



Interdepartementaal beleidsonderzoek

**Toekomst AWBZ**



Ronde 2004, nr.4

Mei 2006

# **Toekomst AWBZ**

Eindrapportage van de werkgroep

Organisatie romp AWBZ

Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Probleemstelling	15
1.2 Historische context	15
1.3 Opzet van het rapport en leeswijzer	16
<b>2 De AWBZ: doelen, organisatie en toekomstige vraag</b>	<b>17</b>
2.1 Inleiding	17
2.2 Publieke belangen in de zorg	17
2.3 De huidige situatie: de aanspraken	19
2.4 Grensvlakken tussen AWBZ en andere terreinen	22
2.5 De organisatie van de AWBZ	25
2.6 Toekomstige vraag naar AWBZ-zorg	33
2.7 Slot	35
<b>3 Publieke belangen in de knel? De AWBZ beoordeeld</b>	<b>37</b>
3.1 Inleiding	37
3.2 De publieke belangen: waar kan het mis gaan?	37
3.3 Prestaties van de AWBZ	39
3.4 De aanspraken en aanpalende terreinen	43
3.5 Prikkelers voor de verschillende spelers	44
3.6 Algemene randvoorwaarden	50
3.7 Slot	51
<b>4 Klantgroepen in de AWBZ</b>	<b>53</b>
4.1 Inleiding	53
4.2 De indeling	53
4.3 Ouderen en chronisch zieken	54
4.4 Mensen met vroeg verworven of aangeboren stoornissen	59
4.5 Chronisch psychiatrische patiënten	65
4.6 Potentiële ziekten en stoornissen	71
4.7 Conclusies	71
<b>5 Sturingsmodellen voor de AWBZ</b>	<b>75</b>
5.1 Inleiding	75
5.2 Kernelementen van sturingsmodellen	75
5.3 Uitvoering door private partijen	77
5.4 Uitvoering door de overheid	84
5.5 Uitvoering door de cliënt	87
5.6 Conclusies	89

<b>6</b>	<b>Oplossingen voor de AWBZ</b>	<b>93</b>
6.1	Inleiding	93
6.2	Afbakening van de aanspraken	93
6.3	Sturing op maat	95
6.4	Randvoorwaarden en flankerend beleid	108
6.5	Conclusies	110
<b>7</b>	<b>Stappen naar een betere uitvoering van de langdurige zorg</b>	<b>113</b>
7.1	Inleiding	113
7.2	Transitie	113
7.3	Voldoen aan randvoorwaarden	114
	<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>119</b>
	<b>Bijlage 1 Samenstelling van de werkgroep</b>	<b>127</b>
	<b>Bijlage 2 Taakopdracht van de werkgroep</b>	<b>129</b>
	<b>Bijlage 3 De AWBZ-functies nader toegelicht</b>	<b>133</b>
	<b>Bijlage 4 Financiële gevolgen overheveling AWBZ naar Zvw</b>	<b>135</b>
	<b>Bijlage 5 AWBZ in internationaal perspectief</b>	<b>137</b>

# Samenvatting

## Inleiding

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte verzekering voor de gehele bevolking tegen ziektekosten die niet via de Zorgverzekeringswet<sup>1</sup> worden gedekt. De aanspraken die men op grond van de AWBZ kan maken zijn gedefinieerd in functies. Het gaat concreet om de functie verblijf (wonen in een al dan niet bijzondere setting), functies gericht op het gebrek of de aandoening van de cliënt (behandeling, activerende begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging) en functies gericht op de effecten van de aandoening of stoornis op de zelfredzaamheid in de samenleving (ondersteunende begeleiding, huishoudelijke verzorging).

De AWBZ-uitgaven bedroegen in 2004 circa 21 miljard euro. In de periode 1994–2004 namen de AWBZ-uitgaven jaarlijks gemiddeld toe met bijna acht procent. Vooral gedurende de jaren 2001-2003 toen wachtlijsten werden bestreden was de groei hoog. De groei is op basis van een convenant met de zorgaanbieders in 2005 beperkt tot bijna drie procent.

## *AWBZ in verbouwing*

De AWBZ wordt flink verbouwd. Zo is de modernisering van de AWBZ nog in uitvoering. Daarnaast is het kabinet van plan om in deze kabinetsperiode:

- de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen (2,5 miljard euro);
- de huishoudelijke verzorging naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) over te hevelen (1 miljard euro).

Het kabinet heeft voorts op een aantal deelterreinen maatregelen genomen om de AWBZ te beheersen. Voorts lopen er pilots die meer zicht moeten geven of en hoe eventuele andere onderdelen van de AWBZ overgeheveld dienen te worden naar de Wmo.

## *IBO AWBZ*

Het kabinet heeft opdracht gegeven tot een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) naar de uitvoering van de AWBZ. Op welke wijze kan de AWBZ zo doelmatig mogelijk worden uitgevoerd? Dat is de centrale vraag. Als vertrekpunt is genomen de AWBZ zoals die eruit ziet na de overheveling van de geneeskundige GGZ en de overheveling van -in eerste instantie- huishoudelijke verzorging naar de Wmo. Het IBO reikt met het accent op doelmatigheid bouwstenen aan voor een nieuwe balans tussen de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

## **Knelpuntenanalyse**

In de afgelopen decennia is de uitvoeringsstructuur van de AWBZ verschillende keren aangepast. Niettemin is de prikkelstructuur nog zodanig dat vrijwel geen van de betrokken actoren er direct financieel belang bij heeft om doelmatig en in het belang van de zorgvrager te handelen. Doelmatig handelen is daardoor afhankelijk van de intrinsieke motivatie van partijen.

---

<sup>1</sup> Tot 1 januari 2006 via het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekering.

Bij de indicatiestelling ontbreekt het aan directe financiële prikkels om te ruime indicaties tegen te gaan. Zorgkantoren hebben geen direct financieel belang om doelmatig (juiste prijs-kwaliteitverhouding) zorg in te kopen. Op hun beurt hebben zorgaanbieders evenmin duidelijke financiële prikkels om de meest doelmatige zorg te leveren. Zo worden intramurale zorgaanbieders tot nu toe helemaal niet op hun prestaties afgerekend. Prestatiebekostiging en integrale tarieven zijn nog afwezig en de toetredingsdrempels zijn hoog. Dit werkt machtsposities van bestaande intramurale aanbieders in de hand. Extramurale zorgaanbieders worden wel afgerekend op hun prestaties, maar in het huidige systeem resulteert dit slechts in een prikkel om zoveel mogelijk zorg te leveren in plaats van zo doelmatig mogelijk.

Naast een gebrekkige of ontbrekende prikkelstructuur is de afbakening tussen de AWBZ, de curatieve zorg en aanpalende beleidsterreinen (bijvoorbeeld de woningmarkt) en de eigen verantwoordelijkheid niet duidelijk. Hierdoor komt bijvoorbeeld de samenhang bij vormen van chronische zorg in de knel en is er geen stimulans tot extramuralisering. Het naast elkaar bestaan van verschillende sturings- en financieringssystemen in samenhangende domeinen werkt bovendien afwenteling in de hand.

De IBO-werkgroep constateert dat een scherp kwantitatief beeld van de kwaliteit en doelmatigheid in de AWBZ ontbreekt. Verschillende rapporten van de IGZ geven wel sterke aanwijzingen dat de kwaliteit niet altijd en overal optimaal is. Op basis van verschillende onderzoeken naar de doelmatigheid kunnen geen harde conclusies worden getrokken omdat de resultaten niet goed te vergelijken zijn.

#### **Publieke belangen in de AWBZ**

Hoewel er geen hard empirisch bewijs is dat de AWBZ niet optimaal presteert, zijn er op basis van de huidige uitvoeringsstructuur voldoende aanwijzingen dat er ruimte is voor verbetering. De vraag is daarbij: hoe kunnen de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de AWBZ-zorg het best worden geborgd?

Belangrijk is dat het stelsel van langdurige zorg zo is ingericht dat de behoefte van mensen om regie over hun eigen leven te voeren zo veel mogelijk wordt bevorderd. Daarbij moet tevens rekening worden gehouden met de diversiteit van burgers, wensen, behoeften en leefsituaties.

De publieke belangen kunnen zonder specifiek beleid door verschillende factoren in de knel komen. De toegankelijkheid doordat slechte gezondheidsrisico's moeilijk verzekeraar zijn. Kwaliteit en betaalbaarheid door een gebrek aan samenhang binnen de zorg of met aanpalende beleidsterreinen, afwenteling van kosten door de AWBZ op andere regelingen en andersom, gebrek aan (doelmatigheids)prikkels voor uitvoerders en doordat bepaalde burgers niet goed in staat zijn zelf keuzes te maken. Kwaliteit en toegankelijkheid kunnen daarnaast in gevaar komen door een gebrek aan informatie over kwaliteit. De betaalbaarheid komt verder onder druk te staan als er te veel en te snel een beroep op zorg wordt gedaan (overconsumptie) of omdat er gewoon veel vraag naar AWBZ-zorg is.



## **Klantgroepen in de AWBZ**

Bij de gebruikers van de huidige AWBZ kunnen op basis van de aard van hun levensloop en daarmee samenhangende zorgvraag globaal drie klantgroepen worden onderscheiden: ouderen en chronisch zieken (circa 500.000 AWBZ-gebruikers, uitgaven ruim 10 miljard euro), mensen met een aangeboren of vroeg verworven stoornis (circa 115.000 AWBZ-gebruikers, ongeveer 5 miljard euro) en mensen met een chronisch psychiatrische stoornis (30.000 AWBZ-gebruikers, ruim 1 miljard euro)<sup>2</sup>. Deze drie klantgroepen zijn de primaire invalshoek voor dit IBO-rapport.

## **Sturingsmodellen voor de AWBZ**

De zorg voor de klantgroepen in de AWBZ is op verschillende manieren te organiseren waarbij in hoofdlijn drie sturingsmodellen mogelijk zijn. De uitvoering en zorginkoop kan in handen worden gelegd van een private uitvoerder, in handen van de overheid (of een andere publieke partij) of bij de cliënt zelf (cliëntmodel). Bij het eerste model –uitvoering en zorginkoop door een private partij- kan onderscheid worden gemaakt tussen een model met een monopolistische regionale zorginkoper (zoals in het huidige zorgkantoormodel) en een model met concurrerende private verzekeraars (zoals de Zorgverzekeringswet of een variant met zorginkoop op basis van normuitkeringen). Het sturingsmodel met een private uitvoerder en het cliëntmodel gaan uit van de AWBZ-zorg in de vorm van een verzekering. Bij publieke uitvoering kan zowel voor een verzekering als voor een voorziening worden gekozen. Daarnaast biedt publieke uitvoering nog de keuze uit het neerleggen van de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop op centraal niveau of op meer decentraal niveau (bijvoorbeeld bij gemeenten).

De doelmatigheidsprykkels en de wijze waarop de publieke belangen kunnen worden geborgd, variëren per sturingsmodel. Bovendien hangen de doelmatigheidsprykkels van de verschillende partijen (zorginkopers, aanbieders, zorgvragers) met elkaar samen.

Elk sturingsmodel werkt beter als er een goed functionerende zorgaanbodmarkt (voldoende zorgaanbieders, lage toetredingsdrempels en concurrentie tussen zorgaanbieders) en voldoende informatie/transparantie over kwaliteit is. Sommige sturingsmodellen zijn hier meer gevoelig voor dan andere.

### ***Uitvoering door concurrerende private verzekeraars***

Het sturingsmodel met concurrerende private verzekeraars als uitvoerders, bevat in beginsel de sterkste doelmatigheidsprykkels (prijs-kwaliteitverhouding). Door integratie in de Zvw is het mogelijk de samenhang met de curatieve zorg te verbeteren en afwentelingsproblemen te voorkomen. Samenhang met het gemeentelijke domein is in dit model een belangrijk aandachtspunt.

Dit model functioneert echter alleen goed als aan een aantal (specifieke) randvoorwaarden is voldaan. Ten eerste is een goed werkend risicovereveningsmodel cruciaal dat voldoende doelmatigheidsprykkels bevat en risicoselectie door verzekeraars zoveel mogelijk tegengaat. Ten tweede moeten voldoende verzekerden bereid en in staat zijn zelf keuzes te maken ten aanzien van de prijs-kwaliteitverhouding van verzekeraars en zorgaanbieders en is concurrentie tussen verzekeraars van belang.

Indien niet aan bovengenoemde randvoorwaarden kan worden voldaan, is een privaat model met een regionale zorginkoper -maar dan met meer financiële prykkels dan het

---

<sup>2</sup> Genoemde aantallen en budgetten zijn gebaseerd op de situatie na invoering van de Wmo en na overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet.

huidige zorgkantoormodel- een terugvaloptie. Het gevaar van risicoselectie is hier niet aanwezig, maar verzekerden kunnen ook niet van zorginkoper wisselen.

### ***Uitvoering door de overheid***

In sturingsmodellen met een publieke uitvoering is het in het algemeen moeilijker om doelmatigheidsprykkels in te bouwen dan bij een private uitvoering. De mogelijkheden voor doelmatigheidsprykkels zijn waarschijnlijk het grootst bij een decentrale uitvoering waarin gemeenten risicodragend zijn. Hierbij is zowel een model denkbaar met een landelijk omschreven recht op zorg als een model dat uitgaat van een algemeen compensatiebeginsel (zoals de Wmo). Tevens kan in een decentraal model de samenhang met het gemeentelijke domein goed worden bewaakt. De afstemming met de curatieve zorg is daarentegen een belangrijk aandachtspunt. Risicoselectie vormt in principe een kleiner probleem dan bij concurrerende verzekeraars maar is nog steeds een aandachtspunt. Er is immers beleidsconcurrentie tussen gemeenten denkbaar. Verder impliceert een gemeentelijk model dat (al dan niet binnen landelijke kaders) verschillen in zorg tussen gemeenten worden geaccepteerd.

Min of meer vergelijkbaar met de ontwikkeling van een risicovereveningsmodel bij integratie in de Zvw is een voorwaarde voor een gemeentemodell dat het mogelijk moet zijn een adequaat verdeelmodell te ontwikkelen. Een gemeentelijk verdeelmodell kan evenwel globaler van aard zijn dan een risicovereveningsmodell. Daarnaast speelt de schaalproblematiek een rol. Wanneer de relevante markt het gemeentelijke niveau overstijgt en de aanbodstructuur op die markt wordt gekenmerkt door sterke machtsposities van zorgaanbieders en hoge toetredingsdrempels is samenwerking door gemeenten of een meer centrale uitvoering van de zorginkoop door de overheid wenselijk om zo countervailing power bij de zorginkoop te realiseren.

### ***De cliënt als zorginkoper***

Een sturingsmodell waarbij de uitvoering via een PGB-modell bij de cliënt wordt neergelegd, is vooral wenselijk als een modaliteit binnen een verzekeringsmodell of een gemeentelijk modell. Een modell waarin de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de zorginkoop geeft de cliënt volledige keuzevrijheid en bevat eveneens doelmatigheidsprykkels. In tegenstelling tot een modell met concurrerende partijen komen eventuele doelmatigheidswinsten in eerste instantie vooral aan de individuele cliënt/zorgvrager ten goede, mits deze het surplus mag houden. Het is ook mogelijk – zoals in de huidige AWBZ – een deel van dit surplus op voorhand af te romen. Voordeel van dit modell is dat beslissen, betalen en gebruiken in een hand bij elkaar komt. Voor cliënten kan een PGB een instrument zijn om nieuwe vormen van zorgaanbod te genereren die een betere maatschappelijke participatie mogelijk maken. Het modell stelt zeer hoge eisen aan de cliënt of diens vertegenwoordiger in termen van het kunnen en willen maken van keuzes. De individuele cliënt staat in vergelijking met de uitvoerende partijen in de andere modellen in een relatief zwakke positie ten opzichte van zorgaanbieders. Wel kunnen cliënten zich organiseren om gezamenlijk in te kopen. Risicoselectie speelt geen rol in dit modell.

Omdat het modell uitgaat van cliënten die zelf hun zorg inkopen is een cruciale randvoorwaarde in dit modell dat cliënten in staat zijn keuzes te maken. Verder is het belangrijk dat de indicatiestelling goed werkt en dat de PGB-normbedragen op een juiste wijze worden vastgesteld.

