

| Naar een toekomst- bestendige AWBZ

Een christendemocratische visie
op de langdurige zorg

Publicatie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

Het instituut heeft ten doel het (doen) verrichten van wetenschappelijke arbeid ten behoeve van het CDA op basis van de grondslag van het CDA en in aansluiting op het Program van Uitgangspunten. Het instituut geeft gedocumenteerde adviezen over hoofdlijnen van het beleid, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek vanuit het CDA en/of van de leden van het CDA in vertegenwoordigende lichamen.



Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Postbus 30453, 2500 GL Den Haag

Telefoon (070) 3424870

Fax (070) 3926004

Email wi@cda.nl

Internet www.wi.cda.nl

Ontwerp Mullerdesigns

ISBN/EAN 978-90-74493-56-7

2008 Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1. Inleiding en vraagstelling	7
2. De geschiedenis van de AWBZ en zijn problemen	11
3. Doelstellingen	19
3.1 Kwaliteit van zorg	20
3.2 Houdbaarheid	21
3.3 Toegankelijkheid	23
4. Lange-termijn visie: een hervormde AWBZ	25
4.1 Polisvoorwaarden	26
4.2 Indicatiestelling	32
4.3 Verzekeringsaanpak	33
4.4 Zorginkoop	35
4.5 Zorgaanbieders	39
4.6 Toetsing aan de criteria	41
5. Conclusies	45
Bijlage: Een mogelijk transitiepad	51

Voorwoord

Er bestaat veel ontevredenheid over de vormgeving van de langdurige zorg of de AWBZ. Vanwege aanbodsturing wordt te weinig rekening gehouden met de voorkeuren van patiënten en medewerkers ervaren een hoge werkdruk. Wachlijsten lopen op en de zorg verschaalt. Deze situatie lijkt veel weg te hebben van de onvrede zoals die eerder aanwezig was bij de op genezing gerichte curatieve sector. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA heeft eerder in 2000 een rapport uitgebracht over een christendemocratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Kernpunt van dit rapport was het pleidooi om de verantwoordelijkheid in de zorg te spreiden en te leggen bij de burgers, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars in plaats van bij een sturende en plannende overheid. In de cure sector is een nieuwe basisverzekering ingevoerd, waarmee aan deze uitgangspunten tegemoet gekomen kan worden.

De afgelopen maanden is door het WI voor het CDA gewerkt aan een rapport met als titel “Naar een toekomstbestendige AWBZ: een christendemocratische visie op de langdurige zorg.” Dit rapport probeert richting te geven aan de discussie zoals die op dit moment loopt over een stelselwijziging van de langdurige zorg en geeft aan op welke wijze ook in deze sector aan deze uitgangspunten voldoen kan worden.

Bij dit rapport is dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en expertise van prof. dr. A.L. Bovenberg (Universiteit van Tilburg) en K. Tuinstra. Het rapport werd samengesteld door prof. dr. R.H.J.M. Gradus. Vanuit het project maatschappelijke vernieuwing heeft mevrouw drs. S. Uitslag de boxen aangeleverd. Ook is geprofiteerd van opmerkingen en suggesties van mevrouw G. Dolsma, mr. drs. J.M. de Vries (CDA Tweede Kamerfractie), mevrouw J. van Leeuwen (CDA Partijbestuur), drs. H. Klein Breteler (CDA Eerste Kamerfractie), drs. M. Varkevisser (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam), dr. W. Kuiper en drs. E.J. van Asselt. Het bestuur van het Wetenschappelijk Instituut is hen erkentelijk voor hun waardevolle bijdragen.

Prof. dr. C.P. Veerman
Voorzitter WI

Prof. dr. R.H.J.M. Gradus
Directeur WI

1 | **Inleiding en vraagstelling**

1. Inleiding en vraagstelling

Inleiding

Niemand lijkt tevreden over de manier waarop wij in Nederland de langdurige en onverzekerbare zorg, gefinancierd via de volksverzekering AWBZ, hebben georganiseerd. De patiënten zijn ontstemd omdat ze worden geconfronteerd met wachtlijsten, of omdat zij niet in hun eigen woning kunnen blijven en daar de noodzakelijke zorg ontvangen. Sommige ouderen zijn zo ontevreden dat zij geen gebruik meer maken van publieke voorzieningen en het initiatief nemen voor hun eigen woonzorgcombinaties. Medewerkers in de langdurige zorg hebben te maken met een hoge werkdruk. Mede daardoor wordt hun beroep steeds minder aantrekkelijk. Instellingen zien zich geconfronteerd met een veelheid aan beleidsregels en met een verstikkende bureaucratie, terwijl zij met hun patiënten bezig willen zijn. De gemeentelijke overheid heeft tot taak kwetsbaren in staat te stellen tot participatie aan de samenleving, doch beschikt niet over mogelijkheden of instrumenten om dat waar te maken. Door deze versnippering wordt de landelijke overheid geconfronteerd met stijgende kosten. Het lijkt haast een onoplosbaar dilemma.

Langzaam is het inzicht gegroeid dat de langdurige zorg niet toekomstbestendig is. Er is al het nodige in het oude stelsel van de AWBZ gemoderniseerd. Hoewel de twee werelden van de verzorging en verpleging zijn geïntegreerd, is een soepele overgang van de ene naar de andere voorziening nog altijd niet verzekerd en soms zelfs onmogelijk. Dat al deze problemen in de langdurige zorg om oplossingen vragen, klinkt steeds duidelijker door. In 2008 zijn verschillende adviezen met zinvolle voorstellen hierover uitgebracht.¹ Toch zijn wij ervan overtuigd dat ook een christendemocratische visie inzake de herijking van de solidariteit en de verantwoordelijkheden op dit terrein wenselijk is. In onze optiek biedt juist de christendemocratie aanknopingspunten voor een mogelijke oplossing. Door de eigen verantwoordelijkheid van mensen te stimuleren waar dit mogelijk is en ruimte te bieden aan maatschappelijke instellingen en ondernemers komen innovatieve oplossingen in zicht. Door de regeling te bestemmen voor mensen die langdurige zorg echt nodig hebben kan de kwaliteit van de langdurige zorg verbeterd worden. Door maatschappelijke betrokkenheid en eigenzinnige professionaliteit te bevorderen wordt het beroep weer aantrekkelijk. Door Haagse bemoeizucht te beteugelen ontstaat ruimte. Door een visie te ontvouwen en ons niet te beperken tot korte-termijnoplossingen ontstaat een perspectief op verandering. En dit alles draagt bij aan de zekerheid van de langdurige zorg waarop iedereen in de toekomst recht heeft.

In dit rapport van het Wetenschappelijk Instituut wordt een dergelijk perspectief geschetst. Kern van dit rapport is op welke wijze een hervormde AWBZ in het volgende decennium is vorm te geven. Het is goed om daarbij aan te sluiten bij

1 | Zie in het bijzonder SER, *Langdurige zorg verzekerd: Advies over de toekomst van de AWBZ*, 18 april 2008.

eerdere hervormingen in de zorg waarbij een dergelijke omslag is gemaakt. Het kabinet-Balkenende II heeft op 1 januari 2006 voor de op genezing gerichte (curatieve) zorg een algemene basisverzekering ingevoerd.² De positie van de burger is met deze zorgverzekering versterkt en meer centraal komen te staan. De curatieve zorg is nu veel meer gebaseerd op keuzevrijheid, een solide financiering en op de idee dat de vraag van de patiënt het aanbod aan voorzieningen bepaalt, in plaats van andersom, zoals in het verleden. De inkomenspolitiek is buiten de zorgverzekeringwet gebracht. Bovendien zijn meer prikkels aanwezig om tot innovatie en doelmatig beheer te komen. Op de weg van de gereguleerde zorgverzekeringsmarkt met zelfstandige zorgaanbieders zal de komende jaren moeten worden voortgegaan, opdat er meer ruimte komt voor de mogelijkheden die het nieuwe stelsel in potentie biedt.

Het is dus van belang om ook voor het stelsel van de volksverzekering van de AWBZ een omslag te maken. In dit stelsel zijn tal van ondoelmatigheden geslopen, als gevolg van een onvoldoende scherpe afbakening van wat onverzekerbare en noodzakelijke zorg is. Daardoor heeft zich de afgelopen jaren een forse stijging van de AWBZ-kosten voorgedaan. De houdbaarheid in de toekomst is niet gewaarborgd. Hoewel de extra middelen voor de AWBZ aan het begin van deze eeuw de wachtlijsten korter hebben gemaakt, hebben zij het systeem van aanbodsturing grotendeels in tact gelaten en zijn daarmee een druppel op een gloeiende plaat gebleken. Zeker in het licht van de vergrijzing en het daarmee samenhangende houdbaarheidsvraagstuk zijn aanpassingen in de AWBZ noodzakelijk. Zo is het de verwachting dat vooral de langdurige zorg die voortkomt uit de vergrijzing, zoals de vraag naar verpleging en verzorging, de komende periode fors zal gaan stijgen, met navenante gevolgen voor de uitgaven. Juist van christendemocraten mag vanuit het uitgangspunt van rentmeesterschap verwacht worden dat zij oog hebben voor de houdbaarheid van het zorgstelsel op de langere termijn en de daarmee gemoeide solidariteit tussen zieke en gezond, rijk en arm.

Bovendien belemmert de huidige werkwijze in dit deel van de zorgsector de innovatie. Dit klemt des te meer omdat zich in de komende jaren in toenemende mate tekorten aan gediplomeerd personeel zullen voordoen. Volgens voorspellingen van het ministerie van VWS zijn bij een continuering van de huidige werkwijze tot 2020 circa 500.000 extra mensen nodig in de zorg, terwijl het geprognosticeerde totale arbeidsaanbod slecht een kleine stijging laat zien. Deze tekorten zijn alleen oplosbaar, indien nieuwe werkwijzen worden geïntroduceerd met het doel dat mensen zoveel mogelijk in hun eigen woningomgeving kunnen blijven en particulier initiatief en naastenzorg worden gestimuleerd. Het is van groot belang om een nieuw perspectief voor de AWBZ te schetsen, waarbij burgers meer centraal komen te staan.

2 | In 2002 heeft het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA een rapport over de structuur en financiering van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg uitgebracht. Hierin is deze basisverzekering nader uitgewerkt. Zie hiervoor Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Nieuwe regie in de zorg: Een christendemocratische visie op de structuur en de financiering van de gezondheidszorg*, Den Haag, 2000.

Het WI voor het CDA wil vanuit de kernwaarden van de christendemocratie een bijdrage aan de gedachtevorming over deze kanteling leveren. Een herijking van verantwoordelijkheden is daarbij cruciaal. Bij alle veranderingen moet de solidariteit in de onverzekerbare langdurige zorg gegarandeerd zijn. Deze solidariteit is een van de verworvenheden van onze verzorgingsstaat, te kostbaar om uit handen te geven. Dit is des te meer prangend omdat het in de AWBZ gaat om kwetsbare groepen zoals ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Dit rapport schetst een begaanbare weg voor de noodzakelijke veranderingen in de AWBZ en voor een zekere en adequate zorg in de toekomst.

Vraagstelling

Deze bijdrage zet de christendemocratische agenda voor het toekomstbestendig maken van de AWBZ uiteen. Uiteraard is het van belang om dit te doen op basis van een aantal doelstellingen. Voor ons als christendemocraten moet de zorg voor kwetsbare mensen onmiskenbaar van hoge kwaliteit zijn, en dient deze tegelijkertijd toegankelijk en betaalbaar te blijven. Deze doelstellingen lijken op korte termijn vaak op gespannen voet met elkaar te staan maar op lange termijn kunnen ze niet zonder elkaar. In het beleid tot nu toe was er naar ons oordeel te veel nadruk op een van deze doelstellingen zonder de samenhang te bezien. Hoofdstuk 2 geeft een korte schets van deze ontwikkelingen en beschrijft de huidige AWBZ. Hoofdstuk 3 loopt de drie criteria van zorgkwaliteit, houdbaarheid en toegankelijkheid langs. Hoofdstuk 4 schetst een beeld van hoe de AWBZ er omstreeks 2015 uit zou moeten zien. Centraal daarbij staan de volgende vragen:

- Wat zijn de toekomstige polisvoorwaarden?
- Hoe wordt de indicatiestelling vormgegeven?
- Hoe worden de verzekeringsaanspraken geregeld en wat is de positie van de verzekerde?
- Hoe wordt vervolgens de zorginkoop vormgegeven en wat betekent dit voor de rol van de zorgkantoren?
- En wat is de rol van zorgaanbieders?

Langs deze lijnen wordt een nieuw AWBZ-stelsel geschetst. Op het einde van dit hoofdstuk wordt getoetst in hoeverre dit nieuwe stelsel voldoet aan de criteria. Hoofdstuk 5 bevat conclusies. Uiteraard is dit nieuwe stelsel niet van een op de andere dag te realiseren. Een vingeroefening hoe de transitie naar dit vernieuwde stelsel in deze en de komende kabinetsperiode zou moeten plaatsvinden, wordt besproken in de bijlage.

2 | De geschiedenis van de AWBZ en zijn problemen

2. De geschiedenis van de AWBZ en zijn problemen

De oorsprong van de AWBZ ligt in de jaren zestig. Bij de discussie begin jaren zestig over de zogenaamde Ziekenfondsverzekeringwet kondigde toenmalig KVP-Minister Veldkamp van Sociale Zaken aan een advies in te winnen over de wenselijkheid om een volksverzekering voor zware geneeskundige risico's.³ Op zijn verzoek bogen zowel de SER, de Ziekenfondsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zich over dit onderwerp en zij stemden alle drie in met een dergelijke volksverzekering. Uiteindelijk diende de Minister in januari 1966 een wetsvoorstel in bij de Tweede Kamer, dat na een uitvoerige discussie per 1 januari 1968 ingevoerd werd. Als grondslag voor de volksverzekering verwees Veldkamp naar 'het beginsel van de gelijkheid van kansen' en hij constateerde dat voor wat betreft de zware geneeskundige zorg de toegankelijkheid niet werd gegarandeerd door ziekenfondsen en particuliere ziekenfondsen. De verzekering was van toepassing op de gehele Nederlandse bevolking en er was geen leeftijdsgrens. In de eerste jaren had de AWBZ vooral betrekking op intramurale voorzieningen zoals gehandicaptenzorg en verpleging. In de jaren zeventig is de AWBZ uitgebreid met preventie en begeleiding. Het was een cultuuropdracht van die tijd om bij groeiende welvaart de vaak in geestelijk opzicht zwaksten onder ons zoveel mogelijk kansen te geven aan het maatschappelijk leven deel te nemen.⁴

De jaren tachtig

Door de oplopende financieringstekorten van de rijksoverheid begonnen de jaren tachtig in de zorg met een budgettering van de zorginstellingen. Er kwam ook een wet tarieven gezondheidszorg. Er vonden verdere uitbreidingen van de AWBZ plaats om de samenhang en doelmatigheid tussen de verschillende zorgvoorzieningen te versterken. Zo werden in de jaren tachtig het kruiswerk en de geestelijke gezondheidszorg overgeheveld naar de AWBZ. Ook werd eind jaren tachtig de maatschappelijke dienstverlening geïntegreerd in de AWBZ. De AWBZ-premie liep ondermeer daardoor van circa 4% midden jaren tachtig op tot 5,25% van het premieplichtig inkomen in 1990. Hierbij stond de gedachte centraal dat de doelmatigheid zou worden gediend door voorzieningen die direct elkaar samenhangen onder één regime te brengen zodat voor het meest doelmatige middel kan worden gekozen. Ook werden in de jaren tachtig om de doelmatigheid te bevorderen eigen bijdragen ingevoerd.

