorgenomen beleid dat in deze varianten wordt overgenomen. Er is geen opbrengst voor ingeboekt, ook niet op titel van efficiency.

Bijlage 5 Stroomschema huidige AWBZ



Bijlage 6 Zorgkantoorregio's



voor minstens zes maanden een aanzienlijke of grotere hoeveelheid hulp nodig hebben. Er zijn daarbij drie zorgzwaartecategorieën, zowel voor extramurale als intramurale zorg (aanzienlijk= eenmaal per dag hulp nodig, zwaar= driemaal per dag hulp nodig en zeer zwaar= elk uur hulp nodig). De indicatie is gericht op lichamelijk functioneren (lichamelijke verzorging, voeding, mobiliteit en huishoudelijke verzorging, kortom ADL). Daardoor hebben mensen met psychiatrische problemen en dementerenden geen of slechts beperkt recht op vergoeding.

Er is een onafhankelijke indicatiestelling, die de hulpbehoefte vaststelt via een administratief complex overzicht van ADL- en IADL-handelingen. Aanspraken worden zowel aanbodgericht geformuleerd (thuiszorg, intramurale zorg) als functiegericht (lichamelijke verzorging, voeding). De verzekering keert uit in geld (in de vorm van een niet geormerkte bijdrage in de zorgkosten) of in natura. Ook een combinatie is mogelijk.

Per klasse zijn bedragen vastgesteld variërend van € 215 per maand in klasse I (alleen mantelzorg) tot € 1470 per maand in klasse 3 zowel voor intra- als extramurale zorg; in uitzonderingsgevallen is een ophoging tot € 1918 per maand mogelijk. Deze bedragen waren tot 2008 niet geïndexeerd. Voor welke vorm ook wordt gekozen: de dekking van de uitkering voor langdurige zorg is beperkt. Voor intramurale zorg wordt circa 75% van de zorgkosten vergoed. Daarbovenop komt nog € 600 voor kost en inwoning per maand (dekking van ruim 50% van de kosten). Wie de resterende kosten aantoonbaar niet zelf kunnen opbrengen, maken aanspraak op inkomensafhankelijke bijstand (kosten 3 mld euro). Vanaf 2008 worden de bedragen geïndexeerd.

Bijlage 8 Schets stelsel Verenigd Koninkrijk

De *Care Standards Act* (2002) reguleert de sector. Deze wet regelt een set minimumnormen waaraan de zorg moet voldoen (bouwkundig, personele bezetting etc.) Een 'sterren' systeem maakt de kwaliteit van het aanbod voor de gebruikers inzichtelijk. De gemeenten voeren de zorg voor ouderen en lichamelijk gehandicapten uit, in eigen beheer of door deze uit te besteden aan private aanbieders. Gemeenten moeten 20% van hun dienstverlening elk jaar aanbesteden (*best value policy*). Ze hebben belang bij een zo laag mogelijk aanbestedingsbedrag en er zijn relatief veel klachten over *underfunding*. Een ander belangrijk thema is het gebrek aan samenwerking tussen de curatieve zorg (NHS) en de langdurige zorg. Beleidsmakers proberen de afstemming te verbeteren via gezamenlijke budgetten, *lead commissioning*, en 'boetes' voor gemeenten bij het niet oplossen van verkeerde-bed problematiek in de NHS (£100 per dag).

Aanbod ouderenzorg en lichamelijk gehandicaptenzorg

Het VK heeft 468.000 residentiële plaatsen voor intramurale ouderenzorg en zorg voor lichamelijk gehandicapten (2007). Net als in ons land bestaat onderscheid tussen verpleeghuizen (*nursing care*) en verzorgingshuizen (*residential personal care*). Ongeveer 90% van de bewoners beschikt over een eigen kamer, de rest zit in tweepersoonskamers. Het grootste deel van deze markt – vooral de verpleeghuizen – is in handen van commerciële aanbieders.

Ketens met minimaal drie zorglocaties beheren een steeds groter deel van de totale intramurale capaciteit, vooral bij commerciële aanbieders. Zulke ketens beheersen inmiddels ongeveer de helft van de private markt, tegen een tiende van de markt in 1989. Van de vier beursgenoteerde ketens is Southern Cross de grootste met een omzet van £ 937 miljoen en 38.000 bedden. De grotere commerciële concerns

hebben veelal separate labels voor de zorg voor de gemeenten en de vollediger en luxere private zorg. Toch heeft de sector met 442 private aanbieders, naast de NHS en een aantal gemeenten, nog steeds een relatief kleinschalig karakter.