### **Lange termijn sturingsmodel per klantgroep**

Vervolgens is de cruciale vraag welk sturingsmodel het meest geschikt is voor welke klantgroep in de AWBZ. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat samenhangende zorgprocessen en onlosmakelijk met zorg verbonden ondersteuning voor de cliënten zoveel mogelijk onder één sturingsmodel worden gebracht. Er is echter altijd sprake van een schot tussen zorg en het gemeentelijke domein, want de gemeente wordt in geen enkele optie verantwoordelijk voor alle zorg (inclusief curatieve zorg) en de verzekeraar wordt evenmin in geen van de modellen verantwoordelijk voor alle ondersteuning (o.a. huishoudelijke zorg, mobiliteit). Daarom moet zorgvuldig per klantgroep in kaart worden gebracht waar het schot het beste kan staan en welke consequenties dit heeft voor de samenhang en continuïteit van zorg en ondersteuning en wat de risico's op afwenteling zijn. De IBO-werkgroep adviseert het kabinet op dit punt het aangekondigde CVZ-onderzoek én de daaraan gekoppelde analyse van oplossingsrichtingen af te wachten.

Gegeven de centrale vraag van het IBO (hoe kan de doelmatigheid worden vergroot) en het feit dat het model van concurrerende private verzekeraars potentieel de sterkste doelmatigheidsprykkels oplevert, is de eerste vraag of dit model voor een van de onderscheiden klantgroepen een serieuze optie vormt.

Dit hangt onder andere af van de vraag of een adequaat risicovereveningsmodel kan worden ontwikkeld. Op basis van eerste inzichten lijkt het mogelijk – hoewel het complexer zal zijn dan de risicoverevening in de Zvw en de nodige tijd zal vergen - om een dergelijk risicovereveningsmodel op te zetten, zodat risicoselectie door verzekeraars wordt voorkomen. Voor de groep ouderen en chronisch zieken is het wellicht mogelijk een model zoals dat nu in de Zvw wordt gehanteerd te ontwikkelen, mogelijk aangevuld met normuitkeringen op basis van de indicatiestelling. Voor mensen met een aangeboren stoornis of een chronische psychiatrische stoornis zal waarschijnlijk sterker dan bij de ouderen en chronische zorg geleund moeten worden op een systeem gebaseerd op normuitkeringen op basis van de indicatiestelling. Of het Zvw-model ook het meest gewenste model is hangt verder af van de specifieke kenmerken van de groep.

### ***Ouderen en chronisch zieken***

Voor ouderen en chronisch zieken geldt dat de samenhang tussen AWBZ-zorg en curatieve zorg relatief groot is. Dit geldt overigens het sterkst voor het merendeel van de chronische zorg. Bovendien is de verwachting dat de samenhang tussen ouderenzorg en curatieve zorg de komende decennia verder zal toenemen waardoor de mogelijkheden om via ketenzorg doelmatigheidswinsten (een betere prijs-kwaliteitverhouding) te realiseren toenemen.

Ouderen en chronisch zieken zijn overwegend goed in staat zelf keuzes te maken zodat het mechanisme van stemmen met de voeten in beginsel zijn werk kan doen. Het model van concurrerende private verzekeraars waarbij de langdurige AWBZ-zorg geïntegreerd kan worden in de Zvw, biedt voor deze groep aldus een goed perspectief. Samenhang en coördinatie van de zorg (ketenzorg) worden hiermee goed geborgd en tegelijkertijd wordt afwenteling tussen curatieve en langdurige zorg zoveel mogelijk tegengegaan. De keerzijde is dat bij een dergelijk model voor deze groep de samenhang met het gemeentelijke domein extra aandacht vergt, met name de samenhang met wonen en de ondersteuning die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt.

Indien niet aan de randvoorwaarden voor het Zvw-model kan worden voldaan, zijn er naar het oordeel van de werkgroep twee terugvalopties: of de uitvoering van de langdurige zorg onderbrengen bij gemeenten of bij een regionale risicodragende zorginkoper. In een gemeentemodel is de samenhang met overige voorzieningen in het gemeentelijke domein beter geregeld. Ook via een regionale zorginkoper is het

makkelijker om afstemming met het gemeentelijke domein te realiseren. In beide gevallen is de samenhang met de Zvw evenwel niet op voorhand goed geregeld en is de mogelijkheid tot stemmen met de voeten min of meer weggenomen.

### ***Mensen met een aangeboren of vroeg verworven stoornis***

Binnen de groep mensen met een aangeboren of vroeg verworven stoornis zijn enkele subgroepen te onderscheiden, waardoor een aantal sturingsmodellen in beeld komen.

Voor mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap is er een relatief sterke samenhang met aanpalende beleidsterreinen (jeugdbeleid, Wsw, onderwijs) in het gemeentelijke domein. Dit geldt met name voor de jonggehandicapten. Daarom is er veel voor te zeggen om voor deze groep de integrale verantwoordelijkheid voor deze beleidsterreinen in een hand te leggen bij de gemeente. Hiermee kan de samenhang tussen de verschillende terreinen worden geborgd en afwenteling worden voorkomen.

Voor volwassenen met een lichte of matige verstandelijke handicap is naast uitvoering door gemeenten ook uitvoering door verzekeraars een optie. Bij deze groep is de relatie met de curatieve zorg groter dan bij jonggehandicapten. Het is echter onduidelijk in hoeverre potentiële doelmatigheidswinsten te realiseren zijn bij een betere afstemming tussen langdurige en curatieve zorg. Daarnaast zijn de doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars bij deze groep waarschijnlijk minder sterk dan bij de groep ouderen en chronisch zieken. Het risicovereveningsmodel zal in mindere mate kunnen worden gebaseerd op 'objectieve' gezondheidskenmerken en zal in grotere mate moeten worden gebaseerd op een normuitkering op basis van de indicatiestelling. Bovendien is voor een deel van de mensen met een aangeboren een verstandelijke handicap stemmen met de voeten een minder vanzelfsprekend mechanisme dan voor de groep ouderen en chronisch zieken. Hier staat tegenover dat verzekeraars gezien de schaal waarop zij opereren een sterkere positie hebben ten opzichte van zorgaanbieders. Naarmate zorgaanbieders een sterkere positie hebben en de samenhang met de curatieve zorg sterker is, wordt uitvoering van de langdurige zorg voor de groep volwassenen met een lichte of matige verstandelijke handicap door verzekeraars meer een alternatief voor uitvoering door gemeenten.

Voor de (beperkte) groep lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zijn er meer overeenkomsten met de kenmerken van chronisch zieken en ouderen. Voor deze groep is aansluiting bij het sturingsmodel voor ouderen en chronisch zieken dan ook een optie. Een alternatief –vanwege de samenhang met aanpalende beleidsterreinen- is uitvoering door gemeenten. Eventueel is net als bij verstandelijk gehandicapten een onderscheid tussen jongeren en volwassenen mogelijk.

Zowel het gemeentemodel als een model met verzekeraars die inkopen op basis van normuitkeringen, kan voor het (beperkte) deel van de groep licht en matig gehandicapten dat in staat is (via zaakwaarnemers of zelf) te kiezen worden gecombineerd met een PGB-model (zorginkoop door de cliënt).

Voor zwaar en complex gehandicapten (ongeacht de leeftijd) die redelijkerwijs op geen enkele manier zelfstandig aan het maatschappelijke leven kunnen deelnemen is een meer centrale zorginkoop door de overheid met prijs- en kwaliteitsregulering aangewezen. Voor deze groep is er slechts een beperkt aantal grote gespecialiseerde zorgaanbieders actief.

### ***Chronisch psychiatrische patiënten***

Voor de groep chronisch psychiatrische patiënten is in beginsel een aantal sturingsmodellen mogelijk. Voor een deel van de groep is de samenhang met het gemeentelijke domein groot; er zijn voor deze groep vaak sterke relaties met de maatschappelijke opvang. Gemeenten zullen vanwege de negatieve externe effecten die deze groep veroorzaakt, een prikkel hebben om voor deze groep adequate zorgvoorzieningen te treffen. Dit wijst op uitvoering door gemeenten als een, vanuit doelmatigheid gezien, kansrijk model. Voor een ander deel van de groep ligt het gemeentemodel minder voor de hand. De groep mensen met een zeer zware psychische stoornis heeft een permanent beschermde woonomgeving nodig. Maatschappelijke participatie is voor deze groep vaak niet aan de orde. Ook de geconcentreerde aanbodstructuur in de intramurale geestelijke gezondheidszorg in ogenschouw nemend, is een meer centrale zorginkoop door de overheid met centrale prijs- en kwaliteitsregulering een goede optie.

Een derde mogelijkheid is uitvoering door zorgverzekeraars. Gegeven de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw is het vanuit de continuïteit van het zorgproces voor de cliënt gunstig wanneer de uitvoering van de langdurige geestelijke gezondheidszorg bij dezelfde partij ligt als de uitvoering van de Zvw, in casu de verzekeraars. Hiermee krijgt de cliënt gedurende het zorgproces niet te maken met een verandering van uitvoerder (systeemovergang). Ook liggen de investeringsprijken voor verzekeraars dan optimaal. Ten slotte geldt dat verzekeraars een stevigere positie hebben ten opzichte van aanbieders dan gemeenten. Anderzijds is stemmen met de voeten voor deze mensen nog minder vanzelfsprekend dan bij mensen met een vroeg verworven of aangeboren stoornis. Evenals bij deze laatste groep zal het risicovereveningsmodel bij uitvoering door verzekeraars in grotere mate moeten worden gebaseerd op een normuitkering op basis van de indicatiestelling. De ontwikkeling van een dergelijk model is voor de groep chronische GGZ-patiënten relatief het moeilijkst.

Bij de uiteindelijke keuze voor een bepaald sturingsmodel voor (onderdelen van) deze groep zullen bovenstaande factoren tegen elkaar afgewogen moeten worden.

### ***Totaalbeeld***

Alles overziend impliceert het toekomstbeeld dat op langere termijn de huidige AWBZ-uitvoeringsstructuur met regionale zorginkopers(zorgkantoren) vervalst. Als aan de genoemde voorwaarden kan worden voldaan, komt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorgvormen die nu nog onder de AWBZ vallen deels te liggen bij de zorgverzekeraars (maar niet voor elke klantgroep in dezelfde uitvoeringsmodaliteit) en deels bij de gemeenten. Voor een beperkt deel kan een aparte centrale regeling (met verzekerde rechten) vanuit de overheid nodig zijn. Dat geldt specifiek voor de zwaar en complex gehandicapten en de zware chronische GGZ-populatie. De exacte afbakening van deze groepen is nog een aandachtspunt. AWBZ-taken die niet gekoppeld zijn aan klantgroepen (prenatale zorg, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinaties) kunnen elders worden ondergebracht, hetzij in de Zvw, hetzij in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

### **Transitiepad, flankerend beleid en korte termijn maatregelen**

Een nieuw sturingsmodel voor (delen van) de AWBZ is niet van vandaag op morgen gerealiseerd. Bij alle modellen is het van belang dat aan een aantal randvoorwaarden is voldaan wil het model de publieke belangen in de zorg adequaat kunnen borgen. Het is wenselijk nu al te werken aan het zoveel mogelijk voldoen aan de randvoorwaarden. Nader onderzoek naar die randvoorwaarden moet het komende kabinet in staat stellen een keuze te maken en de transitie naar een andere sturing in gang te zetten.

Voor alle modellen, maar vooral voor modellen met een sterke doelmatigheidsprikkel, is het wezenlijk dat voldoende kwaliteitsinformatie beschikbaar komt. Dit geldt zowel voor informatie over de geleverde kwaliteit van de zorg van zorgaanbieders als over de prestaties van de uitvoerders (verzekeraars, gemeenten). Het meten en verder zichtbaar maken van kwaliteit verdient volgens de IBO-werkgroep dan ook prioriteit. Hierbij kan worden voortgebouwd op de initiatieven die in het kader van de invoering van de Zvw zijn opgestart (zoals kiesbeter.nl) en in het kader van het kwaliteitsprogramma 'zorg voor beter' zijn opgestart. Dit sluit aan bij de recente brief van het kabinet over de kwaliteit van de zorg. In elk geval is belangrijk dat het reputatiemechanisme hier zijn werk kan doen, zodat zorgaanbieders en verzekeraars die minder presteren kunnen worden afgestraft. Voor gemeenten kan worden voortgebouwd op de waarborgen die in de Wmo worden aangebracht.

Naast voldoende kwaliteitsinformatie is een goed functionerende zorgaanbodmarkt eveneens cruciaal. Het gaat hierbij om voldoende concurrentie tussen zorgaanbieders, lage toetredingsdrempels en voldoende aanbod. Ongeacht het sturingsmodel –met uitzondering van het deel waarvoor een aparte centrale overheidsregeling nodig is– is het van belang om de uitvoerders voldoende countervailing power richting zorgaanbieders te geven. Daarnaast is het van belang dat zorgaanbieders de integrale kosten in rekening brengen van hun zorgdiensten; integrale tarieven dienen –ook voor de intramurale zorg– zo snel mogelijk gerealiseerd te worden. De bekostiging moet doelmatigheid, transparantie, innovatie en externe (klant)gerichtheid bevorderen.

Om de toetredingsdrempels bij het zorgaanbod te slechten en mensen met beperkingen in staat te stellen zelf hun woonsituatie te kiezen beveelt de IBO-werkgroep aan om wonen en zorg financieel te scheiden. Financiële scheiding van wonen en zorg kan extramuralisering stimuleren en kan samen met de invoering van prestatiebekostiging en het afschaffen van de contracteerplicht voor intramurale zorg een sterkere concurrentie tussen zorgaanbieders in de hand werken. Dat zal bijdragen aan meer innovatie, transparantie en externe (klant)gerichtheid.

Verder is een goed functionerende indicatiestelling cruciaal. Hier zijn recentelijk enkele stappen in de goede richting gezet, zoals de centralisering en verdere protocollering en het definiëren van gebruikelijke zorg. Het is essentieel dat de ervaringen met de nieuwe structuur van de indicatiestelling nauwgezet worden gemonitord en dat bezien wordt of verdere maatregelen wenselijk zijn. Eventuele aanvullende stappen zijn mede afhankelijk van het uiteindelijk gekozen sturingsmodel voor de AWBZ. Volgens de werkgroep is een belangrijk aandachtspunt bij de indicatiestelling dat deze enerzijds cliënten voldoende rechtszekerheid moet bieden en anderzijds uitvoerders voldoende ruimte moet bieden om hun zorginkoop doelmatig in te kunnen vullen.

Voor de meeste modellen dient verder onderzoek gedaan te worden naar een soort objectieve 'verdelingssystematiek'. Voor een model met concurrerende private verzekeraars geldt dat onderzocht moet worden of een risicovereveningsmodel kan worden ontwikkeld dat enerzijds voldoende doelmatigheidsprikkels bevat en anderzijds risicoselectie tegengaat. De eerste inschattingen van deskundigen zetten het sein

voorzichtig op groen, maar wijzen er op dat eventueel indicatie-informatie nodig is. Een risicovereveningssysteem zal werkende weg kunnen worden uitgebouwd, waarbij doelmatigheidsprikkels langzaam kunnen toenemen.

Een ander aandachtspunt is de financiële consequenties van overheveling van een fors deel van de langdurige zorg naar de Zvw. Overheveling van een substantieel gedeelte van de AWBZ leidt tot een aantal aandachtspunten op het terrein van lasten voor bedrijven en burgers, de omvang van de zorgtoeslag en de rol van de eigen bijdragen. Ook bij overheveling naar gemeenten is het relevant de financiële consequenties in kaart te brengen.

Voor een gemeentemodel geldt dat de mogelijkheden om tot een objectief verdeelmodel te komen moeten worden nagegaan. Voor zowel de ontwikkeling van een risicovereveningsmodel als voor een objectief verdeelmodel is het nuttig nu al na te gaan welke informatie beschikbaar is of moet komen, en uit te werken hoe een verdeelmodel er uit zou kunnen zien.

Naast het feit dat er gestreefd moet worden naar het zoveel mogelijk voldoen aan de randvoorwaarden is het essentieel dat de ervaringen met zowel de Zvw als de Wmo de komende tijd worden gemonitord en geëvalueerd zodat deze ervaringen mee kunnen worden genomen bij de vormgeving van de sturing op langere termijn.

Ook is het in het kader van het langere termijn perspectief voor de langdurige zorg nodig dat er nader onderzoek plaatsvindt naar potentiële synergievoordelen tussen zowel langdurige als curatieve zorg en het gemeentelijke domein voor met name gehandicapten en de chronische psychiatrische patiënten. Verder moeten de aanspraken scherper worden afgebakend. De huidige afbakening tussen de functies gericht op het gebrek of de aandoening van de cliënt (zorg) en de functies gericht op de effecten van die aandoening (ondersteuning) dient in elk geval verder te worden verhelderd, alvorens wordt overgegaan op de overheveling van bepaalde AWBZ-zorg naar Zvw of Wmo.