Sommigen gingen zelfs zo ver dat zij voorstelden om alle zorg onder één verzekering te brengen. Het rapport *Bereidheid tot verandering* van de commissie-Dekker uit 1987 valt als beginpunt van deze discussie te beschouwen. In 1990 stelde de

3 | Zie Roebroek, J.M. en M.W. Hertogh, *De beschavende invloed des tijds: Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland*, Den Haag: VUGA, 1998, blz. 335.

4 | Zie Roebroek & Hertogh, op.cit., blz. 336.

toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Simons een algemene basisverzekering voor de zorg (inclusief de langdurige zorg) voor. Met name vanuit de werkgeverszijde in de SER is een dergelijke samenvoeging met terughoudendheid tegemoet getreden.⁵ In het rapport *Zorgvernieuwing door Structuurverandering* van het WI in januari 1987 werd vooral een lans gebroken om de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars een rol te geven in de uitvoering van de AWBZ.

De jaren negentig

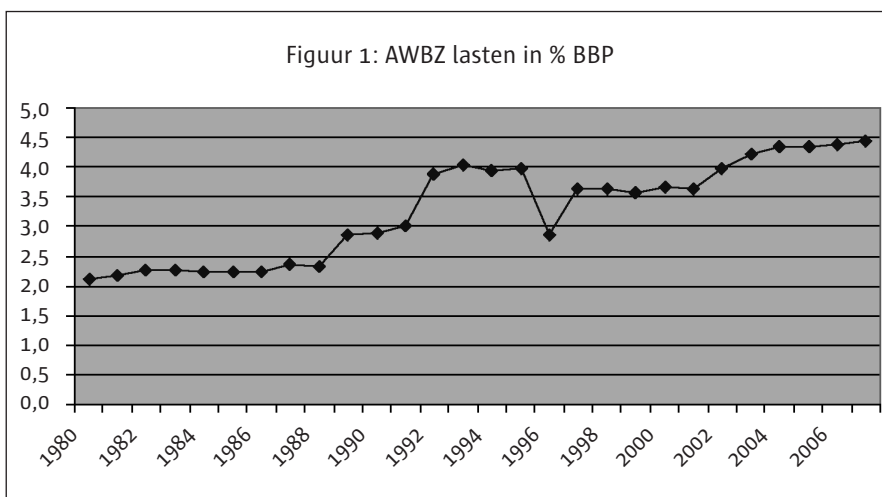
In de jaren negentig schoof de aandacht weg van het versterken van de samenhang tussen de onderdelen van zorg doordat er onvoldoende steun bleek te zijn voor één basisverzekering. Mede als gevolg van de conjuncturele inzinking in de eerste helft van de jaren negentig en de uitgavenstijging in de AWBZ kwam uitgavenbeheersing in de vorm van rantsoenering van zorg en aanbodsturing centraal te staan in de jaren negentig. Eind jaren negentig nam de maatschappelijke druk om de rantsoenering af te schaffen steeds meer toe. Vooral in de ouderenzorg nam de discrepantie tussen vraag en aanbod grootste vormen aan. Dit leidde ertoe dat het kabinet Kok de budgettering losliet en een andere invulling van het recht op zorg toestond. Met de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 werd onder de eerste kabinetten Balkenende het confectiepak vervangen door maatwerk. In plaats van een vast zorgpakket kan een verzekerde een combinatie van zorgtaken ontvangen die is toegesneden op de concrete zorgvraag van een verzekerde. Ook is het mogelijk verschillende delen van de zorg bij verschillende aanbieders te betrekken.

Tevens vond er aanzienlijke stijging plaats van de arbeidskosten naar aanleiding van de voorstellen van de commissie van Rijn. Dit leidde met name in de periode 2000-2003 tot een aanzienlijke stijging van de AWBZ-uitgaven. Volgens het CVZ vlakt de kostengroei in 2004 weer af tot het meer gebruikelijk niveau.⁶ De gesignaleerde uitgavenstijging van de AWBZ is ook duidelijk als we de lasten in % BBP zoals die uit het AWBZ fonds worden vergoed sinds 1980 in kaart brengen, zoals dat is gebeurd in figuur 1.⁷

5 | Zie bijvoorbeeld W.P.M.M. van de Ven en F.T. Schut, *The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands*, Rotterdam: Working paper Institute for Health Care Policy and Management, 2000.

6 | Zie CVZ, *Zorg in cijfers*, 2007.

7 | In verband met onderlinge vergelijkbaarheid zijn dit de AWBZ-lasten in 2006 en 2007 inclusief ggz en thuiszorg.



Tot het midden van de jaren negentig trad een forse stijging van de AWBZ-kosten op.⁸ Halverwege jaren negentig werd onder de Paarse kabinetten de kosten in hand gehouden door budgetteringsmaatregelen. In het begin van deze eeuw werden deze maatregelen ongedaan gemaakt met als gevolg een nieuwe uitgavenstijging.

Recente ontwikkelingen

In de jaren negentig zijn eveneens regionale zorgkantoren ingesteld die de beschikbare middelen over de aanbieders van zorg verdelen. De beoogde efficiëntieverbetering vond echter niet plaats omdat er geen prikkels bestaan om de zorgkantoren tot doelmatigheid aan te zetten. Ook de regiobudgetten zetten geen rem op de uitgaven, omdat deze zijn gebaseerd op de historische uitgaven.⁹ De verandering in 2003 van de aanspraak op voorzieningen in de aanspraak op globaal beschreven prestaties is bedoeld meer zorg op maat mogelijk te maken. Een jaar later is een convenant met de intramurale instellingen gesloten om tegen dezelfde budgetten drie jaar later 3,75% meer bewoners zorg te gaan bieden. Dit overeengekomen plafond in de intramurale zorg heeft het beroep op de extramurale zorg vergroot.

De AWBZ-premie is inmiddels opgelopen tot circa 12% van het premieplichtig inkomen (exclusief een rijksbijdrage).^{10 11} Om de AWBZ enigszins te stroomlijnen zijn daarom recent delen van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW)

8 | De daling in 1996 wordt ook veroorzaakt door de overheveling van de medicijnen van de AWBZ naar de cure verzekering.

9 | Zie S.A. van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser, *Gezondheidszorg* in C.A. de Kam en A.P. Ros (red.), *Jaarboek Overheidsfinanciën*, Den Haag: SDU Uitgevers, 2006, blz. 57-86.

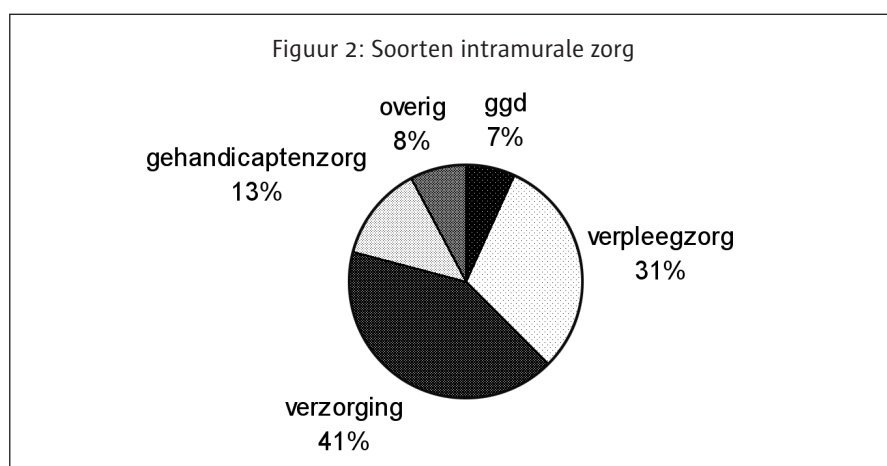
10 | De rijksbijdrage in de AWBZ bedraagt in 2008 bijna € 5 miljard. Dit komt overeen met meer dan 2% AWBZ-premie.

11 | Bij de oploep van de AWBZ premie is uiteraard ook de grondslagversmalling door de sterke stijgingen van de heffingskortingen van belang (zie ook J. Helleman, G. de Jong en A. van der Giessen, *Fiscalisering AOW niet door vergrijzing*, *ESB*, 25 januari 2008).

en het gemeentelijke domein. Per 1 januari 2007 is de Wet op de Maatschappelijk Ondersteuning (WMO) in werking getreden en sindsdien zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging. Voorts is per 1 januari 2008 de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ), die korter duurt dan een jaar, overgegaan naar de basisverzekering voor curatieve zorg.

De huidige groep van aanbieders en gebruikers

In de loop van de jaren is de AWBZ uitgegroeid tot een heterogene groep van gebruikers. In 2006 is volgens het ministerie van VWS het aantal AWBZ-gebruikers ongeveer 750.000 personen.¹² Ongeveer een derde hiervan (d.i. 260.000 personen) verblijft in een intramurale AWBZ-instelling.¹³ In figuur 2 is de intramurale zorg uitgesplitst naar de diverse aanbieders.



Het grootste deel van deze intramurale zorg (ruim 70%) heeft betrekking op verpleeg – en verzorgingshuizen, waar met name chronisch zieken en ouderen verblijven. Van de personen die in een verpleeg- of verzorgingstehuis verblijft is 86% ouder dan 75. De rest van de personen die intramurale zorg krijgen verblijft in een instelling voor gehandicapten- of jeugdzorg of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

De overige 500.000 AWBZ-zorgvragers ontvangen extramurale zorg. Zij verblijven in hun eigen huis of in een zelfgekozen wooncluster en ontvangen daar AWBZ-zorg of doen mee aan dagbestedingsactiviteiten in een van de instellingen en hebben een zeer diverse vraag naar zorg of begeleiding. Het is toe te juichen dat mensen in toenemende mate hun zorg in hun eigen omgeving kunnen ontvangen en constateren dat velen met een hoge mate van professionaliteit zowel intramuraal als extramuraal dag in dag uit bezig zijn met deze belangrijke vorm van zorg.

12 | Zie: VWS, *Pgb in perspectief*, brief aan Tweede Kamer d.d. 9 november 2007, p. 3.

13 | Zie CAK - Bijzondere Zorgkosten, *Jaaroverzicht 2006*, blz. 10.

... en de steeds meer knellende vraag naar zorg en wonen

Bij verstandelijk en zintuiglijk gehandicapten is er na de jeugdijaren veelal sprake van een stabiele zorgvraag, die overigens heel verschillend kan zijn. Bij sommige cliënten is er sprake van een lichte handicap waarbij geen dagelijkse zorg maar bijvoorbeeld wekelijkse of tweewekelijkse zorg nodig is. Bij anderen is er sprake van intensieve dagelijkse zorgbehoefte.

Bij aandoeningen van veel ouderen heeft het ziekteproces echter een zeer geleidelijk verloop zoals bij dementie of de ziekte van Parkinson. Dit houdt in dat de beperkingen en daarmee de zorgvraag zeer geleidelijk aan toenemen en dat het vermogen om de regie over het eigen leven te voeren nog gedurende lange tijd aanwezig is. Met name deze vergrijzingsgerelateerde zorg in de AWBZ zoals de vraag naar verpleging en verzorging zal in de komende jaren een forse stijging laten zien. Volgens ramingen van RVZ zullen de uitgaven aan verzorging en verpleging van 12 miljard in 2008 naar 16 miljard naar 2020 gaan stijgen.¹⁴ Overigens zullen de totale AWBZ-uitgaven zonder aanpassingen in de periode tot 2020 met ruim € 7 miljard stijgen en zal daardoor de AWBZ premie oplopen van circa 12% naar 17%.¹⁵ Overigens zal deze stijging in 2040-2050 op het hoogtepunt van de vergrijzing navenant hoger zijn.

Soms wordt ook AWBZ-zorg in situaties waarbij volledig herstel mogelijk is verleend in verpleeg- en verzorgingstehuizen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In dat geval staat de verpleging en verzorging in dienst van het herstelproces en het zo snel mogelijk volledig en actief terugkeren in de samenleving. Voor een meerderheid van de AWBZ-gebruikers zoals ouderen en vroeggehandicapten geldt evenwel dat er sprake is van een onomkeerbare situatie. Er treedt geen verder herstel meer op en de cliënt zal er mee moeten (zien te) leven dat er sprake is van een blijvende zorgvraag. Hierbij is het uiteraard wel wenselijk dat men zoveel mogelijk in de samenleving kan blijven participeren. Ook wordt de mate van zorgafhankelijkheid bepaald door de woonsituatie en woonomgeving. Het is van belang met name om ouderen zo lang mogelijk in een vertrouwde omgeving te laten functioneren met toegankelijke voorzieningen (zie box). Juist op dit terrein begint het huidige stelsel in toenemende mate te knellen.

14 | Zie bijlage AWBZ raming groei uitgaven in RVZ, *Beter zonder AWBZ?*, Den Haag, 2008.

15 | Voor een modaal inkomen betekent dit dat men in 2020 5100 euro (in huidige prijzen) betaalt in plaats van de huidige 3800 euro.

‘KLEINSCHALIGE WOONVORMEN EN PARTICULIER INITIATIEF’.

Nederland kent een aantal kleinschalige woonzorgvormen. Deze kleinschalige woonzorgvormen van 15-20 bedden bieden ouderen de mogelijkheid comfortabel te wonen en als het nodig is zorg te ontvangen. Omdat de meeste woonzorgvormen geen erkende AWBZ voorzieningen zijn worden de woonkosten door de gebruikers zelf betaald. De Nederlandse Vereniging van Particuliere Woon- en/of Zorgvoorzieningen (vanaf nu afgekort als NeVeP) is een brancheorganisatie voor leden die aan ouderen, vaak permanent maar ook tijdelijk, woonzorg à la carte aanbieden. Bijvoorbeeld in een Zorghotel. Het zijn voorzieningen op mooie plekken in Nederland en deze worden geleid door maatschappelijk betrokken ondernemers, service gericht, professioneel en het beste doen voor bewoners en andere gasten. Er wordt aandacht geschonken aan persoonlijke wensen ten aanzien van wooncomfort en –omstandigheden, religieuze opvattingen en de aard en frequentie van ondersteuning. Er wordt een bijdrage geleverd aan een prettig leven. Daar ligt de kracht van de bij de NeVeP aangesloten kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Gebruik maken van een particuliere voorziening kost geld. De diensten worden op verzoek en naar behoefte geleverd, tegen vooraf met elkaar afgesproken tarieven. Voorzieningen op dit niveau vereisen veelal wel een aanzienlijke aanvullende financiële bijdrage. Dat geldt met name voor de woonkosten, die doorgaans worden opgesplitst in huur- en woonservicekosten. De hoogte van deze kosten zijn per voorziening anders. Factoren die hierop van invloed zijn, zijn de woonomgeving, de grootte van het huis en de eigen zorgstudio of appartement, het niveau van luxe en comfort en het basispakket aan service en zorggarantie. De geïndiceerde zorg wordt betaald vanuit bijvoorbeeld de AWBZ of het persoonsgebonden budget (pgb). Afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden zijn sommige kosten fiscaal aftrekbaar.

Bron: <http://www.nevep.nl>

Ook de sociale omgeving is van groot belang. Hulpbehoevende oudere alleenstaanden zullen veelal eerder een beroep moeten doen op professionele hulp dan getrouwde en samenwonende hulpbehoevenden die vaker een beroep kunnen doen op informele zorg vanuit gezin of familie. De stijging van met name het aantal ouderen en alleenstaanden in de komende jaren en de afnemende beschikbaarheid van mantelzorg als gevolg van kleinere gezinnen en de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen geeft aan dat de professionele zorgvraag bij ongewijzigd beleid de komende jaren sterk zal gaan toenemen. Hierdoor zal ook de spanning op de arbeidsmarkt toenemen.¹⁶ Ook dit noopt tot aanpassingen die in het komende hoofdstuk beschreven zullen worden.

16 | Zie hiervoor Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Investeren in solidariteit. De gevolgen van de vergrijzing en de kenniseconomie voor de arbeidsmarkt: een agenderende verkenning*, Den Haag, 2002.