In de thuiszorg, dagbestedingen, tafeltje-dek-je, hulpmiddelen en *direct payments* (PGB's) gaat naar schatting £ 7,3 miljard om. Hiervan wordt een kleine 10% volledig privaat gefinancierd buiten de publieke regelingen om. Inmiddels wordt ook deze markt gedomineerd door commerciële aanbieders (marktaandeel in 2006 was 60%). De gemiddelde kosten voor een week thuiszorg zijn ongeveer £ 110 voor 10 uur hulp. Het VK kent een PGB-systeem; ongeveer 5% van de uitgaven gaat hieraan op, vooral bestemd voor lichamelijk gehandicapten.

Financiering

De financiering komt voor circa 60% voor rekening van de gemeenten, voor 30% uit eigen betalingen en circa 10% ten laste van het budget van de NHS. De centrale overheid stelt de eigen bijdragen voor intramurale zorg vast. In 2007 zijn de gedifferentieerde tarieven vervangen door een uniforme bijdrage van £ 101 per week in een verpleeghuis. Hiernaast gelden vermogensafhankelijke eigen betalingen. Er is een vrijstelling voor de eerste £ 13.000 vermogen; vervolgens geldt een tarief van £1 per week voor elke £ 250 vermogen. Wie over een vermogen groter dan £ 21.500 beschikken, moeten de gehele zorg uit eigen zak betalen. Gemeenten gaan zelf over de eigen betalingen voor thuiszorg en hier bestaan grote onderlinge verschillen.

Ongeveer 30% (115.000 bewoners) betaalt alle kosten zelf. Het aandeel *self-payers* in de verzorgingshuizen stijgt, terwijl hun aandeel in de verpleeghuizen daalt. Voor deze groep berekenen aanbieders doorgaans hogere tarieven dan aan gemeenten (£ 50 tot £ 100 per week meer). Ongeveer 40.000 mensen beschikken over een private polis, die een deel van de kosten voor langdurige zorg dekt.

Bijlage 7 Schets stelsel Duitsland

Langdurige zorg wordt in Duitsland gezien als een afzonderlijk onderdeel van het sociale verzekeringsstelsel. Vanaf 1996 is de langdurige zorg apart geregeld als *Pflegeversicherung*, omdat het beroep op de bijstand te sterk toenam. Het risico van behoefte aan verzorging is hiermee op vergelijkbare wijze verzekerd als het risico van reguliere ziektekosten (*Krankenversicherung*) en inkomenderving door ongevallen, werkloosheid en ouderdom. Iedereen die verzekerd is tegen ziektekosten is automatisch verzekerd voor langdurige zorg. Elke verzekeraar tegen ziektekosten beheert ook een fonds voor langdurige zorg. Langdurige zorg is erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het systeem wordt gekenmerkt door sterke prikkels ten gunste van thuiszorg. Daarnaast kent het een financiële vergoeding voor mantelzorg, evenals een pensioenvergoeding voor mantelzorgers. Informele zorg is hiermee in het systeem van langdurige zorg geïntegreerd en heeft een vergelijkbare status als formele zorg. Intramurale zorg wordt ontmoedigd: iemand heeft pas recht op vergoeding voor verpleeghuiszorg wanneer thuiszorg niet mogelijk is. Bovendien is de vergoeding voor verpleeghuiszorg erg laag. Via een erkenningensysteem is geregeld welke aanbieders de langdurige zorg mogen leveren. Naast een afgeronde opleiding als verplegende of verzorgende is praktische werkervaring van twee jaar in de afgelopen vijf jaar vereist.

De uitvoering van de *Pflegeversicherung* is in handen van de uitvoerders van de *Krankenversicherung*, voor hun eigen verzekerden. Deze semi-publieke verzekeraars lopen hierover geen risico. Zij zorgen onder andere voor certificering van de zorgaanbieders en zij voeren ook de indicatiestelling uit. De zorggebruikers kiezen zelf een zorgaanbieder. De *Länder* moeten zorgen voor voldoende aanbod (er is overigens overcapaciteit bij de tehuizen). Zij vergoeden ook de kapitaalslasten van naar schatting 1 mld euro.

Mensen hebben recht op langdurige zorg als assistentie nodig is bij ADL of IADL taken (lopen, huishouden, voeding, verzorging en dergelijke). Hulpbehoevendheid is als volgt gedefinieerd: hulpbehoevend zijn personen die op basis van een lichamelijke, verstandelijke of psychische ziekte of beperking voor de gewone en regelmatig terugkerende verrichtingen van *het dagelijks leven* naar verwachting voor minstens zes maanden een aanzienlijke of grotere hoeveelheid hulp nodig hebben. Er zijn daarbij drie zorgzwaartecategorieën, zowel voor extramurale als intramurale zorg (aanzienlijk= eenmaal per dag hulp nodig, zwaar= driemaal per dag hulp nodig en zeer zwaar= elk uur hulp nodig). De indicatie is gericht op lichamelijk functioneren (lichamelijke verzorging, voeding, mobiliteit en huishoudelijke verzorging, kortom ADL). Daardoor hebben mensen met psychiatrische problemen en dementerenden geen of slechts beperkt recht op vergoeding.