Omdat een nieuw sturingsmodel niet op korte termijn is gerealiseerd en daarnaast de huidige zorgkantoren met ingang van dit jaar voor een periode van drie jaar opnieuw zijn aangewezen als uitvoerders van de AWBZ, is het van belang op kortere termijn eveneens meer doelmatigheidsprikkels aan te brengen. Op korte termijn kan in elk geval verder worden gegaan met het vergelijken van de prestaties van zorgkantoren en het zonodig bijsturen daarvan. Afhankelijk van de keuze voor een bepaalde invoeringsdatum van het langere termijn sturingsmodel voor de AWBZ kan worden bezien in welke mate meer verstrekkende maatregelen worden genomen om de huidige uitvoering te verbeteren.





# 1 Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

Hoe kan de doelmatigheid van de AWBZ worden verhoogd? Dat is de vraag die centraal staat in dit rapport. Een brede vraag als deze komt niet uit de lucht vallen. Al zolang als de AWBZ bestaat is er politieke en maatschappelijke discussie over de uitvoering van de AWBZ. Zo ook de afgelopen jaren. Het kabinet heeft in de opdracht voor dit beleidsonderzoek dan ook een relatie gelegd met de toekomst van de zorgkantoren. In de huidige organisatie spelen zorgkantoren een belangrijke rol. Eind 2003 nam de Tweede Kamer de motie Vietsch aan. Deze motie vroeg om opheffing van de zorgkantoren per 2006. Het kabinet heeft in reactie daarop aangegeven dat de zorgkantoren op termijn geen logische constructie zijn, maar dat opheffing per 2006 niet mogelijk is. De zoektocht naar een doelmatige uitvoering van de AWBZ zal dan ook een antwoord moeten opleveren op de vraag wat het beste alternatief is voor de huidige constructie en op welke termijn dat alternatief kan worden gerealiseerd.

## 1.2 Historische context

Voor de centrale vraag van dit rapport is het echter goed om verder terug te gaan: waarom deze discussie nu speelt en waarom doelmatigheid daarin zo'n prominente plaats inneemt wordt duidelijk door de vraag te bezien in de historische context van de langdurige zorg in Nederland.

De AWBZ is een verplichte verzekering voor de gehele bevolking tegen ziektekosten die niet via het ziekenfonds of de particuliere verzekering worden gedekt. De oorsprong van de AWBZ ligt in het begin van de jaren zestig. Toenmalig Minister Veldkamp constateerde destijds dat voor wat betreft de zware geneeskundige zorg de toegankelijkheid niet werd gewaarborgd door de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Omdat het ging om particulier onverzekerbare risico's werd in 1968 de AWBZ ingevoerd als een aparte volksverzekering voor alle Nederlanders. In eerste instantie had de AWBZ vooral betrekking op intramurale voorzieningen. In de jaren zeventig is de AWBZ uitgebreid met onder meer de gezinsvervangende tehuizen en preventie. Daarbij was nog steeds het toegankelijkheidsmotief leidend.

Gaandeweg veranderde dat echter: doelmatigheid en kostenbeheersing werden belangrijker. In het begin van de jaren tachtig vonden verdere uitbreidingen van de AWBZ plaats om de samenhang tussen verschillende zorgvoorzieningen te versterken. De doelmatigheid zou worden gediend door voorzieningen die direct met elkaar samenhangen onder één regime te brengen zodat altijd voor het meest doelmatige middel zou kunnen worden gekozen. Daarnaast begon kostenbeheersing ook een belangrijker rol te spelen: eigen bijdragen werden verhoogd.

In de jaren negentig schoof de focus weg van het versterken van samenhang tussen de compartimenten door het sneuvelen van de basisverzekering, het plan Simons. Uitgavenbeheersing kwam nu sterk centraal te staan door rantsoenering van zorg en aanbodsturing. In de loop der tijd is vervolgens meer aandacht gekomen voor de positie van de cliënt en vraagsturing, aangezien de budgettering uiteindelijk wel leidde tot

kostenbeheersing maar ook de facto rantsoenering voor cliënten betekende. Eind jaren negentig nam de maatschappelijke druk om de rantsoenering van zorg af te schaffen steeds meer toe. Daarnaast werden er gerechtelijke uitspraken gedaan over het recht op zorg dat individuele verzekerden hebben. Dit had tot gevolg dat de rantsoenering werd verminderd en de uitgavenbeheersing de facto van de baan was, waardoor uitgaven en kosten vervolgens ook sterk stegen. Tegelijkertijd steeg bij de bevolking de overtuiging dat de kwaliteit die daarvoor verkregen werd niet in overeenstemming was met die gestegen kosten. Vooral in de ouderenzorg ontstaat een grote discrepantie tussen wat wordt gewenst en verwacht en wat wordt geboden. Die spanning zal door de vergrijzing van de babyboomers alleen maar toenemen.

De relevantie van deze historische context is groot voor dit rapport: er blijkt duidelijk uit dat in eerste instantie de toegankelijkheid van langdurige zorg het leidmotief is geweest bij het invoeren en vervolgens uitbreiden van de AWBZ. Daarna heeft de nadruk afwisselend gelegen op samenhang, kostenbeheersing en vervolgens weer op toegankelijkheid. Dat nu doelmatigheid (de prijs/kwaliteitsverhouding) als belangrijk wordt gezien is gezien de recente ontwikkelingen logisch. Het blijkt dat niet alle doelen tegelijkertijd kunnen worden gerealiseerd: sterke nadruk op één doel gaat vaak ten koste van andere doelen. Het gaat om het aanbrengen van een nieuwe balans tussen de publieke belangen, waarbij ook een nieuw evenwicht moet worden gevonden tussen de verantwoordelijkheid van de burger en verantwoordelijkheid van de overheid. In de analyse in de volgende hoofdstukken wordt dan ook niet louter gekeken naar doelmatigheid, maar eveneens naar de gevolgen voor met name toegankelijkheid. Waar daar aanleiding toe is, zal ingegaan worden op het vraagstuk van de verdeling van private en publieke verantwoordelijkheid.

### **1.3 Opzet van het rapport en leeswijzer**

De hoofdstukken 2 en 3 van het rapport hebben een meer inleidend karakter en starten met een beschrijving van de huidige situatie. Allereerst zullen in hoofdstuk 2 kort de publieke belangen in de zorg worden weergegeven. Vervolgens komen in hoofdstuk 2 de aanspraken en de organisatie van de AWBZ aan bod, alsmede externe ontwikkelingen die op dit moment of de komende decennia de vraag naar langdurige zorg beïnvloeden. In hoofdstuk 3 staat de probleemanalyse van de AWBZ centraal: Welke problemen kunnen zich voordoen bij het borgen van de publieke belangen in de langdurige zorg en in hoeverre doen deze problemen zich in de huidige AWBZ daadwerkelijk voor?

In de rest van het rapport staat centraal hoe we in de toekomst de langdurige zorg in Nederland moeten borgen. De primaire invalshoek die dit rapport hierbij kiest is de zorgvraag van verschillende cliëntgroepen in de AWBZ. Hoofdstuk 4 analyseert hiertoe welke verschillende klantgroepen in de AWBZ kunnen worden onderscheiden en welke behoefte zij hebben aan langdurige zorgverlening. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 nagegaan wat denkbare sturingsmodellen zijn om een regeling voor langdurige zorg te organiseren. In hoofdstuk 6 worden beide invalshoeken gecombineerd: eerst wordt nagegaan of de rechten op langdurige zorg zoals nu vormgegeven optimaal zijn. Vervolgens wordt per klantgroep bezien wat gezien de kenmerken van deze groep het beste sturingsmodel is. Afgesloten wordt met een beschrijving van noodzakelijk flankerend beleid. Hoofdstuk 7 ten slotte beschrijft wat concreet aan te bevelen beleidsmaatregelen zijn en wat de te nemen stappen zijn op weg naar een nieuwe organisatie voor langdurige zorg.

## 2 De AWBZ: doelen, organisatie en toekomstige vraag

### 2.1 Inleiding

Hoe kan de doelmatigheid van de AWBZ worden verbeterd? Dat is de centrale vraagstelling van het interdepartementale beleidsonderzoek. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk dat we de AWBZ eerst beter leren kennen. Dit hoofdstuk gaat eerst in op de vraag wat de publieke belangen in de zorg zijn, ofwel: wat willen we bereiken? Dit wordt geconcretiseerd door kort weer te geven wat de aanspraken zijn waarop de Nederlanders krachtens de AWBZ recht hebben en waar de belangrijkste raakvlakken liggen met andere terreinen. Vervolgens staan we stil bij hoe de AWBZ op dit moment is georganiseerd, ofwel: wat doen we daarvoor? Tot slot gaat dit hoofdstuk in op externe factoren die de AWBZ-vraag in de toekomst zullen beïnvloeden.

### 2.2 Publieke belangen in de zorg

De WRR heeft enkele jaren geleden de term 'publieke belangen' geïntroduceerd. Met deze term worden zaken aangeduid die belangrijk zijn voor de samenleving maar die zonder overheid niet goed tot hun recht komen. VWS onderscheidt drie publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.<sup>3</sup>

#### Kwaliteit

Kwaliteit van zorg is een onderdeel van kwaliteit van leven en behelst relationele, professionele, organisatorische en omgevingsaspecten. Niet alleen hebben cliënten behoefte aan goede bejegening, goede behandeling, vernieuwende hulpmiddelen, verzorging en verpleging naar de laatste stand van de wetenschap, verleend door professionals die daarvoor adequaat geschoold zijn, vaak hebben zij (ook) behoefte aan goed gestroomlijnde zorg van verschillende aanbieders en/of professionals. Goede samenwerking op het terrein van de zorg voor cliënten in de breedste zin van het woord maakt dat cliënten deze zorg kwalitatief hoog waarderen.<sup>4</sup> In het verlengde hiervan worden bij kwaliteit wel de dimensies veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, 'tijdigheid en op elkaar afgestemd' onderscheiden.<sup>5</sup>

Borging van het publieke belang kwaliteit houdt in dat de zorgverlening moet voldoen aan een bepaald minimumniveau van kwaliteit, ook wel verantwoorde zorg genoemd. Een minimumkwaliteitsniveau wordt niet zonder meer gegarandeerd door de markt. De (minimum)kwaliteit van zorg wordt door de overheid in ieder geval geborgd door de Wet

---

<sup>3</sup> De beschrijving van de publieke belangen is in belangrijke mate ontleend aan twee Ocfeb-rapporten, te weten *Zorgvuldig dereguleren, een analysekader voor de curatieve zorg* van Aalbers, Dijkgraaf, van der Geest, Schut en Varkevisser en *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen, de deelmarkt voor reguliere klinische zorg* van Varkevisser, van der Geest en Schut. Daarnaast is gebruik gemaakt van de CPB-studie *Zorg voor concurrentie*.

<sup>4</sup> Ministerie van VWS, *Zorg voor beter*, januari 2005.

<sup>5</sup> Committee on Quality of Health Care in America, zoals aangehaald in *Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ, CVZ*, november 2004.

op de Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze wet reguleert de mogelijkheid om medische handelingen te verrichten. Alleen zorgverleners die in het register van deze Wet geregistreerd staan mogen dergelijke handelingen verrichten. Daarnaast houdt de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg, onder meer op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uitgangspunt van die wet is dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die zij leveren. Idealiter ontwikkelen aanbieders samen met andere veldpartijen (beroepsbeoefenaren, verzekeraars en patiënten/consumenten) normen voor verantwoorde zorg, waaraan individuele aanbieders vervolgens door de IGZ worden getoetst.<sup>6</sup>

### **Toegankelijkheid**

In Nederland wordt veel waarde gehecht aan de toegankelijkheid van zorg. Er zijn drie relevante aspecten van toegankelijkheid te onderscheiden: voldoende bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg (fysieke toegankelijkheid) en (een zekere mate van) financiële toegankelijkheid. Bereikbaarheid heeft betrekking op een bepaalde mate van geografische spreiding van het zorgaanbod. Beschikbaarheid betreft een acceptabele toegangstijd. Dit laatste aspect lijkt wellicht meer relevant voor de curatieve zorg dan voor de AWBZ (een groter deel van de zorgverlening in de curatieve zorg is immers spoedeisend van karakter), maar er zijn ook AWBZ-zorgvormen met een spoedeisend karakter (bijv. met de leveringsvoorwaarden op afspraak afroepbaar, voortdurend in de nabijheid), en ook voor niet-spoedeisende zorgvraag zijn er grenzen aan de wachttijden die burgers en professionals acceptabel en verantwoord vinden (denk hierbij aan zorg op afspraak gepland of aan de wachttijd na behandeling van een herseninfarct (CVA) op een opname voor intensieve revalidatie in een verpleeghuis). De beschikbaarheid van AWBZ-zorg in het algemeen heeft volgens de publieke opinie in het verleden te wensen overgelaten.

Daarnaast speelt financiële toegankelijkheid een rol, waarbij weer onderscheid kan worden gemaakt tussen risicosolidariteit en inkomenssolidariteit.<sup>7</sup> Bij risicosolidariteit gaat het om solidariteit tussen goede en slechte risico's, waarbij de goede risico's een deel van de kosten van de slechte risico's op zich nemen. Hierbij kan het relevant zijn in welke mate het risico door gedragsaanpassingen of besparingen door het individu kan worden opgevangen. Zo zijn kosten die samenhangen met ouderdom gemiddeld genomen beter individueel op te vangen dan kosten als gevolg van een aangeboren handicap. Bij inkomenssolidariteit gaat het natuurlijk om het garanderen van een bepaalde mate van toegankelijkheid voor mensen met weinig financiële draagkracht.

### **Betaalbaarheid**

Bij betaalbaarheid wordt meestal onderscheid gemaakt tussen macro-betaalbaarheid en micro-betaalbaarheid. Macro-betaalbaarheid heeft betrekking op de houdbaarheid van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Micro-betaalbaarheid heeft betrekking op het al dan niet doelmatig werken van zorgmarkten. Er kunnen drie vormen van doelmatigheid worden onderscheiden, technische doelmatigheid, allocatieve doelmatigheid en dynamische doelmatigheid. Technische doelmatigheid wordt bereikt indien productiemiddelen zo worden ingezet dat de productie maximaal is. Er is sprake van allocatieve doelmatigheid als het zorgaanbod (prijs/kwaliteit) aansluit bij de zorgvraag.

---

<sup>6</sup> Voor een beschrijving van de belangrijkste wet- en regelgeving waarmee de kwaliteit van de (langdurige) zorg wordt gewaarborgd, zie de bijlage bij de Brief van de staatssecretaris over verpleeghuizen, Kamerstukken II, 2004-2005, 29 800 XVI nr. 120, 10 februari 2005.

<sup>7</sup> Zie voor een uitgebreidere beschouwing over dit thema: RVZ, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2005.

Van dynamische doelmatigheid is sprake indien ook op lange termijn de markt doelmatig is. Het gaat dan om de vraag of innovaties voldoende tot stand komen en voldoende worden geïmplementeerd.

### **2.3 De huidige situatie: de aanspraken**

Hoe worden deze publieke belangen ten aanzien van langdurige zorg nu precies geborgd? Sinds 1968 hebben we daar de publieke verzekering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor. De bedoeling ervan was om de hele bevolking te verzekeren voor de kosten van langdurige en zware ziektegevallen. Daarbij was het oog vooral gericht op die risico's die via de toenmalige ziektekostenverzekeringen (ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering) niet verzekeraar waren. Tot dan toe werden deze kosten (geheel of gedeeltelijk) gedragen door de bijstand.

De verzekerde zorg betrof in eerste instantie zorg aangeboden door verpleeghuizen en door intramurale instellingen voor gehandicaptenzorg. De financiering via de AWBZ gaf verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen de mogelijkheid om zowel de kwaliteit als de capaciteit fors te verhogen. De ontwikkeling van de extramurale zorg bleef daarbij achter omdat de financiering daarvan nog zeer versnipperd was. Dit leidde tot onnodige opnamen in dure intramurale instellingen. Begin jaren tachtig ontstond hiervoor meer aandacht.<sup>8</sup> Deze jaren stonden in het teken van kostenbeheersing, substitutie en samenhang. Er kwam aanbodregulering met de daarbij horende budgettering. Daarnaast moest de dure intramurale zorg zoveel mogelijk 'gesubstitueerd' worden door goedkopere extramurale zorg. Mede uit dit oogpunt werd in de loop van de tijd ook de extramurale zorg onder de (gebudgetteerde) AWBZ gebracht. In de jaren tachtig is het pakket uitgebreid met onder andere de thuiszorg, waaronder het kruiswerk en de gezinsverzorging, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de totale intramurale psychiatrische zorg en in de jaren negentig met de hele sector verzorgingshuizen.