Conclusie

Uit deze korte historische schets blijkt dat bij de instelling van AWBZ en de decenia daarna de toegankelijkheid een belangrijke rol heeft gespeeld. Omdat dit leidde tot forse uitgavenstijgingen, is daarna meer nadruk komen te liggen op budgettaire doelmatigheid. Deze invulling van doelmatigheid leidde in een aanbodgestuurd systeem tot wachtlijstproblemen en zijn daarmee ten koste gegaan van de kwaliteit. Om dit te herstellen zijn in het begin van deze eeuw meer middelen aan de AWBZ-zorg toebedeeld. In een toekomstige vormgeving van de AWBZ is het van belang om alle drie de uitgangspunten (kwaliteit, doelmatigheid/houdbaarheid en toegankelijkheid) mee te nemen. Voordat we het toekomstige stelsel zullen schetsen is het van belang om deze uitgangspunten nader uit te werken.

3 | **Doelstellingen**

3. Doelstellingen

Een modernisering van de AWBZ zou gericht moeten zijn op drie hoofddoelstellingen: hoge zorgkwaliteit, financiële en maatschappelijke houdbaarheid ook in het licht van de vergrijzing, en een adequate toegankelijkheid.

3.1 Kwaliteit van zorg

De eerste doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Hierbij dient de kwaliteit van leven voor de patiënt centraal te staan. Deze kwaliteit omvat de mogelijkheden om als patiënt (of zaakwaarnemer) hoogkwalitatieve zorgaanbieders te kunnen kiezen, de beschikbaarheid van geïntegreerde ketenzorg, alsmede het zoveel mogelijk benutten van de restcapaciteit van patiënten met chronische beperkingen.

Regie houden

De patiënt of zijn zaakwaarnemer waarmee de patiënt vertrouwd is, dient zoveel mogelijk regie te behouden over de te leveren zorg en de woonsituatie. Deze regie is met name bij langdurige zorg (care) van groot belang omdat de aard van de care vaak de duurzame kwaliteit van leven voor de patiënt beïnvloedt en sterk is verweven met andere dagelijkse activiteiten. Verder zal de mondige babyboom generatie in grotere mate zelf het eigen pakket van ouderenzorg willen samenstellen. Tenslotte zullen mensen afhankelijk van hun achtergrond verschillen in hoe en waar ze de laatste jaren van het leven willen doorbrengen. Maatwerk voor ouderenzorg is daarom geboden. Zo zijn kleinschalige particuliere hospices in opkomst. Dit is wel vaak tegen de stroom in, omdat van een echte keuze in het aanbodgestuurde systeem nog geen sprake is.

Optimale ketenzorg

Een ander aspect van zorgkwaliteit is ketenzorg waarbij verschillende zorgaanbieders samenwerken om optimale, integrale zorg te kunnen bieden aan de patiënt. Dit betreft zowel gelijktijdige als op elkaar aansluitende zorgverlening. Door optimaal samen te werken in de zorgketen kan de kwaliteit van zorg worden verbeterd.¹⁷

Disease management

Ook is de kwaliteit van zorg gebaat bij een goed systeem van *disease management*. Ziektebeelden worden steeds meer bepaald door chronische aandoeningen in plaats van incidentele kwalen waar de patiënt verder weinig aan kan doen en die via een korte behandeling te verhelpen zijn. Medische vooruitgang maken chronische

17 | Het regelen van optimale ketenzorg via collectieve zorginkoop kan overigens soms op gespannen voet staan met de wens de klant (of zijn zaakwaarnemer) regie te geven over de te leveren zorg.

aandoeningen beter behandelbaar zodat (vaak oudere) mensen actief kunnen blijven in het maatschappelijke leven; chronische ziekten komen meer voor, maar zijn minder verlamdend. Bij veel chronische aandoeningen zijn blijvende, geïntegreerde behandelingen geboden. In veel gevallen speelt de patiënt zelf een sleutelrol bij het aanpassen van leefstijl en het voorkomen van complicaties door therapietrouw. Voor veel oudere burgers gaat het om het zelfstandig leren managen van een actief leven met de gebreken van chronische aandoeningen (*disease management*).¹⁸

3.2 Houdbaarheid

De tweede doelstelling voor de modernisering van de AWBZ is het veiligstellen van de houdbaarheid van de collectief gefinancierde zorg en de solidariteit tussen generaties. Het gaat hier om de budgettaire en maatschappelijke houdbaarheid op zowel korte als op (midden)lange termijn.

Budgettaire houdbaarheid op korte termijn...

De budgettaire houdbaarheid van de AWBZ staat op korte termijn onder druk omdat andere domeinen (welzijn, jeugdzorg, speciaal onderwijs) onvoldoende op orde zijn. Daardoor worden de sociale problemen uit deze domeinen gemedicaliseerd, net zoals dat vroeger het geval was bij de WAO. Mensen worden afhankelijk van het zorgdomein in plaats van dat ze worden gestimuleerd hun capaciteiten te ontwikkelen en in te zetten in de samenleving.

...en op middenlange termijn

Ook staat de budgettaire houdbaarheid onder druk omdat aanbieders in toenemende mate op zoek zijn naar klanten. Op zich is dat prima, maar door de onheldere verdeling van verantwoordelijkheden, een weinig robuuste indicatiestelling en een onheldere, ruime AWBZ polis ontstaat afwentelingsgedrag. In plaats van dat verzekeraars (en hun zorgkantoren), aanbieders en burgers zoveel mogelijk waar (zorgkwaliteit) voor een gegeven hoeveelheid geld proberen te krijgen ten behoeve van de cliënt, zijn ze ook bezig om allerlei manieren te vinden om zoveel mogelijk geld per cliënt uit de AWBZ kas te krijgen. Patiënten worden soms aangemoedigd zich zo ziek mogelijk voor te doen zodat ze een zo hoog mogelijke indicatie (en daarmee een omvangrijk persoonsgebonden budget (pgb)) krijgen. Meer medicalisering is het gevolg terwijl preventie wordt ontmoedigd.

De budgettaire houdbaarheid op langere termijn wordt bedreigd door de dubbele vergrijzing: het aantal ouderen boven de 75 die aangewezen zijn op verzorging en verpleging zal de komende decennia sterk toenemen. Tegelijkertijd kan de beschikbaarheid van mantelzorg onder druk komen staan als gevolg van kleinere gezin-

18 | Zie bijvoorbeeld L. Berenschot en L. van der Geest, *Van patiënt tot partner*, NYFER, februari 2005.

nen en de toenemende arbeidsparticipatie en hogere scholingsgraad van vrouwen.¹⁹ De verhoging van de werkdruk en het groeiend aantal tweeverdieners maken het verlenen van mantelzorg aan hulpbehoevenden minder vanzelfsprekend. Gelukkig is het nog steeds zo dat velen mantelzorg verlenen, met name jonge ouderen of senioren, aan hulpbehoevende familie, burens of vrienden. Deze naastenzorg is iets dat wij als christendemocraten in het bijzonder koesteren. Een verdere uitbouw van de levensloopregeling kan te zijner tijd een bijdrage leveren om mensen deze met name kortdurende zorgtaken te laten leveren.²⁰

Politieke en maatschappelijke houdbaarheid op middellange termijn...

De legitimiteit van een publieke verzekering voor zware zorg wordt geschaad als allerlei mensen een beroep doen op de AWBZ voor de gebruikelijke zorg waarvoor zij of hun naaste omgeving eenvoudig voor een oplossing zouden kunnen zorgen. Bovendien is het uiteraard niet wenselijk dat mensen naast een pgb ook nog voor deze zorgtaken reguliere andere vormen van zorg ontvangen.²¹ Zo bedreigt het oneigelijk gebruik van de pgb het volstrekt legitieme gebruik van dit instrument voor ondersteunende begeleiding van gehandicapten.

Ook zou men een parallel met de WAO kunnen trekken. De gemakkelijke toegang tot de WAO leidde tot veel maatschappelijke verdeeldheid en spanningen. Ook omdat een groot deel van de werkende bevolking het gevoel kreeg dat de door hen opgebrachte premies besteed werden aan personen die best nog (voor een deel) hun handen uit de mouwen zouden kunnen steken. Uiteindelijk overleeft solidariteit niet zonder eigen verantwoordelijkheid.

...en op lange termijn

Op een zelfde manier komt de maatschappelijke houdbaarheid van de AWBZ onder druk te staan als een relatief kleine jonge generatie het idee zou krijgen dat zij opdraait voor de kosten van verblijf en persoonlijke diensten van een groep hulpbehoevende ouderen die met hun forse vermogens, riant pensioenen en fraaie eigen huizen deze kosten best zelf kunnen financieren.²² De AWBZ is immers gebaseerd op een omslagsysteem: de jongeren van nu betalen voor de kosten van verzorging en

19 | Hoger geschoolde kinderen wonen vaak op grotere afstand van hun ouders dan lager geschoolde kinderen. Daar staat tegenover dat hoger opgeleide senioren vaak meer zelfredzaam zijn.

20 | Zie hiervoor Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Het wachten moe. Naar een levensloopstelsel voor duurzame arbeidsdeelname, en tijd en scholing voor scholing, zorg en privé*, Den Haag, 2001.

21 | Volgens sommigen is dit een van de oorzaken van de stijging van het aantal pgb's in de laatste jaren. In 2006 waren er 80.000 budgethouders in de zorg. In 2007 waren dat er 100.000, terwijl er tegelijkertijd in 2007 30.000 mensen zijn overgeheveld naar de WMO. Dit betekent dus bijna een verdubbeling van het aantal pgb-aanvragen in een jaar tijd (bron: Het Financieel Dagblad, 26 februari 2008, blz. 3).

22 | In een studie van SZW wordt aangegeven dat de inkomens- en vermogenspositie (ook vanuit het eigen huis) de komende jaren fors zal gaan stijgen (zie Ministerie van SZW, *De toekomstige positie van ouderen*, 2006, werkdocument).

verpleging van de huidige ouderen. De solidariteit van jongeren met ouderen moet daarom worden aangevuld met solidariteit binnen de steeds grotere en heterogeenere oudere generaties. Vanuit die invalshoek zijn aanpassingen aan de AWBZ onontkoombaar. Als de last van ouderenzorg niet rechtvaardig wordt verdeeld over en binnen generaties, dan dreigen maatschappelijke spanningen die de houdbaarheid van de ouderenzorg kunnen ondermijnen.

3.3 Toegankelijkheid

Het garanderen van de toegankelijkheid van de zorg is de derde doelstelling van het bij de tijd brengen van de AWBZ. Dure, noodzakelijke zorg moet toegankelijk zijn voor een ieder die op deze zorg is aangewezen. Solidariteit betekent dat iedereen ongeacht zijn draagkracht aanspraak kan maken op noodzakelijke zorg en dat de financiering daarvan naar draagkracht plaatsvindt.

Financiële toegankelijkheid

Dit betreft in de eerste plaats de financiële toegankelijkheid: ook mensen met een smalle beurs moeten zich noodzakelijke zorg kunnen veroorloven. Ook anderen moeten erop kunnen rekenen dat deze publieke verzekering de noodzakelijke zorg blijft vergoeden. Na het scheiden van wonen en zorg zijn eigen bijdragen voor de AWBZ in onze optiek niet meer nodig. Voor het verblijf bestaat er voor de woning de huurtoeslag en voor de overige voorzieningen de WMO met eigen bijdragen naar draagkracht.

Arbeidsmarktproblematiek

Naast de financiële toegankelijkheid is ook de beschikbaarheid van voldoende zorgaanbod van belang, ook wanneer de vergrijzing de arbeidsmarkt verkrappt. Berekeningen geven aan dat in de komende decennia alle schoolverlaters in Nederland emplooi kunnen vinden in de zorgsector.²³ Het aandeel van de beroepsbevolking werkzaam in de zorg verdubbelt bijna in de komende vijftientig jaar. Dit betekent een aanzienlijke onttrekking van arbeidskracht uit de andere sectoren in onze economie als dit al mogelijk is.

Het garanderen van voldoende zorgcapaciteit vereist arbeidsbesparende innovaties, taakafplitsing en specialisatie waarbij hoger geschoold personeel daar wordt ingezet waar het niet goed kan worden vervangen door informele zorgverleners en lager geschoolde arbeid. Om hoger geschoold zorgpersoneel zo effectief mogelijk in te zetten en de complementariteit tussen verschillende soorten zorgverleners (bijvoor-

23 | Zie hoofdstuk 5 uit *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*, WRR rapport No. 76, 2006. Zie ook Tweede Kamer, Arbeidsmarktbrief 2007, *Werken aan de zorg*, waarin wordt geprojecteerd dat er zonder nader beleid tot 2020 een half miljoen extra werkenden in de zorg moeten bijkomen. Het beroep van de zorgsector op het arbeidsaanbod stijgt daarmee van 13 % nu naar 20 % in 2020.

beeld professioneel, gediplomeerd personeel enerzijds en mantelzorgers en persoonlijke dienstverleners anderzijds) zoveel mogelijk te benutten, zijn organisatorische innovaties geboden. Het koesteren van de schaarse zorgverleners vereist al met al meer maatschappelijk ondernemerschap gericht op het vinden van nieuwe combinaties, waarbij ook eventueel verschillende geldstromen worden gecombineerd.

In dat kader moeten zorginstellingen ruimte kunnen geven aan zorgverleners om zich te concentreren op hun kerntaak: het geven van aandacht en zorg aan de patiënt. Daardoor neemt ook de arbeidsvreugde en beroepstrots van zorgverleners toe. Dat geldt zeker voor zorgprofessionals omdat zij vaak mede uit idealistische overwegingen voor de zorg hebben gekozen. Minder frustrerende bureaucratie en meer ruimte voor professionele autonomie houdt zorgverleners gezond, bestrijdt vroegtijdige uitval, en versterkt de positie van de zorgsector op de arbeidsmarkt.

Fysieke infrastructuur

De beschikbaarheid van een adequate zorginfrastructuur is een derde aandachtspunt. De fysieke infrastructuur van wijken en dorpen is vaak nog niet voldoende ingericht op het toenemende aantal (vaak oudere) mensen met een beperking. Hier ligt een belangrijke taak voor gemeenten, woningbouwcorporaties en vastgoedondernemers. Het is van belang om verzorgingshuizen om te bouwen naar zorg-wooncomplexen ook in de dunner bevolkte gebieden. Hierin kunnen mensen zelfstandig blijven wonen en worden niet in voortdurende zorgafhankelijkheid gedrukt.

4 | Lange-termijn visie: een hervormde AWBZ

4. Lange-termijn visie: een hervormde AWBZ

De overheid heeft een aantal verantwoordelijkheden voor de AWBZ: het vaststellen van heldere polisvoorwaarden, de organisatie van de indicatiestelling als poortwachter, het bepalen van de verzekeringsaanspraken, en het organiseren van de institutionele structuur voor de zorginkoop en zorgaanbod. Deze paragraaf schetst deze verantwoordelijkheden in het hervormde AWBZ-stelsel omstreeks 2015. In subparagraaf 4.6 wordt deze visie getoetst aan de doelstellingen zoals die in de vorige paragraaf zijn geformuleerd.

4.1 Polisvoorwaarden

Verzekerde aandoeningen: wie heeft recht op AWBZ zorg?

De AWBZ moet worden gereserveerd voor zware, onomkeerbare gezondheidsrisico's. Anders dan de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) kiezen wij ervoor om de AWBZ als afzonderlijke volksverzekering te laten bestaan en de AWBZ te bestemmen voor de echt kwetsbaren in onze samenleving.²⁴ Het gaat hier om mensen die chronisch geen of beperkte regie kunnen voeren over hun leven: vroeggehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten, die niet kunnen herstellen. Verder verzekert de AWBZ de zorg voor degenen die structureel niet zelfredzaam zijn: ernstig lichamelijk en zintuigelijk gehandicapten. Tenslotte is de AWBZ er voor ernstige somatische en psychogeriatrische patiënten die langdurig op zorg zijn aangewezen. De laatste groep bestaat vooral uit ouderen. Het is van groot belang om voor de AWBZ heldere polisvoorwaarden in de wet en regelgeving en in de protocollen te definiëren met objectief medische drempelwaarden waarboven men recht heeft op AWBZ zorg. Dit betekent dat de huidige beleidsregels kunnen vervallen. Uiteraard is het opstellen van dergelijke regels geen sinecure maar wel noodzakelijk.²⁵

Verzekerde zorgfuncties: wat is verzekerd onder de AWBZ?