Er is een onafhankelijke indicatiestelling, die de hulpbehoefte vaststelt via een administratief complex overzicht van ADL- en IADL-handelingen. Aanspraken worden zowel aanbodgericht geformuleerd (thuiszorg, intramurale zorg) als functiegericht (lichamelijke verzorging, voeding). De verzekering keert uit in geld (in de vorm van een niet geormerkte bijdrage in de zorgkosten) of in natura. Ook een combinatie is mogelijk.

Per klasse zijn bedragen vastgesteld variërend van € 215 per maand in klasse I (alleen mantelzorg) tot € 1470 per maand in klasse 3 zowel voor intra- als extramurale zorg; in uitzonderingsgevallen is een ophoging tot € 1918 per maand mogelijk. Deze bedragen waren tot 2008 niet geïndexeerd. Voor welke vorm ook wordt gekozen: de dekking van de uitkering voor langdurige zorg is beperkt. Voor intramurale zorg wordt circa 75% van de zorgkosten vergoed. Daarbovenop komt nog € 600 voor kost en inwoning per maand (dekking van ruim 50% van de kosten). Wie de resterende kosten aantoonbaar niet zelf kunnen opbrengen, maken aanspraak op inkomensafhankelijke bijstand (kosten 3 mld euro). Vanaf 2008 worden de bedragen geïndexeerd.

Bijlage 8 Schets stelsel Verenigd Koninkrijk

De *Care Standards Act* (2002) reguleert de sector. Deze wet regelt een set minimumnormen waaraan de zorg moet voldoen (bouwkundig, personele bezetting etc.) Een 'sterren' systeem maakt de kwaliteit van het aanbod voor de gebruikers inzichtelijk. De gemeenten voeren de zorg voor ouderen en lichamelijke gehandicapten uit, in eigen beheer of door deze uit te besteden aan private aanbieders. Gemeenten moeten 20% van hun dienstverlening elk jaar aanbesteden (*best value policy*). Ze hebben belang bij een zo laag mogelijk aanbestedingsbedrag en er zijn relatief veel klachten over *underfunding*. Een ander belangrijk thema is het gebrek aan samenwerking tussen de curatieve zorg (NHS) en de langdurige zorg. Beleidsmakers proberen de afstemming te verbeteren via gezamenlijke budgetten, *lead commissioning*, en 'boetes' voor gemeenten bij het niet oplossen van verkeerde-bed problematiek in de NHS (£100 per dag).

Aanbod ouderenzorg en lichamelijke gehandicaptenzorg

Het VK heeft 468.000 residentiële plaatsen voor intramurale ouderenzorg en zorg voor lichamelijke gehandicapten (2007). Net als in ons land bestaat onderscheid tussen verpleeghuizen (*nursing care*) en verzorgingshuizen (*residential personal care*). Ongeveer 90% van de bewoners beschikt over een eigen kamer, de rest zit in tweepersoonskamers. Het grootste deel van deze markt – vooral de verpleeghuizen – is in handen van commerciële aanbieders.

Ketens met minimaal drie zorglocaties beheren een steeds groter deel van de totale intramurale capaciteit, vooral bij commerciële aanbieders. Zulke ketens beheersen inmiddels ongeveer de helft van de private markt, tegen een tiende van de markt in 1989. Van de vier beursgenoteerde ketens is Southern Cross de grootste met een omzet van £ 937 miljoen en 38.000 bedden. De grotere commerciële concerns hebben veelal separate labels voor de zorg voor de gemeenten en de vollediger en luxere private zorg. Toch heeft de sector met 442 private aanbieders, naast de NHS en een aantal gemeenten, nog steeds een relatief kleinschalig karakter.

In de thuiszorg, dagbestedingen, tafeltje-dek-je, hulpmiddelen en *direct payments* (PGB's) gaat naar schatting £ 7,3 miljard om. Hiervan wordt een kleine 10% volledig privaat gefinancierd buiten de publieke regelingen om. Inmiddels wordt ook deze markt gedomineerd door commerciële aanbieders (marktaandeel in 2006 was 60%). De gemiddelde kosten voor een week thuiszorg zijn ongeveer £ 110 voor 10 uur hulp. Het VK kent een PGB-systeem; ongeveer 5% van de uitgaven gaat hieraan op, vooral bestemd voor lichamelijke gehandicapten.