Het recht op langdurige zorg, de AWBZ-aanspraken, is sinds 2003 geformuleerd in zeven AWBZ-brede functies in plaats van de hierboven genoemde traditionele aanbodtermen. De zeven functies zijn:

- Behandeling;
- Activerende begeleiding;
- Ondersteunende begeleiding;
- Verpleging;
- Persoonlijke verzorging;
- Huishoudelijke verzorging;
- Verblijf.

De zeven functies worden nader toegelicht in bijlage 3. De aanspraken zijn gekoppeld aan grondslagen. Deze zijn, afhankelijk van de functie: een somatische, psychogeriatrische, of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gedrags- of psychische problematiek of een psychosociaal probleem.

---

<sup>8</sup> Welschen, *Ouderenzorg met toekomst*, mei 1994. In dit rapport werden aanbevelingen gedaan om te komen tot één wetgeving op het gebied van zorg en verpleging (opheffen WBO, moderniseren AWBZ).

In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ<sup>9</sup> worden die functies in drie groepen ingedeeld:

- de woonfunctie (functie verblijf);
- functies gericht op het gebrek of de aandoening van de cliënt. Het gaat om behandeling, activerende begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging;<sup>10</sup>
- functies gericht op de effecten van de aandoening of stoornis. Hierbij gaat het om ondersteunende begeleiding en om de functie huishoudelijke verzorging die binnenkort in de Wmo wordt ondergebracht.

Naast de zeven functiegerichte aanspraken maken ook de volgende aanspraken deel uit van het verzekerd pakket:

- Tijdelijk gebruik van een verpleegartikel;
- Zorg door een doventolk bij het voeren van een gesprek in de leefsituatie;<sup>11</sup>
- Ziekenhuiszorg na een termijn van 365 dagen;
- Revalidatiezorg na een termijn van 365 dagen;
- Prenatale zorg;
- Onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
- Vaccinaties.

In termen van budgetten is de circa 20,5 miljard euro die gemoeid is met de huidige AWBZ grofweg als volgt opgebouwd:<sup>12</sup>

- 4,7 miljard euro voor verpleeghuizen (artikel 27);
- 3,6 miljard euro voor verzorgingshuizen (artikel 27);
- 2,8 miljard euro voor thuiszorg (artikel 27, voornamelijk voor ouderen);
- 0,1 miljard euro voor overige subsidies verpleging en verzorging;
- 4,8 miljard euro voor gehandicaptenzorg (artikel 26, waarvan 4,6 miljard euro ten behoeve van verstandelijk gehandicapten);<sup>13</sup>
- 3,7 miljard euro voor GGZ (artikel 24);
- 0,8 miljard euro PGB's nieuwe stijl (artikel 25).

Op dit moment zijn er plannen om delen van de AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met de zogenaamde overheveling van de geneeskundige GGZ gaat 2,5 miljard euro van de AWBZ naar de Zvw<sup>14</sup> en bij aanvaarding van het wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat in deze kabinetsperiode ongeveer 1 miljard euro van de huidige AWBZ-middelen (huishoudelijke verzorging) over. Dit laatste bedrag kan oplopen tot circa 1,6 miljard euro als op termijn (conform de zogenaamde contourenbrief<sup>15</sup>) ook een aantal premiesubsidies en delen van de AWBZ-

<sup>9</sup> Besluit Zorgaanspraken AWBZ, Staatsblad 2002, nr. 527.

<sup>10</sup> In het advies toekomst van de AWBZ stelt het CVZ dat er een grote verwevenheid is tussen de functies verpleging en persoonlijke verzorging en dat daarom persoonlijke verzorging tot 'de zorg' en niet tot de ondersteuning moet worden gerekend (ook al betreft persoonlijke verzorging geen voorbehouden handelingen op grond van de Wet BIG).

<sup>11</sup> Staatscourant 2005, nr. 229, Wijziging regeling zorgaanspraken, en Staatsblad 2005, nr. 690, Wijziging Besluit Zorgaanspraken.

<sup>12</sup> Ministerie van VWS, *Rijksjaarakverslag VWS 2004*. Cijfers voorlopige realisatie 2004, artikel 26 gecorrigeerd voor 1,1 miljard euro hulpmiddelen uit Zfw/particulier.

<sup>13</sup> Prismant, *Brancherapport care 2000-2003*, in opdracht van het Ministerie van VWS, Utrecht, 2003.

<sup>14</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris over begrip 'op genezing gerichte zorg'*, Kamerstukken II, 2003-2004 23 619 en 26 613 nr. 19, 21 november 2003.

<sup>15</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris over o.a. invoering van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Op weg naar een stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, Kamerstukken II, 2003-2004, 29 538, nr. 1, 23 april 2004.

functies ondersteunende en activerende begeleiding overgaan naar de Wmo. Er lopen op dit moment pilots die meer zicht moeten geven op de mogelijkheden van een dergelijke verdere overheveling vanuit de AWBZ naar de Wmo.

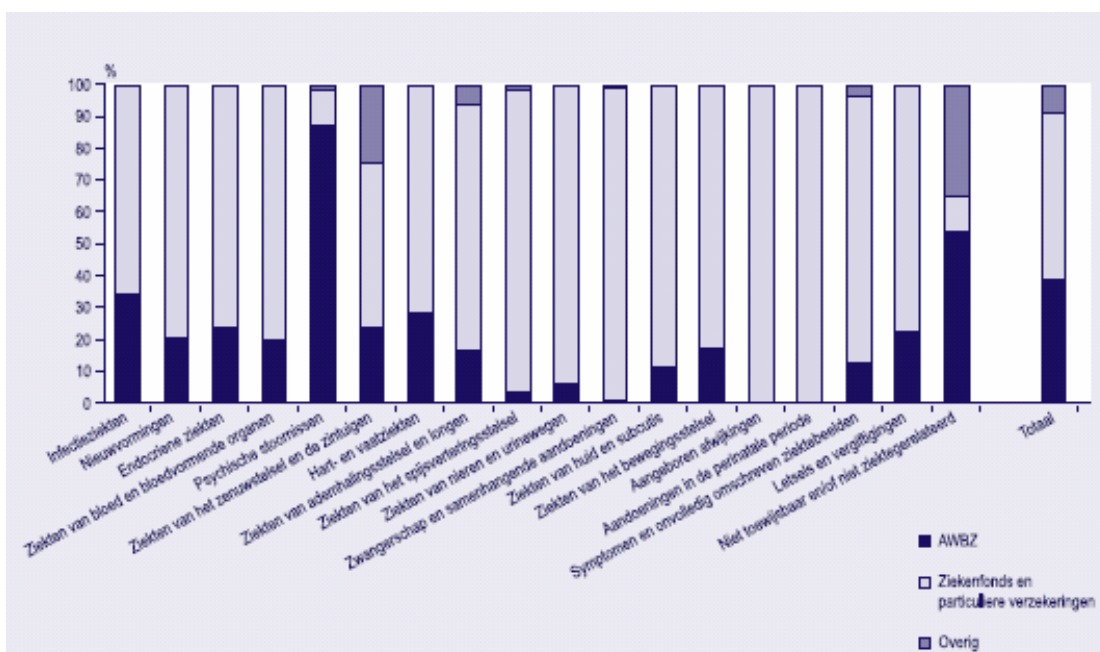
Er is in principe alleen aanspraak op de AWBZ voor zover er geen sprake is van een voorliggende voorziening d.w.z. een andere regeling die geacht wordt die voorziening te bekostigen. Hieruit blijkt impliciet dat de AWBZ-zorg relaties heeft met aangrenzende terreinen. En die relaties zijn ingewikkeld, waardoor niet altijd duidelijk is wat onder welke regeling valt. In de Zvw wordt bijvoorbeeld bij samenloop van beide wetten voorrang gegeven aan de AWBZ. Ook in de Welzijnswet wordt voorrang gegeven aan de AWBZ voor verslavingsbeleid en welzijn ouderen.

### Kosten van ziekten<sup>16</sup>

Een andere manier om een beeld te krijgen van de inhoud van de AWBZ en de publieke belangen die geborgd worden, is de invalshoek van de kosten van ziekten.

Van de kosten van de 20 duurste ziekten op basis van gemiddelde kosten per ziektegeval in enig jaar wordt 73 procent gedragen door de AWBZ, zoals blijkt uit de tabel 2.1 hieronder.<sup>17</sup> Dit aandeel wordt voornamelijk bepaald door de twee duurste diagnosegroepen dementie en verstandelijke handicap. Het aandeel van de AWBZ in de kosten van de overige 18 diagnosegroepen is 37 procent (niet in tabel); voor die diagnosegroepen wordt de risicosolidariteit tot stand gebracht via de Zorgverzekeringswet. De kostenverdeling tussen Zvw en AWBZ per diagnosegroep is een indicator van de samenhang tussen care en cure. Die samenhang wordt nader geïllustreerd door figuur 2.1 hieronder.

**Figuur 2.1 Verdeling van de zorguitgaven in 1999 naar financieringsvorm, per ziektegroep**



<sup>16</sup> Kommer e.a., *Risicosolidariteit en zorgkosten*, achtergrondstudie bij RVZ-advies *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, RIVM, 2005.

<sup>17</sup> Gekeken is naar de kosten voor de gezondheidszorg. Kosten in termen van arbeidsongeschiktheid of verminderde verdien capaciteit zijn niet meegenomen.

**Tabel 2.1 De 20 duurste diagnosegroepen op basis van kosten per ziektegeval 1999**

Diagnosegroep	Totale kosten (mln. euro)	Aandeel in totale uitgaven (%)	Aandeel AWBZ (%)	Aandeel 2 <sup>e</sup> compartiment (%)	Kosten per ziektegeval (euro)
Dementie	1.760	4,9	98	2	30.614
Verstandelijke handicap	2.780	7,7	100	0	27.245
Slokdarmkanker	23	0,1	4	96	22.411
Chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been	79	0,2	17	83	19.404
Schizofrenie	380	1,1	85	15	13.982
Hersenvliesontsteking	27	0,1	58	42	13.047
Beroerte	1.029	2,9	60	40	7.946
HIV/AIDS	15	0	20	79	7.211
Vroeggeboorten	104	0,3	0	100	7.014
Multiple sclerose	78	0,2	54	46	5.805
Inflammatoire darmziekten	64	0,2	0	100	5.790
Longkanker	104	0,3	0	100	5.244
Sepsis	43	0,1	59	41	4.404
Ziekte van Parkinson	137	0,4	69	31	4.208
Zwangerschap, bevalling en kraambed	796	2,2	1	99	4.028
Maagkanker	33	0,1	9	91	3.743
Non-Hodgkin lymfomen	39	0,1	7	93	3.495
Zweren van maag en twaalf vingerige darm	62	0,2	17	83	3.223
Angststoornissen	180	0,5	34	64	2.729
Dikke darm- en endeldarmkanker	124	0,3	9	91	2.194
Subtotaal	7.857	21,8	73	27	
Totaal gezondheidszorg	36.033		39	52	

In 1999 was van de AWBZ-uitgaven zo'n 3,5 miljard euro niet gerelateerd aan specifieke ziekten of aandoeningen. De helft hiervan, ongeveer 1,7 miljard euro, werd uitgegeven aan woonlasten in verzorgingshuizen. In hetzelfde jaar werd 762 miljoen euro aan eigen bijdragen geïnd.

## 2.4 Grensvlakken tussen AWBZ en andere terreinen

De aanspraken van de AWBZ hangen duidelijk samen met andere private en publieke activiteiten. De belangrijkste terreinen zijn de curatieve zorg (Zvw, privaat domein), onderwijs voor jongeren met langdurige zorgbehoefte, welzijn en wonen voor wat betreft langdurig verblijf.

De AWBZ en de curatieve zorg hebben duidelijk met elkaar te maken. Met name in de sfeer van de functies behandeling en activerende begeleiding is er overlap tussen eerste en tweede compartiment.<sup>18</sup> Ook uit de hiervoor opgenomen tabel blijkt die samenhang:

<sup>18</sup> CVZ, *Functiegerichte aanspraken, een gids voor uitleg in de praktijk*, november 2003.



de kosten van bepaalde ziekten/diagnosegroepen komen deels ten laste van de AWBZ, deels ten laste van de Zorgverzekeringswet. Een bijzonder raakvlak zijn de revalidatietrajecten na ziekenhuisopname (bijvoorbeeld na een CVA) die enerzijds door verpleeghuizen (AWBZ) worden aangeboden en anderzijds door revalidatiecentra (Zvw).<sup>19</sup> Algemeen geldt dat wat gebruikelijk in het tweede compartiment wordt geleverd (huisartsenzorg, medisch-specialistische en paramedische zorg) geen AWBZ-aanspraak is.

Verder is het onderscheid tussen AWBZ-zorg en welzijn niet altijd scherp. In het verleden zijn welzijnsachtige voorzieningen deel uit gaan maken van het verzekerd pakket. Zo is in een intramurale setting van een verzorgingshuis veelal sprake van een integraal AWBZ-aanbod van zorg, huishoudelijke verzorging, ontspanning, maaltijdsdienst, klussendienst, alarmering of ouderenadvisering. In de thuissituatie is dat niet het geval, welzijnsvoorzieningen vallen hier onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Andere zaken worden tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger gerekend.

De raakvlakken blijken eveneens uit de verhoudingen tussen de Welzijnswet en de AWBZ. Dit geldt vooral voor de sectoren ouderenzorg en ambulante verslavingszorg waarbij in de Welzijnswet is bepaald dat de AWBZ voorrang heeft voorzover er sprake is van AWBZ-aanspraken. Als er geen aanspraak bestaat op AWBZ-zorg, hetzij omdat er geen grondslag is, hetzij omdat de zorg niet onder één van de aanspraken valt, moet de gemeente voorzien in de aanwezigheid van de voorziening.

Voor jonggehandicapten zijn er duidelijke raakvlakken tussen AWBZ, jeugd-GGZ (nu nog AWBZ; per 2007 Zvw), jeugdbeleid, onderwijs en revalidatiezorg (onderdeel Zvw). Met name activerende en ondersteunende begeleiding hebben overeenkomsten met onderwijsactiviteiten. In eerste instantie worden dan onderwijsbudgetten aangesproken. Wel kan er tijdens schooltijd sprake zijn van persoonlijke verzorging of verpleging. In mei 2004 heeft het kabinet een richtlijn 'afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' vastgesteld. Voor kinderen met ernstige en meervoudige problematiek biedt de richtlijn mogelijkheden om naast de inzet vanuit onderwijs specifieke zorgdeskundigheid in te zetten vanuit de AWBZ.<sup>20</sup>

Door de uitbreiding van mogelijkheden in het reguliere onderwijs voor kinderen met een handicap en met een hoog cognitief niveau, laten mytylscholen<sup>21</sup> steeds meer lichamelijk gehandicapte kinderen met een laag cognitief niveau toe. Een deel van de taken van de revalidatiearts verschuift hiermee naar de zorg voor kinderen met een meervoudige handicap. Ook de vraag naar Kinderdagcentra neemt af. De zorg en opvang in die centra raakt aan de revalidatiecentra omdat in het (AWBZ-)budget voor deze centra ook een

---

<sup>19</sup> Kerncijfers revalidatiecentra: -37.000 poliklinische patiënten (eerste consulten), waaronder ruim 7000 kinderen en jongeren; - 7000 klinische patiënten, inclusief 500 kinderen en jongeren; - 90 procent van de revalidatiezorg aan kinderen en jongeren vindt poliklinisch plaats; - 80 procent van de revalidatiezorg aan volwassenen vindt poliklinisch plaats;- grootste patiëntengroep in de poliklinische zorg bij kinderen en jongeren bestaat uit 'infantiele encephalopathie' (39 procent) gevolgd door 'overige neurologische aandoeningen' (10 procent); - grootste patiëntengroep in de poliklinische zorg bij volwassenen bestaat uit 'orthopedische aandoeningen' (22 procent) gevolgd door 'neurologische aandoeningen' (36 procent) waaronder 'hersensletsel' (10 procent); - het wettelijke budget aanvaardbare kosten in de revalidatie in 2003 was 350 miljoen euro in de branche werken 7500 mensen.