Voor de hierboven genoemde aandoeningen vergoedt de AWBZ de dure zorg waarvan de kosten niet individueel gedragen kunnen worden en die niet individueel te verzekeren zijn omdat de aandoening een blijvend karakter heeft. Een particuliere zorgverzekering onder publieke waarborgen als de ZVW en haar financieringsstructuur inclusief de verevening leent zich daar niet voor. Het gaat bij deze dure zorg om de kosten van zinvolle dagbesteding voor degenen die zijn aangewezen op continu toezicht en begeleiding alsmede de kosten van langdurige en intensieve verzorging

24 | In haar advies heeft de RVZ aangedrongen om de nu in de AWBZ geregelde aanspraken over te hevelen naar in het bijzonder de ZVW (Zie Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Beter zonder AWBZ?*, 2008).

25 | Met name voor de combinatie van ziektebeelden is het opstellen van dergelijke regels extra gecompliceerd.

en verpleging. De AWBZ-zorg vraagt in het algemeen professionele aanbieders en is daarmee niet substitueerbaar voor zorg uit de directe omgeving.

Kortdurende zorg naar de ZVW

Een deel van de huidige AWBZ zorg heeft een tijdelijk karakter en maakt onderdeel uit van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg. Het ligt in de rede dat deze kortdurende zorg onder de ZVW gaat vallen. Op termijn is het aanbevelingswaardig om als norm voor de kortdurende zorg die vergoed wordt vanuit de ZVW een grens van één jaar te hanteren. Dit alles komt ketenzorg met een brede eerste lijn ten goede. De facto kan dit worden vormgegeven door de claimbeoordeling initieel onder de ZVW te brengen en een wachttijd van één jaar te hanteren voor de AWBZ. Een dergelijke grens is objectiveerbaar en sluit aan op het verlengd verblijf na 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of ggz-instelling die nu reeds onder de AWBZ zijn gebracht. Het is aanbevelingswaardig om voor de zeer kwetsbaren zoals zwaar dementerenden, meervoudig verstandelijke gehandicapten en ernstige psychiatrische patiënten geen wachttijd of een kortere wachttijd te introduceren.²⁶

Sociale domeinen op orde

Voor meer sociale problematiek rondom jeugdzorg (Wjz), speciaal onderwijs, welzijnswerk (WMO), verslavingszorg en participatie en reïntegratie van kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt is het onmogelijk de te geven hulp te indiceren op objectief medische gronden. Voor zover deze nu nog uit de AWBZ worden betaald, is het wenselijk dat deze hulp wordt verschoven naar de daarvoor geschikte domeinen met de bijbehorende voorzieningen. Dit zal de ondersteuning en begeleiding van deze kwetsbare groep ten goede komen, omdat de te verlenen ondersteuning sterk samen hangt met de context van de hulpvrager. Ook zal deze sociale problematiek dan ook zoveel mogelijk door één loket worden afgehandeld. Het ligt voor de hand de poortwachter van deze voorzieningen te budgetteren zodat deze moeilijk objectiveerbare informatie kan benutten om de gelden toe te delen aan degenen die de hulp het hardste nodig hebben.

Institutionele mantel op gemeentelijk niveau: verheffen en verbinden

Voor de persoonlijke diensten dient er op een gemeentelijk niveau naast de informele mantelzorg een institutionele mantel te worden ontwikkeld in de vorm van voorzieningen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze vergoedingen en voorzieningen dienen voor iedereen beschikbaar te zijn, evenwel nadat de inkomensdraagkracht is gemeten. Hogere inkomens betalen zo de kostprijs van deze WMO-voorzieningen of regelen het zelf.²⁷ Gemeenten zijn als uitvoerder van

26 | Er dient nagegaan te worden of dit inpasbaar is in de hoge kostenverevening zodat de systematiek in tact kan blijven.

27 | Eventueel kunnen hogere inkomens zich aanvullend privaat verzekeren voor woondiensten en persoonlijke dienstverlening.

de WWB goed uitgerust om inkomenstoetsen uit te voeren en kunnen een geïntegreerd welzijnsbeleid voeren op basis van sociale behoeften. De normkosten van de WMO voorzieningen (resp. de eigen bijdragen) kunnen worden bepaald op basis van het aandeel van het huishoudinkomen dat men (bijvoorbeeld als oudere) zou mogen bestemmen voor persoonlijke diensten alsmede de aard van de beperkingen waarmee men te maken heeft en de daarbij horende normuitgaven voor persoonlijke diensten. Wie meer moet besteden aan de normuitgaven op basis van het inkomen wordt ondersteund vanuit de WMO. Hierbij wordt niet uitgegaan van de werkelijk betaalde kosten maar van aanvaardbare kosten, die als basis geldt. Dit sluit aan bij de systematiek van de (genormeerde) kostenplafonds zoals dat eerder door de CDA fractie is ontwikkeld.²⁸

Het vaststellen van de normen vergt een nadere keuze. Hoge normen voor het dienstenniveau (en lage private uitgavenaandelen daardoor) beschermen minder draagkrachtigen. Daar staat tegenover dat zulke sociale normen de middenklasse ontmoedigen te sparen voor de laatste fase van het leven. Ook worden gepensioneerden gestimuleerd om hun financiële middelen in een vroegtijdig stadium te besteden of over te dragen aan hun geliefden. Deze inkomensval ('spaarval') als gevolg van de inkomensafhankelijke ondersteuning is een argument om de liquiditeit van fiscaal gefaciliteerde pensioenen te beperken (door het verbieden van hoog-laag constructies), pensioenen zoveel mogelijk te indexeren, en aanvullende zorgbesparingen (bijvoorbeeld via levensloop) fiscaal te stimuleren. Dit om te voorkomen dat de kosten van de laatste levensjaren worden afgewenteld op de gemeenschap.

De institutionele mantel op gemeentelijk niveau kan verder worden ontwikkeld door de huidige AWBZ-functie van activerende en ondersteunende begeleiding voor de meeste grondslagen (vooral aandoeningen die te maken hebben met ouderdom en waarbij activerende en ondersteunende begeleiding geen integraal onderdeel is van de behandeling zoals bij gehandicapten²⁹) over te hevelen naar de WMO. Hetzelfde geldt voor de laagste zorgzwaartepakketen (op basis van licht somatische en psychosociale grondslagen) van de niet-lijfsgebonden verzorging. Het betreft hier in het algemeen functies die door lager geschoolde arbeid kunnen worden verricht en die substitueerbaar zijn voor gebruikelijke (mantel)zorg in de directe omgeving.

Wonen en persoonlijke diensten private verantwoordelijkheid

Kleine risico's die moeilijk verifieerbaar zijn en die mensen zelf kunnen beïnvloeden kunnen beter niet via de AWBZ worden verzekerd om de afstemming op de behoefte en het kostenbewustzijn te vergroten. Dit om een grote claim op schaarse publieke middelen en professioneel zorgpersoneel te vermijden, bijvoorbeeld door substitutie van mantelzorg en gebruikelijke zorg door schaarse professionele hulp voor simpele taken te voorkomen. Bij deze kleine risico's gaat het onder andere om

28 | Zie 'Gericht en rechtvaardig', *notitie CDA fractie*, 2001.

29 | Het gaat hierbij om gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten die genooddaakt zijn om in een internaat te verblijven.

kleine aanpassingen van woningen dan wel het verhuizen naar duurdere woonvormen en de overige gebruikelijke zorg. Ook betreft het persoonlijke dienstverlening voor ouderen met gebreken zoals huishoudelijke hulp, het doen van boodschappen en (administratieve) ondersteuning. In deze domeinen zijn behoeften nauwelijks te verifiëren en daarom moeilijk te verzekeren, ook omdat deze vormen van hulp direct substitueerbaar zijn voor (mantel)zorg uit de directe omgeving. Ouderen en hun omgeving zullen dus in de toekomst voor eenvoudige persoonlijke diensten een beroep doen op gemeentelijke voorzieningen (waar men naar draagkracht zal bijdragen), hun sociale netwerk, eigen besparingen (inclusief pensioen) of aanvullende verzekeringen.³⁰

Mensen weten dat ouderdom met gebreken komt en kunnen daarom zelf anticiperen op de kosten van het ouder worden door daarvoor zonodig te sparen. In Nederland hebben we gelukkig goede pensioenvoorzieningen ontwikkeld die ouderen kunnen benutten voor het betalen voor persoonlijke diensten en woonvoorzieningen, zeker als andere uitgavencategorieën (zoals recreatie) afnemen als de ouderdomsgebreken toeslaan. Door het toenemende eigen huizenbezit en betere pensioenvoorzieningen van de mondige babyboomgeneratie, zal de vraag van ouderen naar persoonlijke diensten en luxere woon-zorg voorzieningen toenemen. Door het scheiden van wonen en zorg en door voor de meeste grondslagen de verblijfsfunctie uit de AWBZ-aanspraken te verwijderen, kan beter aangesloten worden bij de woonwensen van zorgvragers. Ouderen kunnen langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen omdat AWBZ zorg is losgekoppeld van een intramurale setting.³¹ Overigens voor sommige aandoeningen (meervoudig gehandicapten, zwaar dementeerden en zware ggz patiënten) dient verblijf een integraal onderdeel van de zorg te blijven en dient wonen en zorg dus gezamenlijk te worden aangeboden.

30 | Deze aanvullende arrangementen kunnen verschillende (financiële) vormen voor woonservice (bijv. maaltijden en boodschappendienst), woningaanpassing, woningonderhoud, administratieve ondersteuning, regelen van zorginkoop, huishoudelijke hulp, niet-lijfsgebonden verzorging, aanvullende thuisverpleging (als thuisverpleging kostbaarder wordt dan de normvergoeding), vervoer en bescherming (alarmeringsservice) aannemen. Ook kan het een makelaarsfunctie omvatten waarbij mensen worden geholpen bij het regelen van wonen, zorg, inkomen en ondersteuning. Deze arrangementen (natura of restitutie of combinaties met keuzeplatform) worden geleverd door risicodragende financiële stellingen, pensioenuitvoerders of wooncorporaties. Aanzienlijke eigen bijdragen of kostendekkende abonnementen voor woondiensten zijn onontkoombaar om moreel gevaar en selectie te voorkomen. Selectie kan ook worden bestreden door mensen al vroeg (bij bijvoorbeeld pensionering) te laten kiezen voor een bepaald pakket en door deze arrangementen van sparen en verzekeren gezamenlijk aan te bieden met een annuïteit.

31 | Meer mogelijkheden voor vraagsturing vereist niet alleen strengere, heldere indicaties (zie paragraaf 4.2) maar ook een zekere versobering van het collectief verzekerde pakket met meer eigen betalingen voor wonen en welzijn. Zo moet worden voorkomen dat de latente vraag naar persoonlijke diensten van meer bemiddelde ouderen die nu geen AWBZ zorg vragen (omdat het alleen in een intramurale setting beschikbaar is) neerslaat in het publieke domein als deze zorg door meer vraagsturing ook extramuraal beschikbaar komt en door de vergrijzing steeds meer schaarse publieke middelen naar bemiddelde senioren stromen. Dit pleit voor het verschuiven van de lichtere vormen van verzorging naar de WMO met inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

Juist in het woondomein en op het gebied van persoonlijke dienstverlening is ruimte voor differentiatie. Iedereen krijgt in principe dezelfde hoeveelheid professionele AWBZ medische geïndiceerde zorg (aangeboden door professionele, gediplomeerde hulpverleners), maar waar dat wordt aangeboden verschilt tussen mensen. Bij de persoonlijke niet-lijfsgebonden verzorging en andere persoonlijke dienstverlening gaat het in tegenstelling tot de zwaardere vormen van verpleging vaak om lager geschoolde arbeid. Op deze manier blijven de voor de zware AWBZ zorg benodigde maar steeds schaarsere hoger geschoolde, zorgverleners beschikbaar voor alle ouderen, onafhankelijk van hun inkomens- en vermogenspositie. Daarnaast kunnen de goede pensioenvoorzieningen en vermogensposities van meer bemiddelde ouderen zich vertalen in een grote vraag naar lager geschoolde arbeid in en rond de eigen woning. Dit kan de positie verbeteren van kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt, zoals oudere werknemers (zie ook box 'De zorgwacht').

'DE ZORGWACHT': OMSCHOLING VAN BIJSTANDSGERECHTIGDE TOT WERKNEMERS IN DE ZORG

De kerntaken van de 'Zorgwacht®' zijn ondermeer huishoudelijke ondersteuning, laag complexe persoonlijke verzorging en het bieden van ondersteuning bij het uitvoeren van activiteiten zoals wandelen en boodschappen doen. Ook houdt de Zorgwacht toezicht in de wijk. Zij vragen zich bijvoorbeeld af waarom een gordijn twee dagen achter elkaar niet open is gegaan en bellen dan aan. Maar ook een hand om de schouder en een praatje maken om de eenzaamheid tegen te gaan. De Zorgwacht stimuleert ook andere bewoners in de buurt zich in te zetten voor de ander. Verwacht wordt dat als er Zorgwachten komen de Thuiszorg zich kan toespitsen op het werk waar ze voor worden betaald. De Zorgwacht van straks is de bijstandsgerechtigde van nu. Deze mensen gaan aan de slag en doen tegelijkertijd met behoud van hun uitkering een opleiding tot niveau 2 Helpende Zorg & Welzijn. Eenmaal gediplomeerd zijn ze formeel bevoegd en dus nuttig voor de gezondheidszorg. "Maar dat niet alleen, ze hebben op een heel laagdrempelige manier hun bijdrage geleverd aan de sociale cohesie van een buurt. Dat is de kracht!". Meer over de Zorgwacht is te vinden op www.maatschappelijke-vernieuwers.nl een initiatief van het WI voor het CDA.

Uiteraard wel risicodragend

Het verzekeren van moeilijk te verifiëren schaden vereist risicodragende partijen. Dit kunnen gemeenten zijn (zoals in de WMO) of risicodragende private verzekeraars (zoals bij aanvullende verzekeringen voor persoonlijke diensten). Door de gemeenten te budgetteren worden medeoverheden gestimuleerd de moeilijk verifieerbare informatie over de behoeften van ouderen zo goed mogelijk te benutten om de hulp toe te delen aan degenen die deze hulp het hardst nodig hebben. De centrale overheid geeft gemeenten beleidsvrijheid bij de inkoop van persoonlijke diensten zodat meer maatwerk kan wor-

den geleverd en decentrale informatie op gemeentelijk niveau optimaal wordt benut (bijvoorbeeld of men met pgb's, vouchers of natura werkt). Wel dient de centrale overheid de kwaliteit van de verleende diensten te toetsen om te voorkomen dat gemeenten kwetsbare groepen verwaarlozen en kosten afwentelen op de centrale AWBZ-kas. Gemeenten gaan in overleg met regionale brancheorganisaties om de afstemming tussen vraag en aanbod te plannen en gebruiken hiervoor wel de eigen woonplannen.