Financiering

De financiering komt voor circa 60% voor rekening van de gemeenten, voor 30% uit eigen betalingen en circa 10% ten laste van het budget van de NHS. De centrale overheid stelt de eigen bijdragen voor intramurale zorg vast. In 2007 zijn de gedifferentieerde tarieven vervangen door een uniforme bijdrage van £ 101 per week in een verpleeghuis. Hiernaast gelden vermogensafhankelijke eigen betalingen. Er is een vrijstelling voor de eerste £ 13.000 vermogen; vervolgens geldt een tarief van £ 1 per week voor elke £ 250 vermogen. Wie over een vermogen groter dan £ 21.500 beschikken, moeten de gehele zorg uit eigen zak betalen. Gemeenten gaan zelf over de eigen betalingen voor thuiszorg en hier bestaan grote onderlinge verschillen.

Ongeveer 30% (115.000 bewoners) betaalt alle kosten zelf. Het aandeel *self-payers* in de verzorgingshuizen stijgt, terwijl hun aandeel in de verpleeghuizen daalt. Voor deze groep berekenen aanbieders doorgaans hogere tarieven dan aan gemeenten (£ 50 tot £ 100 per week meer). Ongeveer 40.000 mensen beschikken over een private polis, die een deel van de kosten voor langdurige zorg dekt.

Bijlage 9 Schets stelsel Zweden

Doel van het Zweedse ouderenbeleid is ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk in de eigen woning te blijven wonen, ook als intensieve medische en sociale verzorging nodig is. Ook wanneer het onvermijdelijk is ouderen intramuraal op te nemen, moeten ze een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden. Personen met ernstige en permanente beperkingen dienen zodanige ondersteuning te krijgen dat zij kunnen leven zoals anderen dat doen.

Het systeem van langdurige zorg om dit beleid uit te voeren is een integraal onderdeel van het geheel van sociale voorzieningen. De zorg is geregeld in drie wetten: De Sol (Sociale voorzieningenwet) is de algemene wet bedoeld voor zorg aan het individu, het gezin en ouderen met beperkingen. De LSS (Wet steun en diensten voor personen met een handicap/beperking) en de LASS (Wet ondersteuningsbijdrage) zijn bedoeld voor mensen die specifieke en/of intensieve zorg nodig hebben, waarbij de LSS zich richt op mensen onder de 65. De LASS is bedoeld zowel voor ouderen als voor jongeren als ze bijzondere zorg nodig hebben, bijvoorbeeld meer dan 20 uur zorg per week.

Uitgaande van zorgvormen vallen verpleging, verzorging, thuiszorg, hulpmiddelen en woningaanpassing onder de Sol. Zaken als persoonlijke begeleiding, contactpersonen, georganiseerde activiteiten en bijzondere hulpmiddelen en aanpassingen vallen onder de LSS.

De uitvoering van de langdurige zorg is in Zweden vergaand gedecentraliseerd. Formeel zijn de 21 provincieraden verantwoordelijk voor het aanbod van gezondheidszorg en medische thuiszorg op regioniveau. Vaak is deze verantwoordelijkheid doorgedecentraliseerd naar de gemeenten. De 290 gemeenten hebben de plicht om langdurige zorg en woonruimte voor ouderen te verschaffen. Zij hebben daarbij verregaande autonomie. Belangrijke beleidsregels zijn:

- iedereen heeft een gelijk recht op waardigheid;
- mensen die het meest op zorg zijn aangewezen krijgen voorrang;
- toewijzing en levering van zorg alleen bij voldoende kosteneffectiviteit.

Het Zweedse model heeft dus duidelijk het karakter van een voorziening (Sol). Er zijn geen individuele rechten waar belanghebbenden zich op kunnen beroepen. Bij de langdurige zorg voor mensen jonger dan 60 jaar met beperkingen geldt dit minder sterk. In ieder geval gelden voor de toelating tot deze regeling landelijke regels.

Op grond van bovengenoemde wetten kan iedereen met een (langdurige) zorgvraag zich wenden tot het loket bij de lokale overheid (gemeenten, county-councils). Een sociaal werker van de lokale overheid beoordeelt de wens van de zorgvrager, zijn of haar mogelijkheden en de beschikbaarheid van de mogelijkheden tot zorgverlening. De zorg onder Sol en LSS wordt geleverd in natura, er zijn dus geen financiële transacties tussen cliënt en zorgverlener. Onder de LASS krijgt men een uitkering in geld voor het zelf kunnen aanstellen van een persoonlijke begeleider, nadat hiervoor een indicatie is afgegeven.

Scheiding van wonen en zorg is in Zweden een feit. Bij intramurale zorg betalen de cliënten zelf hun woonlasten. Voor de overige zorg geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

Politieke issues die momenteel spelen zijn:

- bezorgdheid over de intergemeentelijke verschillen in toewijzing en verlening van zorg;
- uitholling van kwaliteit door substitutie naar goedkope vormen van zorg;
- het wel of niet toelaten van private partijen en introduceren van marktprikkels.