<sup>20</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met antwoord op vragen over brief 'afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' en werkinstructie voor indicatiestellers AWBZ*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 94, 27 mei 2004.

<sup>21</sup> School voor lichamelijk gebrekkige kinderen.

component voor (beperkte) behandeling zit. In tegenstelling tot de ouderenzorg is hier de functie behandeling in de AWBZ dus gekoppeld aan (24-uurs-)verblijf.

Voor chronische GGZ-gebruikers en gehandicapten zijn er voorts raakvlakken met arbeid. Arbeidsgehandicapten die vanwege de aard en de ernst van de handicap niet in staat zijn om op de reguliere arbeidsmarkt te participeren, ook niet met inzet van reïntegratie-instrumenten, maar die wel willen werken, kunnen een beroep doen op de Wet sociale werkvoorziening (Wsw). Het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) voert de indicatiestelling voor de Wsw uit. Is het CWI van oordeel dat iemand ook niet in staat is tot het verrichten van arbeid in de Wsw, dan vindt doorgeleiding naar het CIZ plaats voor de indicatiestelling voor dagbesteding. De Wsw wordt beschouwd als een voorliggende voorziening op de dagbesteding in de AWBZ.<sup>22</sup>

De AWBZ heeft verder diverse raakvlakken met het wonen. In de eerste plaats omdat bij een deel van de AWBZ-zorg de zorgverlening aan huis plaatsvindt. Vanwege het vaak dagelijkse of wekelijkse karakter komt de zorgaanbieder naar de klant in plaats van andersom. 24-uurszorg of zorg in de nabijheid kan met het oog op een efficiënte inzet van personeel niet overal geleverd worden: vaak is verhuizing of eigen betaling<sup>23</sup> noodzakelijk. Als mensen vanwege hun zorgbehoefte verhuisd zijn, is het belangrijk dat zij bij ontevredenheid over de zorgverlening niet genoodzaakt zijn om opnieuw te verhuizen (naar een andere instelling). Om die reden wordt in het beleid van VWS niet alleen gestuurd op keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders, maar bijvoorbeeld ook op medezeggenschap voor cliëntenraden bij het beleid van instellingen (waarbij parallellen te trekken zijn met de rol van een ondernemingsraad). Verder zijn in wet- en regelgeving waarborgen ingebouwd dat een verzekeraar een zorgvrager niet zonder meer kan dwingen van zorgverlener te veranderen (als de verzekeraar besluit een aanbieder niet meer te contracteren). Een belangrijke notie is in dit verband dat zorgvragers het vaak van groter belang vinden om bij ontevredenheid over de zorgverlening, van zorgverlener te kunnen veranderen dan om over te kunnen stappen naar een andere instelling.

Een bijzonder raakvlak met wonen is dat langdurig verblijf in een instelling of AWBZ-gefinancierde beschermde woonvorm een alternatief is voor 'normaal' wonen. Waar mensen die thuis zorg ontvangen in beginsel zelf de woonlasten betalen (eventueel met behulp van huursubsidie etc.), maken deze lasten bij verblijf in een instelling onderdeel uit van het totale zorgpakket. Daarmee heeft de AWBZ raakvlakken met de overheidsregelgeving ten aanzien van wonen zoals huursubsidie.<sup>24</sup>

Tot slot is er een duidelijke relatie tussen de AWBZ en de privé-sfeer. Lang niet alle zorg die mensen gebruiken wordt verleend via de AWBZ door professionele zorgaanbieders. Een belangrijk deel van de zorg wordt namelijk door huisgenoten en mantelzorgers gegeven. De AWBZ gaat er vanuit dat de huisgenoten van zorgvragers ook een deel van de zorgvraag kunnen opvangen. Dit noemt men 'gebruikelijke zorg'. Daarnaast bieden mensen mantelzorg: zorg die in zwaarte, duur of intensiteit de gebruikelijke zorg aanmerkelijk overschrijdt. De hoeveelheid zorg die zo wordt geleverd is substantieel: uit onderzoek van het SCP<sup>25</sup> blijkt dat in 2001 circa 3,7 miljoen mensen enigerlei hulp aan

---

<sup>22</sup> Besluit uitvoering sociale werkvoorziening en begeleid werken, Staatsblad 2004, nr. 491.

<sup>23</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met uiteenzetting van het beleid inzake de omslagpunten in de AWBZ*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631, nr. 134, 13 april 2005.

<sup>24</sup> CVZ, *Onderzoek kleinschalige PGB-gefinancierde wooninitiatieven*, onderzoeksvoorstel, november 2005.

<sup>25</sup> SCP, *Mantelzorg, over de hulp van en aan mantelzorgers*, maart 2003.

een hulpbehoevende, verwant, vriend of buur verleenden. Hiervan verlenen ruim één miljoen mensen meer dan acht uur zorg per week gedurende langer dan acht maanden. De verleende zorg ligt vooral op het vlak van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en begeleiding.

## 2.5 De organisatie van de AWBZ

Verschillende organisaties zijn betrokken bij de uitvoering van de AWBZ. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt vast of iemand op basis van de aanspraken recht heeft op AWBZ-gefinancierde zorg. Vervolgens kopen op basis van de indicatiestelling zorgkantoren of individuele klanten zorg in bij zorgaanbieders. Hieronder wordt de organisatie van de AWBZ nader toegelicht.

### Indicatiestelling

Als iemand een beroep wil doen op de AWBZ stelt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)<sup>26</sup> vooraf vast of een verzekerde op AWBZ-zorg is aangewezen. Het CIZ inventariseert de zorgbehoefte van de verzekerde en stelt inhoud en omvang van de aanspraak van de verzekerde vast.

De indicatiestelling is in de jaren negentig op de politieke agenda gekomen om de toegang tot de zorg los te koppelen van de feitelijke zorg die aanbieders leveren.<sup>27</sup> De indicatiestelling moest onafhankelijk (los van belanghebbenden), objectief (uniform) en integraal (voor de gehele AWBZ en in samenhang met zorg-wonen-WVG-welzijn) zijn; ook moest de indicatiestelling helpen voorkomen dat cliënten met verschillende toegangsloten te maken hadden (streven naar één loket). Ten slotte moest ze het leveren van zorg op maat mogelijk maken en voorkomen dat alleen het aanbod aan zorg bepaalde wat mensen konden krijgen. De afgegeven indicaties werden een besluit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht om de positie van de cliënt te verstevigen door de mogelijkheid van bezwaar en beroep.

Voor het realiseren van deze onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling zijn in 1997 circa 80 Regionale Indicatie Organen (RIO's) gevormd. Die bundelden de indicatiestelling voor de verzorgingshuizen (van oudsher een taak van de gemeenten), de verpleeghuizen (vanaf 1989 opgedragen aan de gemeenten) en de thuiszorg (vanaf 1997). De gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg volgden respectievelijk op 1 januari 2002 en 1 april 2003 in het kader van het weghalen van 'schotten' met de modernisering van de AWBZ. Sinds die tijd geven het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg voor de gehandicaptenzorg en de commissies langdurig zorgafhankelijken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) indicaties af onder verantwoordelijkheid van de RIO's. In 2004 is vervolgens gewerkt aan het integreren van de indicatiestelling voor de sectoren verzorging en verpleging en de gehandicaptenzorg. De indicatiecommissies in de GGZ zijn van meet af aan regionaal opgezet en vanaf 2004 in een aantal regio's al opgegaan in de RIO's.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Sinds 1 januari 2005 is het CIZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de AWBZ. Tot die tijd was deze verantwoordelijkheid ondergebracht bij Regionale Indicatieorganen (RIO's) en het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG). Reden voor de centralisatie was dat de indicatiestelling doelmatiger en uniformer kan. Tevens kan de AWBZ door deze ingreep beter worden beheerd.

<sup>27</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met plan van aanpak indicatiestelling*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 72, 13 februari 2004.

<sup>28</sup> De overheveling van belangrijke delen van de GGZ naar de standaardverzekering curatieve zorg zal ook voor de indicatiestelling gevolgen hebben: nu indiceert het CIZ nog voor langdurige ambulante en intramurale zorg, maar na de genoemde overheveling zal het CIZ alleen de langdurige zorg met verblijf indiceren. Voor alle ambulante GGZ en het eerste jaar intramurale zorg draagt de huisarts zorg voor verwijzing. Indien de huisarts

Het per 1 april 2003 in het Besluit Zorgaanspraken wijzigen van de zorgaanspraken in 'functies' betekent dat de schotten nu weg zijn binnen de AWBZ. De indicaties worden vanaf die datum afgegeven in functies (de zorgaanspraak) en klassen (de omvang van de geïndiceerde zorg).

In haar standpunt van 7 november 2004 over het advies van het College implementatie indicatiebeleid heeft de staatssecretaris van VWS aangegeven dat de indicatiestelling voor AWBZ-aanspraken centraal geregeld moet worden. Dit werd nodig geacht voor het bereiken van kwaliteit, uniformiteit, doelmatigheid en efficiënte bedrijfsvoering. Het onderbrengen van de huidige indicatieorganen in één landelijke organisatie (CIZ) zou dit mogelijk moeten gaan maken. Het genoemde advies was een vervolg op het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) naar de indicatiestelling in 2001, waarin werd voorgesteld diepgaander te kijken naar de bestuurlijke en organisatorische positie van de RIO's.

De centralisatie betekent overigens niet dat het streven naar een integrale indicatiestelling voor de burger wordt losgelaten. Het kabinet heeft recent aangegeven<sup>29</sup> bij wet- en regelgeving aangaande zorg (o.a. AWBZ en Zvw), vervoer (o.a. Wmo / Wvg, Valys) en participatie (o.a. Wmo / Wvg, Wia, Wajong, Wsw) de ambitie te hebben om het feitenonderzoek dat verschillende organisaties in het kader van de indicatiestelling voor één cliënt uitvoeren zo te stroomlijnen dat er geen dubbelingen meer plaatsvinden. Bij meerdere indicatie-aanvragen door één cliënt spreken de betrokken organisaties de taakverdeling af. De beoordeling van de aanvragen vindt in gezamenlijkheid plaats. Onderzocht zal worden of de regie hierover via het Wmo-loket plaats kan vinden.

Het CIZ wordt rechtstreeks door het ministerie van VWS gefinancierd door middel van een instellingssubsidie waaraan voorwaarden zijn verbonden.<sup>30</sup> De instellingssubsidie is bedoeld voor de indicatiestelling AWBZ. De voorwaarden die aan de subsidie worden gesteld, kunnen het mogelijk maken om beter te sturen op de AWBZ. De drie belangrijkste voorwaarden in dit kader zijn:

- het CIZ ontwikkelt in samenwerking met vertegenwoordigers van zorgvragers en zorgaanbieders indicatiecriteria die door de Minister worden vastgesteld;
- het CIZ verantwoordt zich door middel van kwartaalrapportages en een jaarverslag;
- het CIZ stelt gegevens (bestanden) ter beschikking aan VWS voor beleidsdoeleinden.

In de kwartaalrapportages verantwoordt het CIZ zich over de productie, in dit geval de indicaties voor de AWBZ.<sup>31</sup> Het gaat hierbij om zaken als het aantal indicaties, de doorlooptijd, het aantal beroepsprocedures en financiële gegevens. Deze rapportages zijn in het kader van de beheersing van de AWBZ op dit moment vooral van belang om het aantal indicaties te monitoren. Het CIZ werkt aan de ontwikkeling van een

het vermoeden heeft dat er tevens sprake is van opgroei- en opvoedingsproblemen verwijst hij door naar het Bureau Jeugdzorg alwaar een integrale beoordeling plaats kan vinden.

<sup>29</sup> Ministerie van VWS, *Kabinetsplan aanpak administratieve lasten, Brief staatssecretaris over maatregelen m.b.t. administratieve lasten op gebied van indicatiestellingen*, Kamerstukken II, 2005-2006, 29 515, nr. 134, 24 maart 2006.

<sup>30</sup> Naar de structurele juridische vormgeving van het CIZ wordt nog een verkenning uitgevoerd. De staatssecretaris van VWS heeft in een brief van 22 maart 2006 aangekondigd het CIZ voorlopig aan te willen wijzen als privaatrechtelijk (rijks-)ZBO.

<sup>31</sup> De exploitatiebegroting van het CIZ omvat meer kosten en baten dan de activiteiten waarvoor subsidie is verleend. VWS heeft richting CIZ aangegeven dat nagegaan moet kunnen worden op welke wijze algemene kosten, kosten van overhead en algemene baten worden toegerekend aan de gesubsidieerde activiteiten. De instellingssubsidie is immers alleen bedoeld voor de indicatiestelling AWBZ en niet voor bijvoorbeeld commerciële activiteiten als het verlenen van diensten aan gemeenten voor de indicatiestelling Wvg c.q. Wmo.

overkoepelend informatiesysteem. Wanneer dit systeem gereed is kunnen ook andere gegevens zoals het aantal geïndiceerde functies per kwartaal worden gemonitord. Via vergelijking van de feitelijke indicaties in bepaalde regio's met de verwachte objectieve ontwikkeling van de vraag kunnen ontwikkelingen (en regionale verschillen) in de indicatiestelling worden gevolgd. Daarnaast zal beleidsinformatie beschikbaar komen om maatregelen in de AWBZ te kunnen monitoren. Dit betreft onder meer informatie over de functies die zijn geïndiceerd in relatie tot de grondslag en persoonskenmerken, zoals leeftijd en geslacht. In de loop van 2006 kan hiermee begonnen worden met een betere sturing op de kosten in de AWBZ.

### **Zorginkoop**

Nadat het CIZ een indicatie heeft afgegeven wendt de zorgvrager zich vervolgens met de CIZ-indicatie tot een zorgaanbieder die is gecontracteerd door het zorgkantoor of vraagt een persoonsgebonden budget (PGB) aan om de zorg zelf te organiseren. De zorgvrager is zowel voor intramurale als extramurale zorg een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd.<sup>32</sup> Er geldt een aparte eigen bijdragesystematiek voor intramurale en extramurale zorg.<sup>33</sup> De eigen (extramurale) bijdrage voor het PGB is gelijk aan de eigen bijdrage voor zorg in natura.

### **Zorg in natura**

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van AWBZ-zorg voor hun verzekerden. Deze taak hebben de zorgverzekeraars per regio doorgemandateerd aan de zogeheten zorgkantoren.<sup>34</sup> Een zorgkantoor is een onderdeel van een verzekeraar (vaak de grootste) die per regio voor alle verzekeraars de uitvoering van de AWBZ voor zijn rekening neemt en dus als inkoper namens alle verzekeraars optreedt richting de zorgaanbieders. Hiermee is aan de vraagzijde sprake van (gereguleerde) concentratie. Zorgkantoren lopen geen financieel risico op de uitvoering van de AWBZ. De beheerskosten voor het zorgkantoor zijn gebudgetteerd. Dit budget is afhankelijk van regionale omstandigheden als het aantal inwoners of het aantal instellingen.

In het kader van haar inkooptaak onderhandelt het zorgkantoor met de zorgaanbieders over het volume van de te leveren zorg en de prijs daarvan. Voor intramurale zorg geldt daarbij nog een contracteerplicht. Wat betreft de prijs is per 1 januari 2005 het huidige maximumtarief vervangen door een basistarief (basismodule) en de mogelijkheid om tot een bepaald maximum een of meer opslagmodules af te spreken (bijv. op grond van leveringsvoorwaarden als beschikbaarheid of op grond van het cliëntprofiel met een bepaalde zorgzwaarte).

Met welk zorgkantoor een aanbieder zaken doet, wordt bepaald door de statutaire vestigingsplaats van die aanbieder. Indien de zorgaanbieder zijn statutaire vestigingsplaats overbrengt naar een ander zorgkantoorregio, dan krijgt hij te maken met een ander zorgkantoor. Ook kan de zorgaanbieder bijvoorbeeld van een dependance in

---

<sup>32</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over verhoging Eigen bijdrage thuiszorg*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 60, 7 november 2003 en Kamerstukken II, 2003-2004, 29 800 XVI, nr. 168, 26 januari 2004.