Een ander voordeel van het verplaatsen van het merendeel van ondersteuning en begeleiding naar gemeenten is dat gemeenten daarmee een grotere prikkel krijgen om naast een goede infrastructuur voor respijtzorg aan mantelzorgers ook een goede fysieke infrastructuur te ontwikkelen voor (oudere) mensen met beperkingen.³² Zo kunnen gemeenten in hun woonplannen met woningcorporaties prestatieafspraken maken om verouderde verzorgingshuizen om te vormen tot doelmatige geclusterde woon-zorg complexen waarin ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen zonder dat dit de kosten van persoonlijke diensten en lichte vormen van verzorging verhoogt boven die in een intramurale setting. Gelukkig zijn initiatieven op dit terrein al zichtbaar (zie box).

'BUURTZORG': GOEDE SAMENWERKING TUSSEN ZORG, ONDERSTEUNING EN GEMEENTEN CRUCIAAL

Bij 'Buurtzorg' gaat het erom dat wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in een buurt weer als vanouds het contact kunnen opbouwen met de cliënten. Dat zij een dienst 'op maat' leveren aan cliënten in de eigen vertrouwde omgeving. Dat deze professionals optimaal worden ondersteund als het gaat om de administratieve afhandeling en dat ze vooral dat kunnen doen waar ze goed in zijn; verplegen en verzorgen in afstemming met de cliënt. Binnen de formule van Buurtzorg wordt de overhead zo klein en overzichtelijk mogelijk gehouden. De overhead is ondersteunend aan het primaire werk en niet andersom. Volgens de initiatiefnemers zou de politiek moeten stimuleren dat er systeemveranderingen plaats gaan vinden in de huidige gezondheidszorg. Het is in hun ogen gek dat onder het motto 'het halen van de productie' verpleegkundigen of verzorgenden onnodige zorg verlenen alleen omdat de indicatie dit mogelijk maakt. Wat er dan nog bijkomt is dat er nauwelijks nog verpleging wordt geïndiceerd, dus het verantwoord met de zorg omgaan door goede professionals wordt er niet makkelijker op gemaakt. Mensen die het niet nodig hebben krijgen teveel, mensen die het wel nodig hebben krijgen niet genoeg. Tevens moet de overheid meer dan nu de ICT stimuleren in de zorg. Door een juist gebruik van ICT gaan zaken veel sneller efficiënter en doelmatiger zonder de professional en de cliënt daar mee lastig te vallen. Meer over Buurtzorg is te vinden op www.maatschappelijke-vernieuwers.nl een initiatief van het WI voor het CDA.

32 | Dit betekent dat gemeenten voortaan verantwoordelijk worden voor de sociaal-culturele faciliteiten die nu nog door de verzorgings- en verpleegthuizen worden verzorgd.

Verder kunnen gemeenten burgers die geen emploti kunnen vinden op de formele arbeidsmarkt stimuleren zich in te zetten voor vrijwilligerswerk, zoals het bezoeken van eenzame ouderen en het rondbrengen van maaltijden. Op deze manier kunnen gemeenten in samenwerking met vrijwilligersorganisaties veel doen aan het waarborgen van sociale cohesie in wijken en dorpen. De WRR noemt dit in haar recente rapport over de verzorgingsstaat het verbinden en het verheffen van mensen: in plaats van dat mensen langs elkaar heen leven en vereenzamen leren bevolkingsgroepen elkaar kennen.

4.2 Indicatiestelling

Rol centrale overheid

De centrale overheid draagt als risicodragert en poortwachter van de AWBZ de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige toegang, zodat alleen degenen die aan de verzekerde aandoeningen lijden, toegang krijgen. Een onafhankelijke indicatiestelling is van groot belang in het nieuwe AWBZ stelsel. Partijen kunnen in een vraaggestuurd systeem namelijk baat hebben bij zo zwaar mogelijke indicaties. Voor elk van de verzekerde aandoeningen zullen er heldere, objectieve medische drempelwaarden moeten worden gesteld waarboven men aanspraak kan maken op AWBZ-zorg. Ook zijn heldere protocollen nodig die in stappen aangeven hoe de indicatiestellers tot hun indicatie komen. Zo wordt rechtsongelijkheid voorkomen. Een noodzakelijke voorwaarde voor een objectieve indicatiestelling zijn heldere aanspraken in een duidelijk omschreven AWBZ polis en adequate prikkels tot doelmatigheid.

Een helder proces van indicatiestelling

Zoals hiervoor al aangegeven zal de initiële indicatiestelling worden verzorgd binnen het kader van de zorgverzekeringswet. Omdat er een wachttijd van één jaar wordt voorgesteld, ligt – bij een goed werkend systeem van risicoverevening – ook het risico bij de zorgverzekeraars. Doel daarvan is het bewerkstelligen van een goede ketenzorg. Na deze wachttijd komt de publieke claimbeoordeling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in zicht. Voor de zogenaamde zware gevallen geldt zoals gezegd een kortere of geen wachttijd. Door deze taakverdeling kan het CIZ zich richten op haar kerntaak het indiceren van de langdurige en zware gevallen.³³

Het verdient aanbeveling alle publieke indicatiestellingen in één instelling te verenigen om expertise op te bouwen in het stellen van indicaties – een kernfunctie van de centrale overheid. Zo kan ook worden voorkomen dat patiënten met onnodig veel verschillende indicatiestellers te maken krijgen. Benchmarking van indicatiestellers kan behulpzaam zijn om rechtsongelijkheid te voorkomen

33 | De indicatiestelling voor volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid (in de WIA) kan als voorbeeld voor de CIZ beschikking dienen. De zorgverzekering heeft dan een meldingsplicht aan het CIZ na 6 maanden, en na 9 maanden geeft het CIZ een beschikking af.

en te beletten dat zorgverleners een ruime indicatiestelling misbruiken om aan klantenbinding te doen. Dit laatste is met name van belang als de indicatiestelling wordt uitbesteed aan zorgverleners (bijvoorbeeld huisartsen en praktijkverpleegkundigen in de eerste lijn waarmee patiënten vertrouwd zijn) om te voorkomen dat patiënten regelmatig buiten hun vertrouwde omgeving moeten worden geïndiceerd naarmate hun ziekte verder voortschrijdt.³⁴

Bij het kiezen tussen centrale indicatiestelling en uitbesteding aan zorgverleners bestaat een spanning tussen het belang van de individuele patiënt (indicatiestelling in vertrouwde omgeving) en de budgetverantwoordelijkheid van de overheid (voorkomen van upcoding). Naarmate de overheid er in slaagt objectieve protocollen voor de indicatiestelling te ontwikkelen alsmede checks en balances voor de uitvoering van de indicatiestelling wordt de spanning minder en kan de indicatiestelling geïntegreerd worden in de behandeling. Er is dan in feite sprake van betere ketenzorg en ontbureaucratisering. Controle achteraf geeft ruimte en vertrouwen aan de uitvoerenden en levert minder bureaucratie op.

4.3 Verzekeringsaanpakken

Normbedragen...

De centrale overheid dient de indicatie te vertalen in een normbedrag voor de zorgzwaarte van de onder de nieuwe AWBZ verzekerde zorg (het zogenaamde zorgwaardepakket (zpz)). Een eigen bijdrage is daarbij niet nodig ook niet vanuit het oogpunt van de beperking van de vraag. De nieuwe AWBZ-zorg betreft immers zware zorg die niet substitueerbaar is met zorg uit de directe omgeving. Het gaat hier om catastrofale goed indiceerbare gezondheidsrisico's waarbij mensen geen calculerend gedrag vertonen. Ook is het besparingsmotief bij ouderenzorg niet meer aan de orde als de verblijfsfunctie is uitgefaseerd. Inkomensafhankelijke bijdragen liggen ook niet voor de hand; inkomenspolitiek moet niet via verzekeringsaanpakken worden gevoerd, maar via de daarvoor geëigende inkomenspolitieke instrumenten. Eigen bijdragen zijn dan ook niet op zijn plaats voor zorg die nodig is omdat de aandoening boven de drempelwaarde uitgaat: bij deze catastrofale gezondheidsrisico's moeten geen drempels worden opgeworpen voor toegang tot zorg. Wel zullen degenen die thuisverzorging en thuisverpleging willen boven het omslagpunt met intramurale zorg zelf moeten bijbetalen omdat het normbedrag voor de zorgzwaarte is gebaseerd op de noodzakelijke kosten van adequate zorg. Met het omslagpunt wordt bedoeld dat sommige vormen van AWBZ-zorg aan huis duurder zijn dan de kosten van intramurale verzorging.

34 | In de Duitse Pflegeversicherung geeft de huisarts aan of een patiënt geïndiceerd moet worden waarna een onafhankelijke indicatiesteller langskomt om de zwaarte van de indicatie vast te stellen. Eventueel kan de huisarts ook een advies geven dat definitief wordt vastgesteld door de onafhankelijke indicatiesteller.

...verbeteren de prikkels voor doelmatige inkoop...

Door het vaststellen van een normbedrag verbeteren de prikkels van zorginkopers. De zorginkopers van het zorgkantoor zijn op dit moment verantwoordelijk voor een doelmatige inkoop, maar zijn niet verantwoordelijk voor het beperken van de totale AWBZ-uitgaven.³⁵ Die budgetverantwoordelijkheid ligt bij de centrale overheid. Lopen de kosten door te veel indicaties uit de hand dan moet de centrale overheid de premie verhogen.

In de huidige AWBZ lopen deze twee verantwoordelijkheden (doelmatige zorginkoop en het beperken van totale kosten AWBZ) door elkaar. De zorgkantoren zijn formeel gebudgetteerd maar hebben geen greep op de indicaties. Als men niet toekomt met het budget vanwege het grote aantal indicaties, dan zal men een groter deel van het landelijke AWBZ budget claimen. Men zal dat echter ook proberen te doen bij ondoelmatige inkoop. Het huidige systeem is in feite een declaratiesysteem. Dit is geen stimulans om doelmatig in te kopen. De prikkels van de zorginkopers in het huidige systeem zijn gericht op het vergroten van het regiobudget in plaats van het zo doelmatig inkopen van zorg. Door het vaststellen van normbedragen voor de zorg die horen bij een bepaalde indicatie zullen zorgkantoren geprikkeld worden om zo goed mogelijke zorg per euro budget in te kopen. Men scheidt zo het verzekeringsrisico (dat ligt bij de centrale overheid) van het inkooprisico (dat ligt bij de zorginkopers). Op die manier zijn de zorgkantoren alleen verantwoordelijk voor wat zij zelf in de hand hebben: de kosten en kwaliteit van de inkoop in plaats van het aantal en de zwaarte van de geïndiceerde patiënten.

...met een robuuste indicatiestelling...

Bij deze methode van het vaststellen van verzekeringsaanspraken bestaan wel een aantal randvoorwaarden. In de eerste plaats is een absolute voorwaarde dat de indicatiestelling zoals uiteengezet in de vorige paragraaf robuust is. Patiënten, hun zaakwaarnemers en zorgaanbieders kunnen immers een belang hebben bij een zo zwaar mogelijke indicatie.

...juiste normbedragen...

In de tweede plaats dienen de normbedragen juist te zijn vastgesteld, anders is er het gevaar van selectie van moeilijke klanten. Instellingen en zorgmakelaars zullen dan immers concurreren om de patiënten waarvoor het normbedrag te hoog is vastgesteld maar zullen de patiënten waarvoor het omgekeerde geld juist weren (of deze patiënten om een hogere eigen bijdrage vragen). Het voorkomen van een afweging bij het reduceren van kosten tussen het vergroten van de prikkels voor doelmatig-

35 | Doordat de beheersuitgaven van de zorgkantoren wel gebudgetteerd zijn bestaat er zelfs een perverse prikkel omdat dit de zorgkantoren zal dwingen om zodanig zorg in te kopen waarvan de beheerslasten gering zijn, hetgeen niet zal leiden tot doelmatigheid (zie ook Interdepartementaal Beleidsonderzoek, *Toekomst AWBZ: Eindrapportage van de werkgroep romp AWBZ*, 2006) .

heid en het verkleinen van de prikkels voor het selecteren van patiënten met een zware zorglast vereist dat indicaties en de behorende normbedragen vrij precies zijn vastgesteld. Anders loopt het verzekering- en inkooprisico door elkaar en worden zorginkopers opgezadeld met risico's waar ze niet verantwoordelijk voor zijn.³⁶ Er zullen daarom regelmatige herindicaties nodig zijn, vooral bij ouderen bij wie het ziektebeeld vaak wijzigt. Dit kan vervelend zijn voor de patiënt als deze indicaties buiten het vertrouwde domein plaatsvinden en ook is het vervelend voor de uitvoerders van zorg die herindicaties moeten invullen en verwerken. Het is derhalve van belang om in de transitiefase de nodige ervaring op te doen met het vaststellen van de juiste normbedragen en het initiëren van ICT innovaties (zie ook bijlage).

...en een persoonsvolgende administratie

Een laatste aspect bij het vaststellen van verzekeringsaanspraken op basis van individuele indicaties met daaraan gekoppelde normbedragen is dat daarvoor een digitale persoonsvolgende administratie moet worden opgezet.

4.4 Zorginkoop

In de huidige AWBZ verdelen de zorgkantoren het budget over de instellingen. In een toekomstige AWBZ is het van belang om een zo efficiënt mogelijke organisatie van de zorginkoop te bewerkstelligen en mensen zo lang mogelijk hiervoor verantwoordelijk te laten zijn. Meer mogelijkheden voor zorgvragers om hun eigen aanbieder te kiezen stimuleert zorgaanbieders de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren en te innoveren (bijvoorbeeld *domotica (zie box)*), mede ook om de zorg zolang mogelijk aan te kunnen bieden in een voor de patiënt vertrouwde woonomgeving.

36 | In uitzonderingsituaties kan een instelling, patiënt of zorgmakelaar eventueel een beroep doen op een hardheidsclausule om meer budget te claimen als normbedragen evident onvoldoende zijn.

DOMOTICA LEIDT ERTOE DAT OUDEREN LANGER ZELFSTANDIG KUNNEN WONEN.

Met de TV-foon (vorm van domotica) kan zorg, maar ook welzijn, op afstand worden verleend. De klant maakt op vastgestelde momenten of op vraag verbinding met de centrale. Via het TV scherm en door middel van de inzoomende camera kan de situatie ter plaatse door de deskundige op afstand nauwkeurig worden beoordeeld. Uit de evaluatie met de TV-foon kwam naar voren dat een groot aantal van de participerende ouderen aan gaf het prettig te vinden als de centrale 'uit zichzelf' op bepaalde tijden even checkt of alles wel in orde is. De initiatiefnemers hadden deze uitkomst niet verwacht. Uit de evaluatie van de pilot kwam tevens naar voren dat er ouderen zijn die extra camera's in huis zouden willen hebben. Een camera op de kritieke plekken in het huis; zoals in de slaapkamer, de badkamer en in de keuken. Juist in de badkamer, daar gebeuren de meeste ongelukken. Uit deze evaluatie bleek dat deze ouderen het niet interessant vinden bekeken te worden. Dus je zou kunnen concluderen dat het 'veiligheidsgevoel' prevaleert boven het 'privacy-gevoel'. Deze nieuwe techniek wordt een 'doorbraak in de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg' genoemd en een 'technische primeur' waarmee we hebben bereikt dat de prijzen voor de eindgebruikers vele malen lager liggen dan bij alle vergelijkbare initiatieven op dit gebied'.

Meer over deze ontwikkeling is te vinden op www.maatschappelijke-vernieuwers.nl initiatief van het WI voor het CDA.

Eigen verantwoordelijkheid stimuleert patiënten om hun resterende capaciteiten en talenten aan te spreken. Dit heeft ook een belangrijke preventieve werking; de nadruk komt te liggen op wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat mensen niet meer kunnen. Er zijn twee opties voor het organiseren van de zorginkoop die in meer of mindere mate een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid.