<sup>33</sup> Extramuraal geldt per 1 januari 2006 een eigen bijdrage per uur van € 12. Er geldt een maximum van 15 procent van het totale inkomen minus € 144,20 met een maximum van € 544,20 per vier weken. Intramuraal dient er een maandelijkse eigen bijdrage te worden betaald. De eerste zes maanden geldt een lagere bijdrage dan daarna. De lage bijdrage bedraagt per 1 januari 2006 12,5 procent van het totale inkomen met een maximum van € 706 per maand. De hoge eigen bijdrage is per 1 januari 2006 maximaal € 1751,40 per maand.

<sup>34</sup> Er zijn momenteel 32 AWBZ regio's in Nederland. Sommige verzekeraars zijn – soms na fusies tussen verzekeraars – concessiehouder voor meerdere zorgkantoren die soms wel en soms niet geografisch aan elkaar grenzen.

een andere regio een afzonderlijke instelling maken, met een eigen statutaire vestigingsplaats en een aparte toelating. Contractafspraken voor deze instelling vinden dan plaats met het zorgkantoor uit die regio.

### **Persoonsgebonden budget (PGB)**

Cliënten hebben de mogelijkheid om zelf de zorg in te kopen waarvoor zij zijn geïndiceerd. Daartoe zijn de zogenaamde Persoonsgebonden Budgetten (PGB) in het leven geroepen. Per 1 april 2003 zijn de tot dan toe bestaande PGB-regelingen vereenvoudigd tot één AWBZ-brede PGB-regeling. Bij cliënten met een indicatie van het CIZ die er voor kiezen gebruik te maken van een PGB, keert het zorgkantoor het PGB uit aan de cliënten, die vervolgens zelf hun zorg inkopen. Alleen voor de functies verblijf en behandeling is een PGB niet mogelijk. Het PGB bedraagt op dit moment ongeveer 75 procent van de normbedragen voor zorg in natura. Achterliggende gedachte is dat met een PGB alternatieve markten worden aangeboord die niet te maken hebben met de overhead en kapitaallasten die bij zorg in natura in de tarieven zitten. Het PGB in de AWBZ moet worden besteed aan zorg, maar er is geen verplichting het PGB te besteden aan geïndiceerde functies. Medio 2005 waren er ruim 77.000 budgethouders. In totaal is in 2005 circa 994 miljoen euro aan PGB's toegekend. Er is sprake van een gestaag voortgaande groei van het aantal budgethouders.<sup>35</sup>

### **Zorgaanbod**

Zorgkantoren en budgethouders kopen vervolgens zorg in bij zorgaanbieders. Het zorgaanbod wordt op verschillende manieren gereguleerd.

Mede als gevolg van deze regulering zijn op een aantal deelmarkten grote, soms bijna monopolioïde aanbieders actief op de markt.<sup>36</sup> Dit betreft vooral de ambulante en klinische GGZ, de intramurale verpleging en verzorging en de intramurale gehandicaptensector. In andere deelmarkten, bijvoorbeeld bij kleinschalige voorzieningen in de gehandicaptenzorg of bij de thuiszorg, is sprake van voldoende keuzevrijheid voor zowel zorgvragers (cliënten) als zorginkopers (zorgkantoren). Dit zijn ook de markten waar aanbieders zowel via de AWBZ, de Zvw, de gemeente (jeugdgezondheidszorg en straks ook Wmo) als particulier leveren.<sup>37</sup>

Met name intramurale aanbieders en semimurale zorgaanbieders worden sterk gereguleerd. De regulering zit voor een groot deel in de bekostiging. Er gelden verschillende bekostigingsregimes voor de extramurale en intramurale AWBZ-zorg. In de extramurale zorg gelden integrale tarieven waarin alle kostencomponenten per functie zijn meegenomen. De extramurale bekostiging is per functie AWBZ-breed vormgegeven. Er gelden basisbedragen voor alle functies. Per functie zijn opslagen af te spreken in verband met de beschikbaarheidsfunctie en voor situaties waarin hoger geschoold personeel moet worden ingeschakeld.

Bij de intramurale zorg is geen sprake van outputbekostiging zoals bij de extramurale zorg. Er wordt onderscheid gemaakt naar verschillende kostensoorten en er gelden verschillende tarieven per sector. De soorten kosten die worden onderscheiden zijn kapitaallasten, capaciteitsgebonden kosten en productiegebonden kosten.

---

<sup>35</sup> CVZ, *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl juli 2004-juli 2005*, oktober 2005.

<sup>36</sup> Ministerie van VWS, *Geconcentreerd dereguleren*, 30 oktober 2002.

<sup>37</sup> Landelijke Vereniging Thuiszorg (thans: Z-org), *Naar een toekomstbestendige thuiszorg*, strategienota, juli 2004.

Kapitaallasten dienen ter dekking van onder meer de kosten van gebouwen. Instellingen lopen hier geen risico over. Deze kosten worden via een vaste budgetcomponent vergoed, de zogenaamde kapitaallastenvergoeding. Een instelling moet daarom toestemming van VWS krijgen voordat de kosten van gebouwen vergoed worden. Uitbreiding van intramurale capaciteit is dus niet zonder meer (rendabel) mogelijk. In het instellingsbudget is daarnaast een component opgenomen ter dekking van kosten die niet variëren met de bedrijfsdrukke, de capaciteitsgebonden kosten. De hoogte hiervan varieert met de in de toelating opgenomen capaciteit naar doelgroep.

Voor de bekostiging van intramurale zorg gelden nog sectorale bekostigingsregels. De component ter dekking van productiegebonden kosten bestaat uit vergoedingen die samenhangen met de bedrijfsdrukke. De volumeafspraken per parameter maakt de instelling met het zorgkantoor. Tussen AWBZ-sectoren verschillen de bedragen. Voor cliënten die verblijven in een AWBZ-instelling is een vorm van dagbesteding, dagbehandeling of dagopvang onderdeel van de intramurale verstrekking.

Het kabinet is voornemens dit systeem te wijzigen.<sup>38</sup> Ook voor intramurale zorg moet het bekostigingssysteem gerelateerd worden aan de zwaarte van de zorg die cliënten moeten krijgen. Alle sectoren in de AWBZ zullen daarom vanaf 2007 via een tiental zorgzwaartepakketten worden bekostigd. Om de bekostiging eenvoudig te houden is ervoor gekozen een tiental zorgzwaartepakketten te hanteren. De pakketten bestaan uit een aantal uren en soorten zorg waarbij niet is vastgelegd hoeveel uren per geïndiceerde soort zorg moet worden verleend. Door die systematiek biedt het zorgzwaartepakket ruimte voor de zorgverlener en de cliënt om gezamenlijk te bepalen wat de meeste optimale verdeling van het totale aantal uren zorg is.

Daarnaast heeft het kabinet in het voorjaar van 2005 aangegeven stapsgewijs van de vaste kapitaallastenvergoedingen af te willen. Intramurale AWBZ-instellingen krijgen vanaf 2012 alleen geld van de overheid voor de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt. In dat bedrag zijn behalve de kosten voor de zorg, de kosten voor de huisvesting verrekend (integrale tarieven). Geen klanten betekent geen vergoeding van de kapitaallasten. Instellingen krijgen meer financiële verantwoordelijkheid, maar ook meer vrijheid. De overheid bepaalt straks niet meer wat en hoe er gebouwd wordt. Instellingen gaan zélf bepalen hoe ze investeren in huisvesting. Een verblijfsinstelling kan bijvoorbeeld besluiten om het 'wonen' aan woningcorporaties over te laten en zelf te doen waar ze het beste in zijn: zorg verlenen. Uiteindelijk moet een versterking van de marktprikkels er voor zorgen dat het aanbod beter afgestemd wordt op de vraag.

Een andere belangrijke factor bij het zorgaanbod is de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn. Recent is de situatie op de arbeidsmarkt sterk verbeterd en zijn er op korte termijn geen grote personeelstekorten in de zorg te verwachten. De ontwikkelingen op de lange termijn zien er echter minder rooskleurig uit. Bij een jaarlijkse productie- en werkgelegenheids groei van 2,5 procent zal in 2025 ruim één op de vijf Nederlanders in de zorg en welzijnssector werkzaam moeten zijn.<sup>39</sup> Dit kan de arbeidsmarkt in andere sectoren aantasten en het kan de lonen in de sector zorg en welzijn omhoog drijven. Als de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn hapert, kan de kwaliteit en toegankelijkheid in gevaar komen.

---

<sup>38</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over functiegerichte bekostiging*, Kamerstukken II, 2005-2006, 26 631, nr. 152, 2 november 2005 en *Brief staatssecretaris met het plan van aanpak zorgzwaartefinanciering*, Kamerstukken II, 2005-2006, 26 631, nr. 162, 30 januari 2006.

<sup>39</sup> Essen, van, Josten en Meihuizen, *Arbeid in zorg en welzijn*, integrerend OSA-rapport 2004, oktober 2004.

## Mantelzorg<sup>40</sup>

Zorg die geen voorbehouden handelingen omvat (Wet BIG) kan geleverd worden door mantelzorgers. Het gaat om persoonlijke verzorging, begeleiding en huishoudelijke verzorging. Mantelzorg is AWBZ-zorg waar de verzekerde aanspraak op heeft (omdat de normale (gebruikelijke) zorg binnen een leefeenheid in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk wordt overschreden) maar die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, maar door personen uit diens directe omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie.<sup>41</sup>

Bij de indicatiestelling wordt de fysieke en sociale omgeving van de zorgvrager meegenomen. Indien er vrijwillig mantelzorg voor de zorgvrager beschikbaar is kan dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit blijven, omdat daar geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet hoeft te worden. De mantelzorger voorziet in die zorg en de indicatiesteller weegt dat mee in het opstellen van het indicatiebesluit. Welke zorg de mantelzorger op zich neemt en in welke omvang is in overleg met de zorgvrager uitsluitend aan de mantelzorger zelf om te bepalen. Het meewegen van de mantelzorg betekent dat de indicatiesteller nagaat of voor een deel van de mantelzorg alsnog AWBZ-zorg geïndiceerd moet worden ter ondersteuning van de mantelzorger zodat die regelmatig tijdelijk ontlast wordt. In geval er voor een zorgvrager geen mantelzorg beschikbaar is of mantelzorg wegvalt, wordt AWBZ-zorg geïndiceerd.

Recent is door het SCP onderzoek gedaan naar ontwikkelingen in de omvang van de mantelzorg.<sup>42</sup> Hieruit blijkt dat in de afgelopen vijftien jaar het aandeel 18-plussers dat mantelzorg verleent opmerkelijk stabiel is gebleven (12% in 1991 en 13% in 2003). Bij de jongste generatie volwassenen neemt het aanbod iets af, maar ondanks de toegenomen arbeidsparticipatie (van vrouwen) wordt informele zorg nog steeds verleend en ingepast in het drukker geworden leven. Dit kan deels samenhangen met het feit dat informele zorg vele verschijningsvormen heeft, meer dan alleen de vrouw van middelbare leeftijd die de zorg voor haar ouders combineert met werk en zorg voor haar kinderen. De OESO wijst er in dit verband op dat door de stijging van het aantal gezonde levensjaren een nieuw potentieel ontstaat voor mantelzorg door ouderen onderling.<sup>43</sup>

Als in de toekomst vraag en aanbod van informele zorg alleen bepaald worden door veranderingen in de samenstelling van de bevolking (waaronder samenstelling van het huishouden), dan voorspelt het SCP dat de stijging van het aanbod van informele zorg hoger zal zijn dan de vraag naar informele zorg. Daarbij wordt verondersteld dat mensen die hulp nodig hebben (als gevolg van een betere sociaal-economische positie), in toenemende mate een beroep doen op zelfbetaalde hulp, voornamelijk particuliere huishoudelijke hulp.

---

<sup>40</sup> Landelijke vereniging van Indicatieorganen (LVIO), *Werkdocument gebruikelijke zorg*, oktober 2003.

<sup>41</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris bij het aanbieden van 'Zorg nabij, notitie over mantelzorgondersteuning'*, Kamerstukken II, 2000-2001, 27 401, nr. 65, 20 juni 2001.

<sup>42</sup> SCP, *Kijk op informele zorg*, september 2005.

<sup>43</sup> OECD, *Long term care for older people*, 2005. 'With more years in retirement, of which many are spent without major disabling conditions, the growing number of healthy and active senior citizens represents a potentially very valuable resource as informal care givers. Finding the best way of nurturing this potential thereby shifting the task of providing informal care away from working-age children and towards able seniors – being spouses, neighbours and others in the local community – may well prove to be key to achieving fiscal sustainability.'



## **Toezicht**

Een belangrijk aspect bij de organisatie van de AWBZ en bij het monitoren of de publieke belangen in de AWBZ goed geborgd worden is het (markt)toezicht op zowel zorgaanbieders als uitvoerders (zorgkantoren).

### *Toezicht op marktgedrag van zorgaanbieders*

Op dit moment houdt de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toezicht op het marktgedrag van zorgaanbieders. De NMa is belast met de handhaving van de Mededingingswet en ziet toe op kartelvorming, misbruik van economische machtspositie en concentraties van ondernemingen. In de AWBZ-zorg is de Mededingingswet alleen van toepassing op de zorgaanbieders. De zorgkantoren worden als gevolg van het Fenin-arrest<sup>44</sup> niet gezien als ondernemingen in het kader van de Mededingingswet.<sup>45</sup>

De NMa is verantwoordelijk voor het toezicht op concentratievorming in de zorg. Wanneer ondernemingen voornemens zijn een concentratie aan te gaan moeten zij dat in beginsel melden bij de NMa.<sup>46</sup> De NMa beziet dan of een vergunning voor concentratie vereist is. Dit is het geval als de NMa vermoedt dat een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die de mededinging belemmert. Als de NMa na nader onderzoek nog steeds reden heeft om te vermoeden dat dit het geval is, kan de NMa een concentratie verbieden. Ook komt het voor dat de NMa onder voorwaarden akkoord gaat met een concentratie.

Het is – met het oog op de kleine relevante geografische markten in de AWBZ - de vraag of het concentratietoezicht door de NMa op basis van de Mededingingswet voldoende mogelijkheden biedt om ongewenste concentraties in de AWBZ tegen te gaan. Momenteel ligt een wetswijziging voor bij het parlement waarbij bij AMvB de concentratiedrempels voor bepaalde categorieën ondernemingen tijdelijk kunnen worden verlaagd. Indien het parlement deze wijziging aanvaardt zullen de Minister en de staatssecretaris van VWS in overleg met de Minister van EZ de meldingsdrempel bij AMvB verlagen voor specifieke AWBZ-zorgmarkten. Dit betekent dat fusievoornemens eerder bij de NMa gemeld moeten worden waardoor de NMa deze voornemens eerder kan beoordelen en waar nodig verbieden.

Naast het toezicht door de NMa vindt er toezicht plaats door het College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting (CTG/Zaio) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ).<sup>47</sup> Met de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) gaan CTG/Zaio en het CTZ samen op in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Volgens het wetsvoorstel WMG<sup>48</sup> wordt de NZa onder meer verantwoordelijk voor het sectorspecifiek markttoezicht. Ten behoeve hiervan krijgt de NZa een aantal instrumenten om te kunnen interveniëren. De instrumenten lopen uiteen

---

<sup>44</sup> Arrest van het Gerecht van Eerste Aanleg EG in de zaak T-319/99, Federacion Nacional de Empresas de Instrumentacion Cientifica, Medica, Technica y Dental – Commissie (FENIN) van 4 maart 2003.

<sup>45</sup> Nma, *Visiedocument AWBZ-zorgmarkten*, januari 2004.

<sup>46</sup> Niet alle concentraties hoeven gemeld te worden. Er geldt een meldingsplicht voor concentraties wanneer de gezamenlijke omzet van de betrokken partijen meer bedraagt dan 113,45 miljoen euro (wereldwijd) en de omzet van tenminste twee van de betrokken partijen ieder minimaal 30 miljoen euro (binnen Nederland) bedraagt. Art.29 Mededingingswet.

<sup>47</sup> Het CTZ houdt voor wat betreft de AWBZ toezicht op de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ. CTG/Zaio zorgt voor de uitvoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

<sup>48</sup> Ministerie van VWS, *Voorstel van Wet, Wet Marktordening Gezondheidszorg*, Kamerstukken II, 2005-2006, 30 186, nr. 2, 6 juli 2005. Op 21 maart 2006 is dit wetsvoorstel door de Tweede Kamer aanvaard.

van het reguleren van tarieven en productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie, tot de mogelijkheid om administratie- en informatieverplichtingen op te leggen en het adviseren van de minister indien de NZa problemen signaleert die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Tot slot heeft de NZa taak om effectieve marktwerking te bevorderen. Zo kan de NZa een partij die aanmerkelijke marktmacht (AMM)<sup>49</sup> heeft specifieke verplichtingen opleggen om de concurrentie op gang te brengen. AMM kan zowel op de zorgaanbieders als op de zorgkantoren worden toegepast.

#### *Toezicht op zorgkantoren*

Bij het huidige toezicht door het CTZ op de uitvoerders van de AWBZ, de zorgkantoren, is het uitgangspunt dat wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van een wettelijke taak zich hierover zelf verantwoordt. Dit is vastgelegd in de wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen.<sup>50</sup> Voor de implementatie van deze wet en het daarin geregelde toezicht voor de AWBZ-uitvoering is een breed project onder coördinatie van het CVZ in het leven geroepen. In dit project zijn eerst de benodigde administraties bij zorgkantoren opgezet en vervolgens zijn voorschriften ontwikkeld voor het financiële en uitvoeringsverslag van zorgkantoren. Vanaf verslagjaar 2003 leggen de zorgkantoren volgens de nieuwe systematiek verantwoording af. Deze verantwoording is voor het CTZ het uitgangspunt om het functioneren te beoordelen en zondig te interveniëren (aanwijzingen, verscherpt toezicht).

In 2003 is het CTZ gestart met de invoering van prestatie-indicatoren in het toezicht. Deze prestatie-indicatoren verschaffen inzicht in de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren. Het verplicht stellen van de benodigde informatie voor de indicatoren levert in de eerste plaats beoordelingsinformatie op voor de toezichthouder. Daarnaast geven de prestatie-indicatoren spiegelinformatie voor de concessiehouders en bieden ze informatie voor de beleidsontwikkeling. Het CTZ geeft per concessiehouder een totaaloordeel af. Hierbij wordt gebruik gemaakt van twaalf indicatoren verdeeld over vier resultaatgebieden:

- zorg;
- kostenbeheersing;
- verzekeren (klanttevredenheid);
- bedrijfsvoering en administratie.

De indicatoren zijn gebaseerd op de afspraken die gemaakt zijn in het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren en sluiten aan bij reeds vooraf bekende uitvoeringsaspecten.

Zoals hierboven al vermeld zal bij inwerkingtreding van de WMG de NZa ook toezicht gaan houden op het marktgedrag van zorgkantoren.

---

<sup>49</sup> Van AMM is sprake indien een onderneming zich onafhankelijk van zijn concurrenten, zijn wederpartijen op de markt of zijn consumenten kan gedragen, zonder dat hij er echt nadeel van heeft.

<sup>50</sup> Staatsblad 2001, nr. 23.

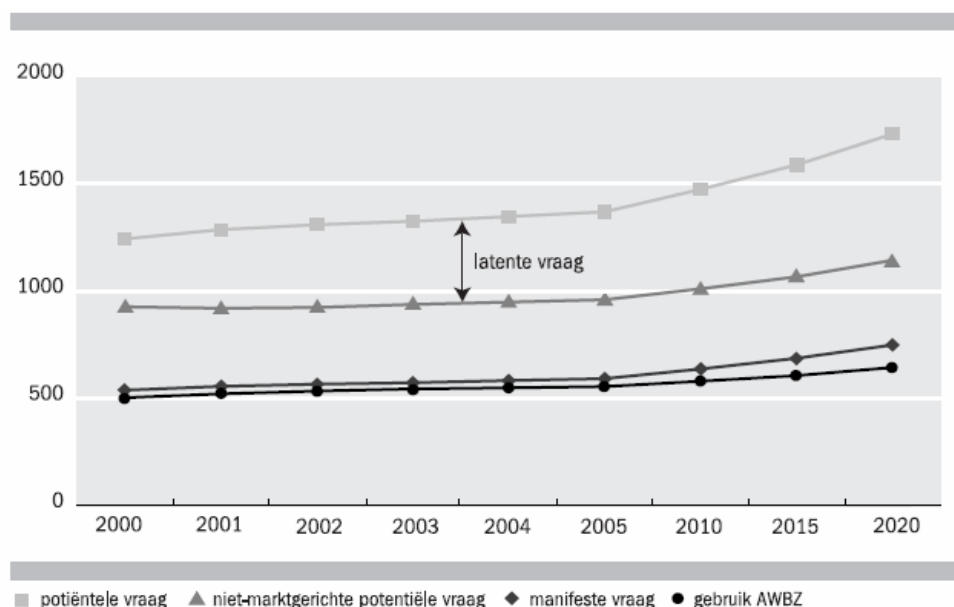
## 2.6 Toekomstige vraag naar AWBZ-zorg

De vraag naar langdurige zorg wordt door diverse externe factoren beïnvloed. De meest voor de hand liggende factor is de vergrijzing: een oudere bevolking zal meer aan 'ouderdomskwalen' lijden waardoor de vraag naar langdurige zorg zal stijgen. Maar er zijn veel meer factoren van belang: leefvorm, opleiding, inkomen, voorkeuren etc (zie ook hoofdstuk 4 over klantgroepen).

Het SCP heeft voor de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg geraamd hoe de vraag naar langdurige zorg zich in de komende decennia kan ontwikkelen. Voor de chronische GGZ-zorg is op dit moment geen raming van vergelijkbare kwaliteit beschikbaar. De voorziene systeemwijziging met de overheveling van de geneeskundige GGZ maakt het lastig een raming te maken. Duidelijk is dat gelet op de omvang van de GGZ-zorg die na de overheveling van de geneeskundige GGZ achterblijft in de AWBZ de totale ontwikkeling van de uitgaven van de AWBZ zal worden gedomineerd door de uitgavenontwikkeling van de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Figuur 2.2 geeft een beeld van de vraag naar verpleging en verzorging, voornamelijk ouderenzorg, tot en met 2020.<sup>51</sup> De maximale vraag is de potentiële vraag, dit zijn mensen die aanspraak kunnen maken op AWBZ-zorg. De manifeste vraag is dat deel van de potentiële vraag waarvoor geldt dat zij een positieve indicatie van het CIZ hebben gehad. Het verschil tussen manifeste vraag en gebruik AWBZ wordt veroorzaakt door wachtlijsten.

**Figuur 2.2 Raming potentiële vraag tot en met 2020 opgesplitst naar een aantal categorieën**



Verwachtingen ten aanzien van het niveau van de zorg in de toekomst en ten aanzien van de economische groei zijn daarbij essentieel.

Het SCP verwacht dat de potentiële vraag de komende decennia sneller zal toenemen dan het gebruik van de AWBZ: de potentiële vraag neemt toe met bijna 40 procent, het

<sup>51</sup> SCP, *Advies ramingen verpleging en verzorging*, februari 2004.

AWBZ-gebruik in deze sector met bijna 30 procent. De SCP-raming is in aantallen gebruikers; in geld kan de stijging afwijken. Het verschil tussen de potentiële vraag en AWBZ-gebruik wordt volgens het SCP grotendeels opgevangen door een sterke toename van particuliere zorg: uitgaande van de huidige AWBZ zal de particuliere zorgverlening toenemen met bijna 80 procent in 2020. Het is onduidelijk waar deze verwachtingen precies op gebaseerd zijn. In ieder geval is duidelijk dat de vraag naar langdurige zorg door ouderen de komende decennia flink zal toenemen en dat als gevolg daarvan het redelijk is om te verwachten dat bij ongewijzigd beleid zowel de vraag naar particulier geleverde langdurige zorg als de vraag naar AWBZ-zorg substantieel zal stijgen. Bij de raming van de vraag naar AWBZ-zorg kan de kanttekening worden geplaatst dat het SCP er vanuit gaat dat mensen veel meer particuliere zorg gaan vragen en dat mantelzorg beschikbaar blijft.

Ook voor de vraag naar gehandicaptenvoorzieningen heeft het SCP ramingen tot 2020 gemaakt.<sup>52</sup> Deze ramingen zijn net als de raming voor ouderenzorg met de nodige onzekerheid omgeven. In tegenstelling tot de raming voor de ouderenzorg verwacht het SCP niet dat door ontwikkelingen in de gehandicaptenpopulatie de vraag naar AWBZ-zorg zal stijgen. Het aantal verstandelijk gehandicapten stijgt tot 2010 nog licht, om daarna weer licht te dalen. Bij een beperkte groei van de bevolking zal het aandeel verstandelijk gehandicapten in de bevolking waarschijnlijk licht dalen. Daarbij past de kanttekening dat verondersteld wordt dat er geen nieuwe doelgroepen zijn die toegang krijgen tot de gehandicaptenzorg.<sup>53</sup>

Zoals in het volgende hoofdstuk zal blijken heeft zich in het recente verleden een forse stijging van de kosten van gehandicaptenzorg voorgedaan. Die stijging wordt niet veroorzaakt doordat meer mensen met een laag IQ worden geboren, maar doordat bij jeugdigen met een laag IQ vaker een beperkte sociale redzaamheid en leerproblemen worden geconstateerd. De vraag naar gehandicaptenzorg wordt op deze manier mede bepaald door opvattingen in de samenleving over hulp- en zorgbehoefte.

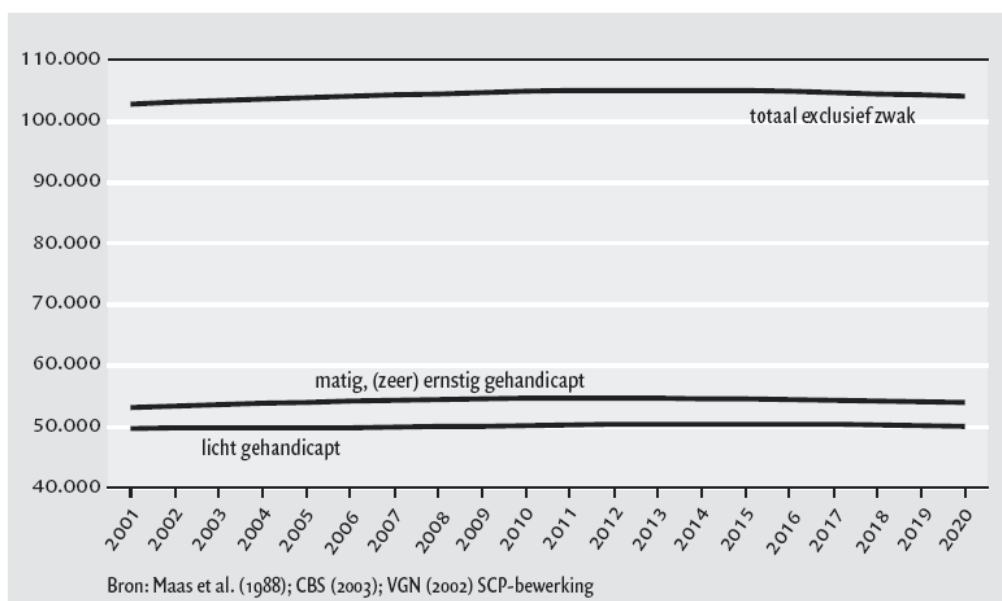
Verder is verondersteld dat de gemiddelde zorgvraag binnen de gehandicaptenpopulatie niet veranderd. Daar valt tegenin te brengen dat de zorg voor gehandicapten mede onder invloed van de stijgende levensverwachting van gehandicapten wel eens complexer en daarmee intensiever (en duurder) kan worden. Ook valt niet uit te sluiten dat de huidige gehandicaptenpopulatie, voorzover die al zorg ontvangt, nog onvervulde zorgbehoeften heeft.

---

<sup>52</sup> SCP, *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg, een vraagmodel*, augustus 2005.

<sup>53</sup> Internationaal is men het erover eens dat jeugdigen met een IQ-score tussen de 50 en 70 met bijkomende problemen (beperkte sociale zelfredzaamheid en leerproblemen) aangewezen zijn op zorg van uit een instelling voor licht verstandelijk gehandicapten. Bij jeugdigen met een IQ tussen de 70 en de 85/90 is sprake van een grijs gebied, waarbij moet worden nagegaan wat de aard van de bijkomende problemen is. Het SCP gaat er in zijn ramingen vanuit dat een lichte verstandelijke beperking inhoudt dat het IQ tussen de 50 en de 80 ligt.

**Figuur 2.3 Raming absoluut aantal verstandelijke gehandicapten, 2001-2020**



Resumerend kan worden gesteld dat de vraag naar ouderenzorg de komende decennia sterk zal toenemen. Dit geldt naar verwachting niet of in mindere mate voor de gehandicaptenzorg. Voor de chronische GGZ-zorg is geen vergelijkbare raming beschikbaar en zal het effect van de overheveling van de geneeskundige GGZ moeten worden afgewacht.<sup>54</sup>

## 2.7 Slot

De doelen die de overheid nastreeft op het gebied van langdurige zorg zijn de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In Nederland is in de jaren zestig besloten voor langdurige zorg een collectieve verzekering, de AWBZ, te treffen. De uitvoering van de AWBZ is hybride: het publieke Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt of mensen recht op zorg hebben terwijl de zorginkoop plaatsvindt door uitvoerders (zorgkantoren) die gelieerd zijn aan de grotere ziektekostenverzekeraars. Naast de zorginkoop door zorgkantoren kunnen zorgvragers sinds enige tijd ook zelf hun zorg organiseren via een persoonsgebonden budget. De populariteit hiervan neemt nog steeds toe.

Autonome externe trends hebben duidelijk invloed op de AWBZ. Door de vergrijzing zal het beroep op de AWBZ flink toenemen met name het beroep op ouderenzorg. Voor de gehandicaptenzorg geldt dit niet: volgens het SCP stijgt de vraag naar gehandicaptenzorg nauwelijks. Ook voor de chronische GGZ wordt bij het doortrekken van autonome trends geen stijging van de zorgvraag verwacht.

Naast trends als demografie is bij de AWBZ van belang dat beperkingen in het dagelijks functioneren niet zozeer een (medisch) kenmerk zijn van het individu, maar een maat voor problemen in de interactie met de omgeving. Zoals de Gezondheidsraad opmerkt in zijn rapport 'Vergrijzen met ambitie': "welke activiteiten, taken en rollen men kan uitvoeren, wordt niet alleen bepaald door wat men kan, maar ook door de eisen die de

<sup>54</sup> De minister van VWS heeft desgevraagd per brief van 24 maart 2006 aangekondigd dat in mei 2006 aan de Kamer een integrale beleidsvisie op de GGZ zal worden toegezonden.

fysieke omgeving stelt en door de verwachtingen die bestaan over de manier van uitvoeren. Invloeden op dit proces zijn talrijk en van verschillend niveau: sommige liggen binnen de persoonlijke sfeer, andere binnen de taak van bepaalde instanties of in maatschappelijke opvattingen. Factoren als geslacht, leeftijd, sociaal-economische positie en leefstijl hebben duidelijk verband met de kans op ziekte en functiestoornissen. De impact van ziekte op het ontstaan en de ernst van beperkingen, wordt beïnvloed door deels omgevingsfactoren, deels persoonsgebonden factoren.” Dit geldt voor beperkingen als gevolg van ouderdom, maar ook als gevolg van een handicap of psychische stoornis. Bij het voorspellen van de vraagontwikkeling in de AWBZ blijven deze factoren onzeker.

## 3 Publieke belangen in de knel? De AWBZ beoordeeld

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven wat de voornaamste doelen van de AWBZ zijn en hoe de AWBZ is georganiseerd. In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre verwacht kan worden dat die doelen worden bereikt. Allereerst wordt beschreven wat de centrale problemen bij het borgen van publieke belangen in de AWBZ zijn. Vervolgens zal worden aangegeven hoe de AWBZ presteert. Groot probleem bij het beoordelen van de prestaties van de AWBZ is het ontbreken van goed cijfermateriaal: er zijn geen eenduidige prestatie-indicatoren of cijfers beschikbaar. Het beschikbare materiaal wordt in paragraaf 3.3 beschreven. Om verdergaande gefundeerde uitspraken over het functioneren van de AWBZ te kunnen doen zal daarna een kwalitatieve analyse worden gemaakt van de huidige uitvoering van de AWBZ.

### 3.2 De publieke belangen: waar kan het mis gaan?

Van het begin af aan is de belangrijkste doelstelling van de AWBZ geweest om burgers enige mate van zekerheid te bieden, namelijk de zekerheid dat als zij langdurig zorg nodig hebben zij ook toegang tot die zorg kunnen krijgen. Er zijn verscheidene redenen waarom zonder de overheid de publieke belangen met betrekking tot langdurige zorg niet worden gewaarborgd.