Variant 1: Zorginkoop door patiënten en hun zaakwaarnemers

In de eerste variant ligt de nadruk op zorginkoop door patiënten zelf of hun zaakwaarnemers. Geïndiceerde patiënten krijgen een op geld gewaardeerde indicatiestelling die zij (of hun zaakwaarnemers) direct kunnen inleveren bij professionele gecertificeerde aanbieders van zorg. De gecertificeerde zorgaanbieders kunnen dit persoonsgebonden budget (pgb) of deze voucher bij de AWBZ-kas verzilveren. De pgb in de AWBZ is daarmee aan te wenden voor geregistreerde zorg. Dit kunnen ook naasten zijn mits zij gekwalificeerde zorgverleners zijn.

Deze eerste variant lijkt op een restitutiestelsel. Hierbij liggen de risico's van zorginkoop bij de patiënt: gaat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prijs voor het door de patiënt ingekochte zorgzwaartepakket uit boven het normbedrag (bijvoorbeeld omdat het pakket ook woonservice bevat), dan dienen de patiënten dit aan te vullen uit eigen zak. Het grote voordeel van dit systeem is

dat men zorg op maat kan maken rond de patiënt, eventueel in de eigen woon-omgeving. Ook komt er een duidelijke klantrelatie tot stand tussen de patiënt en de zorgaanbieder. Wel zal er altijd een alternatief natura stelsel dienen te blijven voor de zware patiënten die geen regie kunnen voeren over hun eigen leven en die in hun sociale netwerk ook niet over een zaakwaarnemer beschikken. Dit kan bijvoorbeeld worden vormgegeven door een zorgplicht te leggen bij de verzekeraar waarbij de betreffende patiënt ZVW verzekerd is. Eventueel kan men de zorginkoop voor bepaalde groepen weinig zelfredzame patiënten zonder een sociaal netwerk neerleggen bij patiëntenorganisaties, gemeenten, non-profit organisaties zoals het Leger des Heils. Voor sommige jonggehandicapten kan men deze zorgplicht ook neerleggen bij organisaties die participatie arrangementen (c.q. de Wajong en de WSW) uitvoeren.

Geïndiceerde patiënten kunnen hun vouchers ook inleveren bij inkooporganisaties (waarin patiënten hun inkoopkracht bundelen), verzekeraars of zorgmakelaars die geen wettelijke zorgplicht hebben maar het budgetbeheer uit handen nemen van de patiënt, inkoopexpertise hebben ontwikkeld, de zorgaanbieder contracteren en de patiënt bijstaan met raad of advies. Met het accepteren van de voucher voor natura zorg nemen deze zorgregisseur de zorgplicht op zich. Er is dan sprake van vraagsturing bij niet alleen het sturen van het zorgaanbod maar ook de zorgmakelaars en zorgregisseurs.

Zorgmakelaars kunnen een keuzeplatform ontwikkelen op het grensvlak van natura en restitutie op basis van informatie over prijs en kwaliteit. Het kan dan gaan om een standaard aanbieding in natura met daarnaast mogelijkheden voor andere zorgaanbieders, eventueel met bijbetaling. Ook kunnen zorgmakelaars zich beperken tot het uit handen nemen van het budgetbeheer bij een restitutie variant.

Wellicht kunnen gemeenten ook in aanmerking komen als inkoper van AWBZ zorg voor degenen die al veel WMO-hulp ontvangen van gemeenten. Dit maakt een zorgketen mogelijk van WMO-hulp en AWBZ-zorg. AWBZ-vouchers maken optimale keuzevrijheid mogelijk hoe burgers zorg willen inkopen en welk loket ze daarvoor benutten: zelf, via hun ZVW verzekeraar, een andere verzekeraar, een gespecialiseerde zorgmakelaar (bijvoorbeeld de uitvoeringsorganisatie van een pensioenfonds) of hun gemeente. Voordeel van deze variant is dat de zorgaanbieder genooddaakt en aangemoedigd wordt de kwaliteit van zorg hoog te houden en te presenteren in begrijpbare taal anders komen de klanten met hun voucher niet binnen.

Variant II: Zorginkoop door ZVW-verzekeraars

In de tweede variant legt men de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop bij de ZVW-verzekeraar. ZVW-verzekeraars hebben een zorgplicht en kunnen de genormeerde kosten voor geïndiceerde klanten declareren bij het AWBZ-fonds. In deze variant verwacht men veel van collectieve zorginkoop en gaat men ervan uit dat patiënten en hun sociale omgeving weinig behoefte hebben aan keuzevrijheid bij zorginkoop. Ook in deze variant is een robuuste indicatiestelling essentieel. Dit om te voorkomen

dat ZVW-verzekeraars klanten zo snel mogelijk proberen te indiceren voor AWBZ-zorg om zo kosten af te wentelen op het AWBZ-fonds.

Deze variant is aantrekkelijk als men grote waarde hecht aan het ontwikkelen van zorgketens waarin zowel ZVW als AWBZ verzekerde zorg is opgenomen. Ook zijn eenvoudig ketens met aanvullende verzekeringen (voor bijvoorbeeld niet-lijfsgebonden verzorging) mogelijk. Verzekeraars zullen in deze variant waarschijnlijk meer investeren in het ontwikkelen van expertise over doelmatige AWBZ-zorginkoop en het ontwikkelen van een keuzeplatform voor AWBZ zorg dan in de eerste variant. Ook zullen zij door de directe koppeling met de ZVW-verzekering moeite doen om via de AWBZ-zorg een goede reputatie op te bouwen voor hoog kwalitatieve zorg en zo aan klantenbinding te doen. De verzekeraar zal daarom zijn best doen zoveel mogelijk zorgkwaliteit te halen uit het normbedrag. De zorg aan ernstig zieke familieleden of vrienden kan immers een belangrijk signaal zijn voor de kwaliteit van de door de verzekeraar ingekochte ZVW-zorg voor de sociale omgeving van de patiënt. Dit versterkt de prikkels voor doelmatige zorginkoop (maar ook voor *upcoding*).³⁷ De tweede variant kan dus zeker in de transitiefase in sterkere doelmatigheidsprikkels resulteren ook al heeft de patiënt door een sterkere koppeling van AWBZ-zorginkoop aan ZVW-zorginkoop feitelijk minder keuzevrijheid bij het kiezen van de inkoper van AWBZ-zorg. De vraag is wel of een klantrelatie tussen de verzekeraar als zorgmakelaar en de AWBZ verzekerde zal ontstaan. De ‘klant’ ziet immers in de praktijk slechts de zorgaanbieder zelf en zal hen aanspreken over de zorg. De patiënt is daarmee afhankelijk van ‘de goede banden’ van de verzekeraar met bepaalde aanbieders van zorg.

Om te voorkomen dat verzekeraars gelden verschuiven van AWBZ-patiënten naar ZVW-zorg, hun winst dan wel een lagere nominale premie dienen de verzekeraars alle besparingen die zij realiseren bij de inkoop van AWBZ-zorg te benutten voor betere zorg aan AWBZ-patiënten. Op die manier worden verzekeraars gestimuleerd te concurreren op kwaliteit.³⁸ Er blijft dus een duidelijke scheiding tussen de ZVW-verzekering en de AWBZ-verzekering, waarbij de ZVW verzekeraar niet optreedt als AWBZ verzekeraar (dat is de overheid) maar wel als zorginkoper en zorgregisseur. In de zorginkoop wordt ZVW-zorg en AWBZ-zorg wel geïntegreerd en kunnen er gemakkelijker zorgketens ontstaan. Met ander woorden: er is sprake van integratie van ZVW- en AWBZ-zorginkoop, maar niet van integratie van de ZVW- en AWBZ-verzekering.

Het grote voordeel van het loskoppelen van de integratie van zorginkoop en de integratie van het verzekeringssysteem is dat men de ketenzorg (en ook één loket) kan realiseren zonder dat dit risico's oplevert voor risicoselectie en het verevenings-

37 | De mogelijkheid voor een verzekeraar om bedragen tussen AWBZ klanten te verschuiven heeft voor- en nadelen. Voordeel is dat onjuiste indicatiestelling en normbedragen kunnen worden gecompenseerd, ook bij tijdelijk hoge behoeften. Nadeel is dat de verzekeraar een prikkel heeft om mensen met regievermogen of groot sociaal netwerk te bevoordelen ten opzichte van degenen wiens zorgintensiteit niemand zal bewegen voor een andere verzekeraar te kiezen.

38 | Een hoge kwaliteit kan de overheid er toe brengen de normbedragen te verlagen.

systeem in de ZVW. Het vereist wel dat verzekeraars de financieringstromen gescheiden houden. Ook moeten zorgaanbieders ketens gaan vormen en hun producten als zodanig gaan definiëren (conform de ideeën voor keten-DBC's). Cruciale randvoorwaarde is het goed functioneel omschrijven van het product in termen van indicatie en te realiseren uitkomsten zodat het product *in zijn geheel* (bijvoorbeeld als een dementieketen) kan worden ingekocht en aangeboden.

Zorginkoop door de patiënt of verzekeraar?

Het verschil tussen de geschetste varianten kan gradueel zijn. Ook in het tweede systeem kan men de verzekeraar verplichten de genormeerde kosten als een voucher uit te betalen aan de AWBZ-geïndiceerde die dit vervolgens bij een andere zorgmakelaar kan inleveren voor natura zorg dan wel zelf zorg kan inkopen. Zo vergroot men de betwistbaarheid van de inkoopmarkt van AWBZ zorg door zorginkoop en de daarmee gepaard gaande makelaarsfunctie niet strak te koppelen aan de ZVW verzekering.

Een verschil tussen de systemen is de default (cq standaard), dat wil zeggen wat er gebeurt als men niet zelf bewust kiest. In de eerste variant is het restitutiesysteem de standaard en in het tweede systeem is dat de natura zorg. Het natura systeem past meer bij vormen van zorg waarbij de samenhang tussen producten van belang is terwijl normbedragen (vouchers) meer voor de hand liggen bij het geven van geconcentreerde aandacht aan mensen met zware beperkingen (bij verpleging en verzorging van ouderen alsmede dagbesteding van zwaar gehandicapten).

Eventueel kan men voor verschillende vormen van AWBZ-zorg voor een van de varianten kiezen. Zo kan men voor chronisch psychiatrische patiënten en een deel van de ouderenzorg (waarvoor ketens met ZVW van belang zijn) kiezen voor de tweede variant en voor vroeg gehandicapten en een ander deel van de ouderenzorg (waar het meer gaat om het zelf samenstellen van pakketten door de patiënt zoals bij verpleging en verzorging tijdens de laatste jaren van het leven) voor de eerste variant.

4.5 Zorgaanbieders

Zorgaanbieders als maatschappelijke ondernemingen

Zorgaanbieders moeten kunnen functioneren als maatschappelijke ondernemingen die bestuurlijk, juridisch en economisch autonoom zijn. De voorkeur gaat daarom uit naar niet op winstuitkering gerichte zorgaanbieders.³⁹ Het financiële resultaat van de maatschappelijke ondernemingen wordt aangewend voor de eigen sociale doelstelling. Een duidelijke, voor iedereen toegankelijke verantwoording van het gevoerde beleid kenmerkt de maatschappelijke onderneming. De overheid beperkt zich ten aanzien van de zorgaanbieders tot het stellen van randvoorwaarden voor de kwaliteits-

39 | Zie Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Investeren in de samenleving: Een verkenning naar de missie en de positie van de maatschappelijke onderneming*, Den Haag, 2005.

teit van de te leveren zorg en de af te leggen verantwoording. Deze maatschappelijke ondernemingen zijn ook van cruciaal belang om de waarden van professionals te kunnen borgen. Terecht wordt in een aantal studies erop gewezen dat de waarden van professionals niet alleen van belang zijn als bron van inspiratie en motivatie, maar ook een economische en beleidsmatige betekenis hebben.⁴⁰In deze sectoren vormen doorleefde morele waarden een onontbeerlijke voedingsbodem voor adequaat professioneel handelen.

Informatie over kwaliteit essentieel

Betere informatie over de kwaliteit van de dienstverlening en prestaties van verschillende zorgaanbieders is absoluut essentieel bij het op één lijn krijgen van de belangen van de zorgaanbieders met die van de patiënt. Meer transparantie over de kwaliteit zorgt er voor dat concurrentie tot een kwaliteitsimpuls leidt. Verzekeraars en zorgmakelaars kunnen zich op basis van goede informatie over de zorgkwaliteit beter onderscheiden op het gebied van zorginkoop, bijvoorbeeld door slecht presterende zorgaanbieders niet langer (of minder) te contracteren. Cruciale randvoorwaarde is het goed functioneel omschrijven van het zorgproduct in termen van indicatie en te realiseren uitkomsten en prestaties.

Gestandaardiseerde informatie over kwaliteit

De overheid moet standaarden zetten voor het verzamelen van kwaliteitsinformatie om de markt transparant te houden. Bij het communiceren van deze informatie spelen ook onafhankelijke patiëntenorganisaties een belangrijke rol. Daarbij gaat het niet alleen om de medisch-technische kwaliteit van de behandeling, maar ook om indicatoren van de kwaliteit van de geleverde zorg zoals klanttevredenheid.⁴¹ Met name de laatste indicatoren zijn van groot belang in de *care*-sector. Naast verifieerbare informatie kunnen ook op niet-verifieerbare informatie gebaseerde reputaties over bijvoorbeeld *best practices* en klantvriendelijkheid een belangrijke rol spelen bij het motiveren van zorgaanbieders om te innoveren en de belangen van de patiënt centraal te stellen.⁴² Private verzekeraars en individuele inkopers kunnen deze informatie beter benutten bij hun inkoopbeleid dan een publieke instelling die zorg inkoop. Naarmate betere kwaliteitsinformatie beschikbaar komt, kan de markt voor zorginkoop zich ontwikkelen tot een normale markt met meer vrije toetreding en vrije prijzen zonder instellingsfinanciering en de daarbij behorende contracteer-

40 | Zie Harry Kunneman & Marjan Slob, *Thuiszorg in Transitie: een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, Bunnik, januari 2007.

41 | Het belang van dergelijke indicatoren in de zorg wordt ook benadrukt door M. Varkevisser et al. (2004, blz. 65) (zie M. Varkevisser, S. van der Geest, F. Schut, *Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen*, OCFEB, 2004).

42 | Niet-verifieerbare informatie kan beter benut worden bij zorginkoop door individuele klanten in plaats van collectieve zorginkoop waarbij vaak aanbestedingsprocedures gelden op basis van objectieve, niet-verifieerbare informatie.

plicht. De overheid kan meer vertrouwen op vraagsturing in plaats van regulering om de zorgaanbieders te disciplineren.

Concurrentie van *outsiders* kan zo de bestaande zorginstellingen uitdagen om te innoveren, de klant centraal te stellen, en doelmatig te opereren. Kleinschalige zorginstellingen zoals de Thomashuizen zijn een bron van organisatorische innovaties en bestrijden de sluipende bureaucratisering in grote zorginstellingen. Deze nieuwe zorginstellingen specialiseren zich in hun kerntaken en besteden andere taken uit. Dit vermindert de overhead en stelt zorgondernemers vrij om voortdurend na te denken over hoe men meer waarde kan creëren voor de patiënt. Net als aanbieders in andere concurrerende markten zal elke zorgaanbieder zich strategisch moeten positioneren op het specifieke terrein waar men waarde kan leveren ten opzichte van andere aanbieders. Andere taken kunnen worden afgesplitst en uitbesteed.

Meer risicodragende zorgondernemers

Een grotere mate van risicodragendheid van zorgaanbieders kan het inzicht in de kosten van behandelingen vergroten. Financieel verzelfstandigde zorgondernemers moeten zich dan immers richten op de inkomsten uit de geleverde zorg en zelf opdraaien voor de kosten. Daarmee krijgen ze een grotere prikkel om zicht te krijgen op hun kostenstructuur om zo hun kosten te kunnen beheersen. Niet langer zullen beleidsregels en productieafspraken het aanvaardbare kostenniveau bepalen, maar de inkomsten uit omzet. In dit verband is meer transparante informatie over de kosten van de zorg van groot belang. Prijzen voor de geleverde zorg moeten informatief zijn door een juiste berekening van de reële, integrale kostprijs van een zorgzwaar-tepakket (zpz). Deze prijzen kunnen initieel nog gereguleerd zijn door de overheid op basis van de genormeerde kosten maar in een later stadium als er meer betrouwbare informatie beschikbaar is over de kwaliteit kunnen prijzen worden vrijgegeven op steeds meer zorgmarkten met voldoende concurrentie.

Door zorginstellingen zelf risico te laten lopen en kapitaal te laten aantrekken, kan de overheid de centrale bureaucratische regelgeving gaan afschaffen zodat zorgaanbieders meer beleidsvrijheid genieten. De administratieve lasten voor zorginstellingen kunnen omlaag. Door de toenemende ruimte voor ondernemerschap kunnen zorgverleners beter inspelen op de behoeften van de patiënt. Er ontstaat meer ruimte om te experimenteren en te innoveren. Door de instellingen de mogelijkheid te geven risicodragend kapitaal aan te trekken stroomt er meer privaat geld naar de zorg.

4.6 Toetsing aan de criteria

In de voorafgaande paragraaf zijn de hoofdlijnen van een nieuw AWBZ stelsel weergegeven. De hervormde AWBZ waarborgt in onze optiek de in hoofdstuk 3 beschreven criteria.

Kwaliteit

Wat betreft de kwaliteit van de zorg krijgen zorgaanbieders meer prikkels om hoogkwalitatieve zorg te leveren. Regie en vraagsturing door patiënten en hun zaakwaarnemers wordt beter mogelijk (vooral in de eerste variant van zorginkoop) en ook kunnen verzekeraars een grotere rol spelen bij het bouwen van ketens van ZVW- en AWBZ-zorg (vooral in de tweede variant van zorginkoop). Door mensen langer in hun vertrouwde omgeving te verzorgen wordt medicalisering voorkomen. Met name in het woondomein en op het gebied van persoonlijke dienstverlening ontstaat ruimte voor meer differentiatie en keuzevrijheid.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van zware zorg is geborgd door iedereen op dezelfde manier te indiceren en iedereen met dezelfde indicatie dezelfde hoeveelheid professionele AWBZ medische zorg aan te bieden door professionele, gediplomeerde hulpverleners. Zo wordt geprobeerd om een tweedeling in AWBZ-zorg als gevolg van een krappe arbeidsmarkt voor professionals te voorkomen. Voor wat betreft wonen en persoonlijke dienstverlening zijn er voorzieningen zoals de huurtoeslag en de WMO voor degenen met minder draagkracht en sociale relaties. Gemeenten spelen samen met woningcorporaties⁴³, vastgoedondernemers en aanbieders van innovatieve technologie een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een fysieke infrastructuur voor het groeiende aantal mensen met beperkingen. Ook zijn gemeenten aan zet bij het stimuleren van de sociale cohesie in wijken en dorpen. Dit door de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande behoeften van mensen met beperkingen te benutten om mensen te verbinden en te verheffen door burgers te stimuleren aandacht te geven aan elkaar.

Houdbaarheid

De budgettaire houdbaarheid wordt gediend omdat de grotere vraag naar betere woonvoorzieningen en persoonlijke diensten als gevolg van de groeiende welvaart zich niet vertaalt in een verdere claim op schaarse publieke middelen. Op die manier blijven de overheidsfinanciën houdbaar, ook in het licht van de vergrijzing. Lastendeckende premie worden hersteld zonder een beroep op de algemene middelen. De solidariteit van de relatief steeds kleiner wordende jongere generaties met relatief steeds grotere en rijkere oudere generaties wordt niet overbelast door de AWBZ. Dit dient de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg voor kwetsbare mensen.

Dat doel wordt ook gediend door de steeds schaarsere hoger geschoolde arbeid te reserveren voor de zware AWBZ-zorg en een beroep te doen op lager geschoolde

43 | Deze corporaties kunnen ook een rol spelen door huur-koop combinaties aan te bieden. Zo kunnen huishoudens aan het eind van hun leven een deel van hun woning weer verkopen aan de corporatie terwijl ze er zelf blijven wonen. Ouderen kunnen zo middelen vrijmaken, bijvoorbeeld als een lage reële rente en/of een hoge inflatie de koopkracht van hun pensioen heeft uitgehold maar tegelijkertijd de waarde van het eigen woningbezit heeft doen stijgen.

arbeid voor lichtere vormen van zorg en dienstverlening. Het verminderen van bureaucratie en het bevorderen van ondernemerschap door vraagfinanciering maakt de zorgsector een aantrekkelijkere sector om in te werken en resulteert in organisatorische innovaties die de productiviteit van de schaarse arbeidsfactor zullen vergroten.

5 | **Conclusies**

5. Conclusies

De AWBZ moet blijven bestaan

Een overkoepelende kernvraag is de vraag of op de lange duur de AWBZ als afzonderlijke wettelijke regeling tegen bijzondere ziektekosten moet blijven bestaan of kan komen te vervallen waarbij de nu in de AWBZ geregelde aanspraken kunnen worden overgeheveld naar voornamelijk de Zorgverzekeringswet (ZVW). In haar advies heeft de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) hierop aangedrongen. In een christendemocratische visie op de AWBZ is het uitgangspunt dat een volksverzekering blijft bestaan gericht op kwetsbare gehandicapten en ouderen die langdurig op intensieve zorg zijn aangewezen. Een particuliere zorgverzekering als de ZVW met haar financieringsstructuur inclusief verevening leent zich niet voor verzekering van de langdurige zorg. Bovendien is de samenhang van bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg met de cure-sector beperkt en is een dergelijke overheveling alleen mogelijk – zo erkent ook de RVZ – met de nodige waarborgen en een zeer complexe vereveningsstructuur, hetgeen onnodige bureaucrativering in de hand zal werken.

Wel is het van groot belang om de huidige afwenteling vanuit de ZVW, de jeugdzorg, de WMO en het (speciaal) onderwijs tegen te gaan en hiervoor zijn de komende jaren duidelijke maatregelen noodzakelijk. Daarbij is het eindperspectief richtinggevend. Het is van belang om de AWBZ op de lange termijn alleen een regeling te laten zijn voor vroeg-, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten, die niet kunnen herstellen en ouderen die langdurig op zorg zijn aangewezen. Solidariteit met deze groep is een wezenskenmerk van de christendemocratie. Wel is het in onze optiek verdedigbaar dat in principe alle vormen van zorg met een wachttijd van één jaar op termijn gefinancierd zullen worden vanuit de ZVW, dit vanwege de samenhang. Hierdoor wordt afwenteling op de AWBZ voorkomen. Omdat zorgverzekeraars meer risicodragend worden, kan dit de doemattigheid in de zorg ook ten goede komen. Het is van belang om de komende periode al een aantal belangrijke stappen te zetten richting dit eindperspectief.

Naar het aanhalen van de samenhang met de zorgketen

Voor de verschillende onderdelen van het zorgstelsel (cure en care) bestaat vaak een zorginhoudelijke en logistieke samenhang. Langdurige zorg volgt vaak op een ziekenhuisopname. In die gevallen is een strikte scheiding tussen cure en care niet wenselijk vanuit een oogpunt van preventie en het voorkomen van zorgafhankelijkheid. Dat maakt het wenselijk om voor die gevallen regie en risico in één hand te brengen en te handelen in termen van eerstelijns zorgketens, die zowel cure als care omvatten.

Dit betekent dat die delen van AWBZ, waar een samenhang tussen cure en care aanwezig is, overgeheveld dienen te worden naar de ZVW. Ook hierin zijn door de kabinetten Balkenende de eerste stappen gezet. Per 1 januari 2008 is de geneeskundi-

geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die korter duurt dan een jaar overgaan naar de basisverzekering voor curatieve zorg. Ook hier zijn vervolgstappen binnen afzienbare termijn noodzakelijk. Aanbevelingswaardig is om alle kortdurende zorg voor mensen met een somatische aandoening op korte termijn over te hevelen. Zoals hiervoor aangegeven is het op termijn wenselijk om alle vormen van kortdurende zorg met een wachttijd van een jaar onder te brengen in de ZVW. Het verdient hierbij aanbeveling om tot een duidelijke marsroute te komen, die ook op draagvlak kan rekenen binnen de zorgsector.

Naar het verstevigen van de gemeenschapsrol

Uitgangspunt moet zijn dat het bevorderen en faciliteren van deelname van mensen met beperkingen aan het maatschappelijk verkeer de verantwoordelijkheid is van de lokale overheid. De eerste stappen daarin zijn gezet. Per 1 januari 2007 is de WMO in werking getreden en sindsdien zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de huishoudelijke verzorging. Doch het is noodzakelijk om hierin binnen afzienbare termijn verdere stappen te zetten. De huidige vormen van activering en ondersteuning in de AWBZ zijn in de meeste gevallen geen zorg en behoren daarom onder de WMO gebracht te worden. De gemeenten zijn beter geëquipeerd dan de rijksoverheid om een goede afweging te maken, maatwerk te leveren en de samenhang te bezien met andere regelingen. Dat mensen nu al vaak door de bomen het bos niet meer zien blijkt uit het gegeven dat de stijging in de afgelopen jaren van het aantal positieve AWBZ-indicaties op het terrein van ondersteunende en activerende begeleiding zich niet vertalen in een stijging van het feitelijk gebruik.⁴⁴

Daarbij is het vanuit een christendemocratische visie wel van belang om gemeenten ook echt de ruimte te geven en de Haagse regelgeving tot een minimum te beperken. We vertrouwen erop dat op lokaal niveau een goede afweging gemaakt kan worden en de financiële middelen dienen daarvoor via de uitkering in het gemeentefonds beschikbaar te zijn. Ook dient de eigen verantwoordelijkheid van sociale netwerken voor ondersteuning en begeleiding worden gestimuleerd door de vergoedingen voor kosten naar draagkracht in te richten en alleen toe te spitsen op de senioren met een laag inkomen.

Naar een versterking van de eigen verantwoordelijkheid

Eerder is van christendemocratische zijde erop aangedrongen om in de AWBZ het scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken.⁴⁵ Juist op dit punt blijkt de huidige AWBZ in toenemende mate knellend te zijn. Het huidige stelsel belemmert differentiatie van woonwensen en leidt tot intramuralisering van de zorg en dus tot onnodige kostenstijgingen. In onze optiek dienen dan ook op dit terrein al deze kabinetsperiode stappen gezet te worden. Hierbij dient de eigen keuzen van mensen centraal te staan. Wonen dient de verantwoordelijkheid te zijn van burgers zelf.

44 | Zie CIZ, Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2006, mei 2007.

45 | Zie WI, op.cit., 2000, blz. 23.

Juist vanuit het uitgangspunt van gespreide verantwoordelijkheid zijn de meeste mensen heel goed in staat om hierin eigen verantwoorde keuzen te maken. Bovendien voorkomt dit dat lasten voor rekening van het collectief komen die heel goed door burgers zelf kunnen worden gedragen. Voor wie de draagkracht tekort schiet, blijft de huurtoeslag een onmiskenbare steun. Wel is het vanuit ons gedachtegoed van belang om deze huurtoeslag te baseren op een standaardhuurprijs, net als de standaardzorgpremie, en niet op feitelijke huur om eigen keuzen en passend wonen te bevorderen.

Naar vraagfinanciering in plaats van instellingsfinanciering

Vanuit een christendemocratische invalshoek is ook de financiering van groot belang. Daarbij gaat het om de wijze van financiering van de zorginstellingen in de AWBZ die zal moeten veranderen. In plaats van directe bekostiging van de instellingen, zullen de instellingen hun inkomsten zoveel mogelijk rechtstreeks via de bewoners verkrijgen, die over een voucher beschikt. Hierbij krijgen geïndiceerde patiënten een op geld gewaardeerde indicatiestelling die zij of hun zaakwaarnemers kunnen inleveren bij professionele gecertificeerde zorgaanbieders. De gecertificeerde zorgaanbieders kunnen dit persoonsgebonden budget (pgb) of deze voucher bij de AWBZ-kas verzilveren. Instellingen worden daarmee afgerekend op daadwerkelijk geleverde zorg en dit stimuleert ondernemerschap. Zorgaanbieders die door ondernemerschap en innovatie beter inspelen op de behoeften van klanten zullen immers gaan groeien. De afschaffing van de instellingsfinanciering betekent ook dat de verplichte contractering door de zorgverzekeraars helemaal kan worden afgeschaft. Het wordt immers aan de patiënt zelf overgelaten om de zorg in te kopen. De patiënt kan de zorginkoop echter ook overlaten aan zijn verzekeraar bijvoorbeeld wanneer hij er zelf niet goed toe in staat is. Wel houdt de overheid op afstand toezicht op de prijsvorming en stelt zonodig maximumtarieven op, die ook als zodanig moeten functioneren. Door een eenduidig systeem van zorgzwaartebekostiging kan de huidige rol van de zorgkantoren daarmee vervallen. Ook wordt het regionale zorgbeleid inclusief de subsidieregelingen beëindigd. Voortaan zullen regionale brancheorganisaties in overleg met gemeenten gaan om de afstemming tussen vraag en aanbod te plannen.

Zowel op de korte als op de lange termijn is het cruciaal dat de indicatiestelling voor de AWBZ-zorg objectief en onafhankelijk plaatsvindt zonder beïnvloeding door de bij de indicatiebeoordeling belanghebbende partijen. Ook hier is het noodzakelijk op korte termijn verdere stappen te zetten.

Naar een helder perspectief

Deze bijdrage heeft de agenda geschetst voor het toekomstbestendig maken van de AWBZ. De prioriteit moet in deze en de komende kabinetsperiode liggen op het aanscherpen en verhelderen van de AWBZ polis, het versterken van de aanpalende domeinen (waaronder de WMO en de jeugdzorg), het verbeteren van de indicatie-

stelling, het voorbereiden van de beprijzing van de zorgzwaartepakketten zonder verblijf, een beter functionerende zorginkoopmarkt met een sterkere rol van de patiënt en zijn sociale netwerk, het standaardiseren en verbeteren van kwaliteitsinformatie betreffende het zorgaanbod, het vergroten van de private verantwoordelijkheid in de ouderenzorg en het versterken van ketenzorg.

Juist in een christendemocratische visie op de langdurige zorg waar de cliënten, verzekeraars en aanbieders hun verantwoordelijkheid kunnen waarmaken, is een helder eindperspectief essentieel. Het is vervolgens zaak om op de relatief korte termijn een aantal verbeteringen in gang te zetten. Bij de overheveling naar de WMO en ZVW is een fasering wenselijk ook gegeven het feit dat beide wetten relatief nieuw zijn. De kwetsbaarheid vraagt om zorgvuldigheid van de uitvoering gericht op een helder en lonkend perspectief.

Bijlage | **Een mogelijk transitiepad**

Bijlage: een mogelijk transitiepad

De geschetste hervorming van de AWBZ is niet van vandaag op morgen te bereiken. Overgangsregelingen bij het scheiden van wonen en zorg alsmede het verschuiven van niet-lijfsgebonden verzorging en herstelgerichte zorg en ondersteuning naar de WMO en ZVW zijn nodig. De huidige generatie zorgbehoevende ouderen heeft zich immers niet op een grotere eigen verantwoordelijkheid kunnen voorbereiden. Het is van groot belang dat de overheid zich committeert aan een geleidelijk transitietraject bij het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid voor persoonlijke diensten aan senioren met beperkingen en het op orde brengen van aanpalende terreinen. Zo wordt de AWBZ weer toegespitst op kwetsbare mensen met zware beperkingen die dure, onverzekerbare zorg vereisen. In dit hoofdstuk zullen we derhalve voor vijf belangrijke aspecten (persoonsvolgende administratie, overheveling van ondersteuning en begeleiding naar de WMO, het scheiden van wonen en zorg, overheveling van kortdurende zorg naar de ZVW en zorginkoop) een mogelijk transitiepad schetsen. Dit sluit ook aan bij het advies van de SER die op deze onderdelen de komende jaren een aantal veranderingen wil bewerkstelligen.⁴⁶

Zo snel mogelijk een persoonsvolgende administratie

In de overgangssituatie is het van groot belang dat de regionale zorginkopers zo snel mogelijk een digitale persoonsvolgende administratie opzetten. Een dergelijke administratie is namelijk noodzakelijk voor het opzetten van persoonsvolgende financiering. Het genereert informatie over de spreiding van kosten over verschillende patiënten. Daarmee kan worden bepaald voor welke aandoeningen precieze individuele normbedragen kunnen worden bepaald op basis waarvan aan individuen vouchers worden toegekend.

Uiteraard zal het opzetten van een dergelijke administratie nog de nodige voeten in de aarde hebben. Het is dan ook van belang om daarbij de ZVW verzekeraars hierbij te betrekken ook omdat een persoonsvolgende administratie later kan worden overgedragen aan de ZVW verzekeraars.

Aan de slag met overheveling van ondersteuning en begeleiding naar de WMO

Uitgangspunt moet zijn dat het bevorderen en faciliteren van deelname van mensen met beperkingen aan het lokale maatschappelijk verkeer de verantwoordelijkheid van de lokale overheid is. Dit betekent dat delen van de AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding en het niet lijfsgebonden deel van verzorging die daarop betrekking hebben, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de WMO. Dit versterkt de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden, hetgeen de kwaliteit

46 | Zie hiervoor hoofdstuk 5 “Voorstellen voor de korte en middellange termijn” (SER, *Langdurige zorg verzekerd: Advies over de toekomst van de AWBZ*, 18 april 2008.)

van de zorg ten goede kan komen.

Het volstaat echter niet om de huidige AWBZ-functies 'ondersteunende en activerende begeleiding' als geheel en zonder meer over te hevelen naar het gemeentelijk domein. Hiervoor is aangegeven dat bijvoorbeeld bij gehandicaptenzorg ondersteunende begeleiding integraal onderdeel is van de behandeling en overheveling in dat geval tot discontinuïteiten bureaucratisering kan leiden. Nader onderzoek is dus nodig om te kunnen bepalen welke specifieke onderdelen van ondersteunende en activerende begeleiding zich lenen voor overheveling naar de WMO. De resultaten van een aantal thans lopende pilots kunnen daarbij behulpzaam zijn. Het is van groot belang om het aantal pilots uit te breiden en op basis daarvan tot een heldere afbakening te komen. Ook is het van belang om afwenteling van de meer sociale problematiek rondom jeugdzorg (Wjz) en speciaal onderwijs naar de AWBZ te voorkomen door introductie van het uitgangspunt dat die ondersteuning vanuit die domeinen dient te worden geboden en gefinancierd.

Ook kiezen we ervoor om het niet lijfsgebonden deel van verzorging uiteindelijk onderdeel uit te laten maken van de WMO. In steeds krappere wordende arbeidsmarkt is het wenselijk dat substitutie plaatsvindt naar mantelzorg in de directe omgeving of lager geschoolde arbeid. Ook hier willen we echter pleiten voor een zorgvuldig invoeringstraject vanwege lastige afbakeningsproblemen en om ervoor te zorgen dat de noodzakelijke professionele zorg wel beschikbaar blijft. Bovendien vergt ook de spankracht van gemeenten prudentie. Dit pleit ervoor om deze overheveling te faseren na de overheveling van ondersteuning en begeleiding. Wel is het denkbaar om pilots te doen, waar gemeenten op basis van vrijwilligheid aan deel kunnen nemen.

De vraag die tevens voorligt is, welk transitiepad het beste is voor de AWBZ-verzekerden die op dit moment zijn aangewezen op ondersteuning en activering. Hierbij zijn verschillende modaliteiten denkbaar. De eerste variant is een overgangsregeling van de ene op de andere dag, dus op 1 januari de nieuwe AWBZ aanspraken van kracht te laten worden. De tweede variant is om de overdracht van AWBZ aanspraken naar de WMO gefaseerd uit te voeren. De derde variant is om de huidige bewoners met een hulpvraag in de AWBZ instellingen onder de huidige AWBZ aanspraken te laten en de nieuwe aanvragen onder de WMO door gemeenten te laten afhandelen. Om te voorkomen dat de huidige groep verzekerden uitvoeringsproblemen op hun bordje krijgen gaat de voorkeur uit naar de laatste variant. Bovendien biedt dit voor gemeenten een perspectief op een overzichtelijk leertraject door een geleidelijke opbouw van het cliëntenbestand en geeft de AWBZ-instellingen de mogelijkheid zich geleidelijk aan te passen op deze nieuwe situatie. Ook het Rijk kan met deze variant uit de voeten mits een persoonsvolgende administratie bestaat.

Omdat het eindperspectief helder is kan consistent en zorgvuldig hierna toegevoerd worden. Hierbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat de WMO pas op 1 januari 2007 is ingevoerd en dat de precieze invulling van de compensatieplicht nog discussie behoeft. Voor een toekomstige overheveling van ondersteuning en activering is het essentieel om bij dit compensatiebeginsel aan te sluiten, omdat dit

gemeenten de mogelijkheid biedt om maatwerk te verzorgen. Zoals hiervoor al aangegeven zullen gemeenten via een specifieke verdeelsystematiek in de doeluitkering hiervoor gecompenseerd worden.

Werken aan scheiden wonen en zorg

De maatschappelijke en financiële houdbaarheid van de AWBZ vraagt om een zo spoedig mogelijke uitwerking van het principe van scheiden van wonen en zorg. Door de verblijfsfunctie uit de AWBZ-aanspraken te verwijderen, kan beter aangesloten worden bij de woonwensen van zorgvragers.⁴⁷ Zo kunnen ouderen langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen omdat AWBZ zorg is losgekoppeld van een intramurale setting.

Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben aangegeven gaat het om scheiden van de totale verblijfsfunctie van de zorg. Deze functie bestaat uit huur en overige verblijf als voeding, schoonmaken wassen etc., waarbij de huurprijs de kale huur is met toerekening van gemeenschapsruimten en servicekosten. Voor bewoners bestaat er voor de wooncomponent reeds de huurtoeslag, terwijl men voor de overige verblijfsfunctie terecht moeten kunnen bij het gemeentelijke loket. Uiteraard zal de gemeentelijke eigen bijdrage regeling zodanig vorm worden gegeven dat de mensen op minimumniveau in ieder geval kunnen beschikken over een aanvaardbaar bestedingsniveau om daarmee de restende uitgaven te kunnen faciliteren.

In de prijzen van de AWBZ verrichtingen is het van belang om de verblijfscomponent zo snel mogelijk zichtbaar te maken. In dat verband is het een wenselijke ontwikkeling dat AWBZ-zorginstellingen vanaf 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk zijn voor investeringen in gebouwen en apparatuur. Tegelijkertijd worden instellingen risicodragend op deze investeringen omdat de nacalculatie vervalt. Kapitaallasten gaan daarmee deel uitmaken van de tarieven die zorginstellingen in rekening brengen voor de geleverde zorg. Dit alles resulteert in integrale kostprijzen met grotere prikkels voor risicodragende zorgaanbieders om efficiënt om te gaan met kapitaal.

Vervolgens zou het mogelijk moeten zijn om al in deze kabinetsperiode voor de nieuwe aanvragen de scheiding van wonen en zorg door te voeren. Dit betekent dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor hun verblijf. Omdat de eigen bijdrage regeling voor de AWBZ ook aangepast wordt hebben ouderen daartoe de mogelijkheid. De sociaal-culturele faciliteiten in verzorgings- en verpleegtehuizen, die nu nog vanuit de AWBZ worden vergoed zullen vanaf die datum uit de WMO worden vergoed. Voordeel is dat gemeenten in samenspraak met de instellingen gaan bezien of deze faciliteiten een bredere wijkfunctie kunnen gaan krijgen. Gemeenten zullen uiteraard daartoe gefacilieerd worden via een toevoeging aan het WMO-budget.

47 | Voor sommige aandoeningen (meervoudig gehandicapten, zwaar dementeerden en zware ggz patiënten) blijft verblijf een integraal onderdeel van de zorg en dient wonen en zorg gezamenlijk te worden aangeboden.

Bezig zijn met de overheveling van kortdurende zorg naar de ZVW

In het eindperspectief zal de kortdurende zorg zoals van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg onder de ZVW gaan vallen. Dit biedt ZVW verzekeraars de mogelijkheid om voor hun eigen klanten de zorgmakelaarsrol over te nemen. Er zal dus uiteindelijk een systeem wordt gehanteerd waarin een wachttijd van één jaar geldt waar na de indicatie de ZVW verzekeraar een zorgplicht heeft en de kosten financiert. De ZVW verzekeraars kunnen zich ontwikkelen tot zorgregisseurs waarbij klanten voor het verzilveren van hun aanspraken zoveel mogelijk bij één loket terecht kunnen.⁴⁸

Door een duidelijke marsroute af te spreken zullen ZVW verzekeraars gemotiveerd zijn reeds nu te investeren in (expertise en infrastructuur voor) AWBZ zorginkoop. Zo is het aanbevelingswaardig is om reeds in deze kabinetsperiode alle kortdurende zorg voor mensen met een somatische aandoening zoals die nu nog plaatsvindt vanuit de AWBZ over te hevelen naar de ZVW. Voor verdere stappen is zorgvuldigheid gewenst. Het ZVW-vereveningssysteem moet nog worden geperfectioneerd zodat de huidige nacalculaties kunnen worden afgebouwd. Een vervolgstap kan zijn om het te verzekeren risico en de zorginkoop van ouderen en chronisch zieken voor de eerste drie maanden over te hevelen van de AWBZ naar de zorgverzekering. Op deze manier worden ZVW verzekeraars geprikkeld om hun collectieve inkoopkracht te benutten en afspraken te maken met zorgaanbieders over ketenzorg. Om dit transitieproces goed te kunnen volgen is het noodzakelijk dat de ZVW verzekeraars gescheiden boekhoudingen aanhouden voor de overgehevelde AWBZ zorg.

Door de wachttijd geleidelijk te verlengen neemt het gewicht van objectieve factoren toe in het vereveningssysteem en verbeteren de prikkels voor preventie ten koste van de prikkels voor afwenteling: de ZVW verzekeraar wordt meer risicodragend voor de AWBZ zorg. Ook kan de druk op de indicatiestelling afnemen omdat de verzekeraar (in tegenstelling tot de klant) nu een minder groot belang heeft bij ruime indicaties. Wel groeit door het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars het risico van risicoselectie en *cherry picking*. Dit pleit ervoor om deze wachttijd in stappen uit te breiden en tegelijkertijd te bezien of de indicatiestelling op orde is.

Een aandachtspunt is nog de financieringconsequenties van de overheveling van delen van de volksverzekering AWBZ naar de ZVW. Dit kan leiden tot een loonkostenstijging voor werkgevers in verband met de verplichte vergoeding van de hogere inkomensafhankelijke ZVW premies van werknemers. Omdat deze afwenteling op de werkgevers ongewenst is, kan de verplichte vergoeding worden ontkoppeld of met de WW-premies worden verrekend. Daarom zal een overheveling van de aanspraken van de AWBZ naar de ZVW zoveel als mogelijk lastenneutraal moeten plaatsvinden. Dit geldt ook voor ouderen, die eveneens de werkgeverspremie zelf moeten betalen. Nadat dit geregeld is, zouden wij er bij het transitiepad voor willen pleiten om van

48 | Gedurende deze wachttijd vindt verevening plaats op basis van ex-ante factoren (zoals leeftijdsopbouw) in plaats van indicaties.

de ene op de andere dag, dus op 1 januari de nieuwe ZVW aanspraken van kracht te laten worden. Voor de huidige groep verzekerden zijn er geen uitvoeringsproblemen, omdat de zorgaanbieders voortaan de verzekeringsaanspraken kunnen declareren bij de ZVW.

Zorginkoop: van aanbodsturing naar vraagsturing

Een ander transitie probleem doet zich voor bij het organiseren van de zorginkoop en het vaststellen van normbedragen voor collectieve en individuele zorginkopers. Vraagsturing door individuele klanten vereist een verfijnd, goed onderhouden systeem van indicatiestelling met mogelijk aanzienlijke transactiekosten.⁴⁹ Bij meer collectieve zorginkoop (zonder veel mogelijkheden voor individuele zorginkoop via vouchers) hoeven de normbedragen minder te worden verfijnd. De spreiding van zorgkosten op groepsniveau is immers kleiner dan op individueel niveau. In de overgangsfase kan men er daarom voor kiezen het voor een zorginkoper beschikbare totale zorgbudget te bepalen op basis van de geaggregeerde indicaties (en de daarbij horende normbedragen). Door de indicatietrend mee te nemen ligt het verzekeringsrisico bij de AWBZ kas en het inkooprisico bij de zorginkopers. Het is noodzakelijk om dit systeem van budgettering zo snel in te voeren. Vervolgens kunnen ZVW verzekeraars verantwoordelijkheid worden voor de zorginkoop in de AWBZ, omdat zij -zoals hiervoor voorgesteld- dan ook verantwoordelijk worden voor de eerste 90 dagen zorg. De taak van de zorgkantoren kan dan worden afgebouwd. Nadeel van het beleggen van de zorginkoop bij de verzekeraar is evenwel dat de verzekeraar kunnen gaan selecteren op degenen met te hoge normbedragen en dat de keuzevrijheid wordt beperkt. Bovendien wordt de marktwerking op ZVW verzekeringsmarkt in eerste instantie belast met een koppeling met de AWBZ uitvoering.⁵⁰

Het is wel gewenst dat ook in de overgangsfase geëxperimenteerd kan worden met vouchers. Omdat een voucher slechts kan worden ingewisseld bij een professionele gecertificeerde aanbieder van zorg is er minder risico op oneigenlijk gebruik. Zeker voor de functie verpleging en verzorging is het mogelijk om de normbedragen op individueel niveau vast te stellen. Gestart zou kunnen worden met vouchers die alleen bij andere zorgkantoren kunnen worden ingeleverd. Dit houdt de zorgkantoren scherp als inkopers van natura zorg. Het is echter van groot belang om de vouchers ook bij andere aanbieders in te kunnen wisselen. Dit stimuleert kleinschalige projecten op het terrein van de verpleging.

Een volgende stap moet dus zijn om bepaalde groepen geïndiceerden met een voucher zelf zorg te laten inkopen of anderen (bijvoorbeeld een zorgmakelaar of de ZVW verzekeraar) die zorginkoop laten verzorgen. Hierbij is de persoonsvolgende administratie uiteraard een cruciale voorwaarde. Het ontwikkelen van een keuze-

49 | Al kan op dit punt wellicht worden geleerd van de *care* verzekeringen in Duitsland en Oostenrijk

50 | De mogelijke imagoschade van de zorginkoper verbonden aan het beperken van zorg aan zware gevallen kan mogelijk wel een barrière opwerpen tegen zulk gedrag.

platform kan patiënten keuzevrijheid bieden en resulteert te samen met persoonsvolgende bekostiging en het einde van de contracteerplicht in vraag- in plaats van aanbodsfinanciering.

Op deze wijze kunnen de betreffende normbedragen verfijnd en gepreciseerd worden, waarbij het op den duur mogelijk wordt van de tweede naar eerste variant van de zorginkoop over te stappen. Dit sluit ook aan bij de behoefte van de individuele klant die zal toenemen omdat de mondige generatie babyboomers daarop zal aandringen. Bovendien zullen de normbedragen worden geperfectioneerd, zeker voor bepaalde aandoeningen.