#### **Slechte risico's zijn moeilijk verzekeraar**

Individuele burgers zijn, indien blijkt dat zij langdurig zorgbehoevend zijn, vaak niet in staat de kosten daarvan te dragen. Verzekeringmarkten bieden geen goede oplossing voor dit probleem: ook in de VS, waar de overheid slechts beperkt actief is op het terrein van langdurige zorg, zijn er slechts zeer beperkt private verzekeraars actief.<sup>55</sup> Er spelen twee elementen een rol: allereerst kunnen verzekeraars minder informatie hebben over de gezondheid van mensen dan die mensen zelf. Dit leidt ertoe dat verzekeraars terughoudend worden en proberen de slechte risico's buiten de deur te houden, terwijl omgekeerd juist de burgers met een slechte gezondheid zich proberen te verzekeren (averechtse selectie). Daarnaast is er een groep (met name vroeg gehandicapten) waarvoor geldt dat er juist weinig onzekerheid meer is: het is vrijwel zeker dat zij langdurig kostbare zorg nodig hebben. Verzekeren biedt dan geen oplossing meer. Dit gaat ten koste van het publieke belang (financiële) toegankelijkheid, omdat slechte risico's zich niet meer of alleen tegen hoge kosten kunnen verzekeren.

#### **Overconsumptie door moreel gevaar**

Vaak zijn risico's niet volledig onbeïnvloedbaar: de mate waarin bijvoorbeeld gezondheidsproblemen zich voordoen zijn deels genetisch bepaald en deels het gevolg van 'risicovol' gedrag. Daarnaast is vaak niet vast te stellen of het risico zich heeft

---

<sup>55</sup> OECD, *Long term care for older people*, 2005. Brown en Finkelstein stellen echter in *Supply or Demand: Why Is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?* (NBER Working Paper 10782) dat dit in de VS deels wordt veroorzaakt door perverse prikkels van Medicaid.

voorgedaan: mensen kunnen voorwenden dat zij schade hebben geleden. Zekerheid leidt er vaak toe dat het gedrag wordt beïnvloed: mensen gaan zich risicovoller gedragen of claimen ten onrechte dat zij schade hebben geleden. Economen noemen dit 'moreel gevaar' (moral hazard). Dit fenomeen raakt vooral het publieke belang betaalbaarheid. Moreel gevaar doet zich in wisselende mate voor bij de AWBZ-aanspraken: Bij functies gericht op de aandoening (zie hoofdstuk 2) doet het fenomeen zich in het algemeen minder voor dan bij functies gericht op de effecten van de aandoening. 'Moreel gevaar' is het meest van belang bij AWBZ-functies waar gezonde mensen graag gebruik van maken (huishoudelijke verzorging) en bij functies die door mantelzorgers kunnen worden geleverd.

### **Samenhang wordt uit het oog verloren**

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven kan langdurige zorg niet los van de omgeving worden gezien. De verlening van langdurige zorg hangt vanuit de zorgvrager gezien vaak samen met andere terreinen: er zijn onder meer relaties met de curatieve zorg, het onderwijs, welzijn en wonen. Als de samenhang tussen deze verschillende terreinen uit het oog wordt verloren kan dit ten koste gaan van de publieke belangen kwaliteit en betaalbaarheid. Indien voor de klant de aansluiting tussen bijvoorbeeld curatieve zorg en langdurige zorg niet goed is kan de kwaliteit daaronder lijden, maar tevens kunnen onnodige kosten worden gemaakt: bijvoorbeeld iemand die te lang in een duur ziekenhuisbed ligt terwijl diegene ook met goede, maar goedkopere thuiszorg toe zou kunnen.

### **Afwentelingsgedrag kan optreden**

Het spiegelbeeld van samenhang is afwenteling: indien het éne terrein samenhangt met het andere kunnen uitvoerders proberen de kosten te laten neerslaan op de voor hen meest gunstige plaats (lees: bij de andere uitvoerder). Dit probleem kan zich voordoen indien verschillende voorzieningen voor de verzekerden onderling substitueerbaar zijn. Afwenteling kan als een vorm van moreel gevaar bij de uitvoerder van de verzekering worden gezien en heeft vooral betrekking op het publieke belang betaalbaarheid.

### **Uitvoerders en aanbieders hebben een machtspositie**

Indien partijen over een machtspositie in economische zin beschikken kan de prijs/kwaliteitverhouding van hun aanbod te wensen overlaten. Dit kan zowel gelden voor de verzekeringskant van de zorg als het zorgaanbod. Uitvoerders van een verzekering of zorgaanbieders hoeven zich, indien zij een machtspositie hebben ten opzichte van de verzekerde/cliënt slechts in beperkte mate de wensen van de cliënten aan te trekken: de cliënten zijn immers min of meer tot deze partijen veroordeeld. Prijsverhogingen en/of kwaliteitsverlagingen leiden dan nauwelijks tot een daling van de vraag.

Dit probleem kan zich zowel op een markt voordoen als in een (semi-)publieke setting. Zo geldt bijvoorbeeld voor de zorgkantoren dat zij een machtspositie hebben ten opzichte van cliënten en nauwelijks prikkels hebben om op de voorkeuren van cliënten in te gaan. Factoren die kunnen leiden tot een machtspositie van aanbieders of uitvoerders zijn onder meer een hoge concentratiegraad, een beperkte transparantie van de markt, vaste vergoedingen voor kapitaallasten (zoals beschreven in hoofdstuk 2) en hoge overstapkosten voor klanten. Dit gaat ten koste van betaalbaarheid en kwaliteit.

### **Sommige burgers kunnen zelf geen goede sturing geven aan hun zorgvraag**

Over het algemeen doen AWBZ-zorggebruikers langdurig een beroep op de AWBZ. Daardoor hebben de cliënten in vergelijking met gebruikers van curatieve zorg relatief veel ervaring met de zorg die zij afnemen en hebben dus veel kennis daarover. Die kennis stelt hen in staat relatief goed onderbouwde keuzes te maken. Tegelijkertijd geldt specifiek voor de ABWZ dat sommige AWBZ-gebruikers zelf niet goed in staat zijn een



goede keuze te maken (denk aan zwaar gehandicapten of dementerende ouderen). Ook dan hebben uitvoerders en zorgaanbieders weinig redenen om rekening te houden met de voorkeuren en het welbevinden van deze klanten. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit van bepaalde voorzieningen onder druk komt te staan of dat de prijzen van die voorzieningen onnodig oplopen. Dergelijke problemen kunnen (ten dele) worden ondervangen doordat cliënten vaak beschikken over relaties die voor hen een keuze kunnen maken tussen verschillende voorzieningen. Dit probleem raakt zowel het publieke belang kwaliteit als betaalbaarheid.

### 3.3 Prestaties van de AWBZ

De centrale vraag van dit hoofdstuk is in hoeverre de huidige vormgeving van de AWBZ in staat is de hierboven beschreven problemen te ondervangen. Het kernprobleem van een regeling voor langdurige zorg, namelijk dat het moeilijk is om slechte risico's af te dekken, is met de invoering van de AWBZ grotendeels opgelost. Door er een volksverzekering van te maken is iedere Nederlander in principe verzekerd van langdurige zorg indien hij of zij dat nodig heeft. Of de andere problemen worden aangepakt in de huidige AWBZ en of daarmee de publieke belangen kwaliteit en betaalbaarheid worden gediend is echter de vraag.

Deze paragraaf gaat in op de macro-ontwikkelingen in prijs en volume in de belangrijkste deelsectoren van de AWBZ.<sup>56</sup> Deze gegevens dienen met enige voorzichtigheid te worden beoordeeld: sterke kosten- volume- en prijsontwikkelingen in de AWBZ wijzen niet per definitie op problemen. Wel kunnen zij een indicatie geven of er efficiëntieproblemen zijn.

Het hier gebruikte cijfermateriaal is (grotendeels) afkomstig uit het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) van de Tweede Kamer. Dit materiaal biedt de mogelijkheid om onderscheid te maken naar deelsectoren en de kostenontwikkeling uit te splitsen naar kostenmutaties als gevolg van prijsmutaties (nominale mutaties) en volumemutaties. Het onderscheid prijs-volume is overigens niet eenduidig te maken.<sup>57</sup> De Tijdelijke Commissie plaatst de volgende kanttekening: "...wat in de cijfers 'volumegroei' wordt genoemd zijn in feite -vrij vertaald- de extra zorgmiljarden, gecorrigeerd voor de inflatie. Volumegroei zegt nog niets over extra productie."<sup>58</sup> Er zijn dus kanttekeningen te plaatsen bij dit cijfermateriaal. Toch kan er gegeven de omvang van het onderzoek van de Tweede Kamer vanuit worden gegaan dat dit het best beschikbare materiaal is. De cijfers hebben betrekking op de ontwikkeling van de kosten die relevant zijn voor het Budgettair Kader Zorg. Dit betekent dat de cijferreeksen kunnen schommelen als gevolg van definitieverschillen zoals mutaties in het via de AWBZ verzekerde pakket en financieringsontwikkelingen.

Figuur 3.1 geeft de groei van de kosten van de AWBZ weer in de periode 1994-2004, uitgesplitst naar prijs- en volumeontwikkelingen, waarbij bij volume een onderscheid wordt gemaakt tussen demografisch en niet demografisch gedreven volume. Uit de figuur blijkt dat de AWBZ-uitgaven in de periode 1994-2004 continu zijn gestegen, en tot 2002

---

<sup>56</sup> De beheerskosten, de uitgaven voor preventie en enkele subsidies blijven buiten beschouwing.

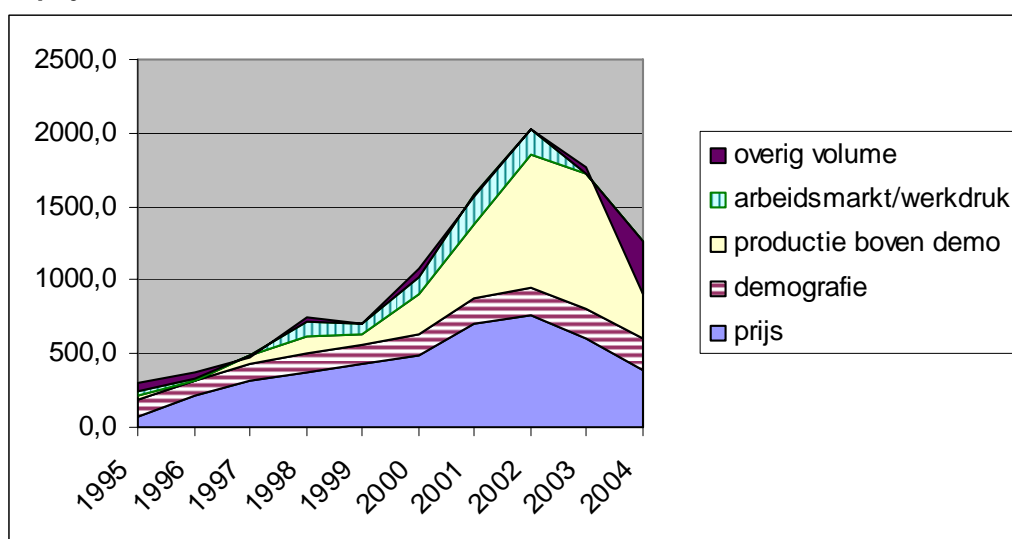
<sup>57</sup> Hilten, van, *Volumestijging in de zorg lastig in te schatten*, Economische Statistische Berichten, 6 augustus 2004.

<sup>58</sup> Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven, *Miljardenzorg*, Kamerstukken II, 2003-2004, 28 852, nr. 2 en 3, maart 2004.

met een toenemende snelheid. In 2004 is de stijging afgevlakt. Deze lagere stijging is gedeeltelijk het gevolg van de beheersing van de groei vanaf dit jaar.

Zowel prijs- als volumemutaties hebben aan de stijging bijgedragen, maar met name de volumestijgingen zijn hiervoor verantwoordelijk. In de eerste helft van deze periode maakte de demografische ontwikkeling een groot deel uit van de volumemutatie. In de tweede helft (ongeveer vanaf 1999) is dit niet meer het geval. Deze ontwikkeling hangt samen met het feit dat in 2000 in gerechtelijke uitspraken werd vastgelegd dat sprake is van een individueel recht op zorg. De financiering van de AWBZ werd daarbij aangepast ('boter bij de vis'); geaccepteerd werd dat de AWBZ een open-einde karakter heeft (vergelijkbaar met andere sociale verzekeringen).<sup>59</sup> De kostentoeename als gevolg van prijsstijgingen neemt over vrijwel de hele periode tot 2002 langzaam toe. Dit is vooral toe te schrijven aan de conjuncturele ontwikkeling (o.a. leidend tot sterke stijgingen van lonen en prijzen).

**Figuur 3.1 Stijging AWBZ-uitgaven in mln. euro, uitgesplitst naar volumeonderdeel en prijs**



Tabel 3.1 geeft de kostenstijgingen per jaar en het jaarlijkse gemiddelde in de periode 1994-2004 weer. Gemiddeld namen de kosten in die periode met bijna acht procent per jaar toe.

**Tabel 3.1 Stijging van de AWBZ-uitgaven per jaar in procenten 1994-2004<sup>60</sup>**

Uitgaven	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	94-04
Stijging (%)	3,5	4,1	5,1	7,6	6,5	9,4	12,6	14,4	10,9	5,1	7,8

#### Uitsplitsing naar deelsectoren

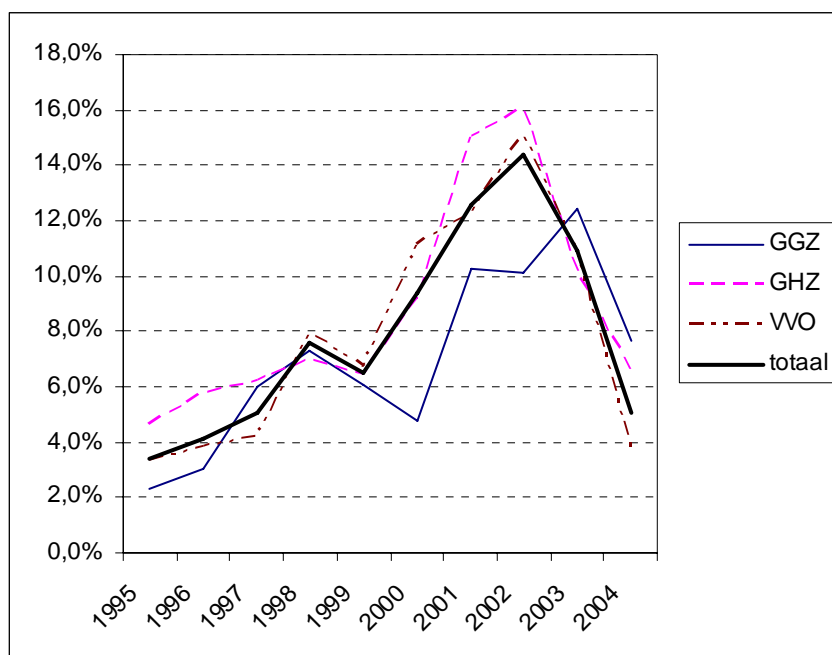
Niet alle deelsectoren hebben in dezelfde mate bijgedragen aan de hierboven weergegeven stijging van de kosten. De gemiddelde stijging bij de gehandicaptenzorg (gemiddeld ongeveer 8,6 procent per jaar) en bij de sector verpleging, verzorging en

<sup>59</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris met het Actieplan Zorg Verzekerd*, Kamerstukken II, 2000-2001, 27 488, nr. 1, 6 november 2000.

<sup>60</sup> Weergegeven is de uitgavenontwikkeling van de AWBZ-onderdelen GGZ, gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging en ouderen. De procentuele stijging is gegeven exclusief technische mutaties en ten opzichte van de netto -Budgettair Kader Zorg- relevante uitgaven in de sectoren.

ouderen (7,8 procent) is hoger dan bij de geestelijke gezondheidszorg, GGZ (7,0 procent). Hieronder zal per deelsector worden ingegaan op de volume- en prijsontwikkelingen per deelsector.

**Figuur 3.2 Kostenstijging in deelsectoren van de AWBZ in mln. euro, 1994-2004**



Voor de GGZ kan worden gesteld dat over de hele periode ruwweg de helft van de kostenstijging kan worden toegeschreven aan volumestijgingen en ruwweg de helft aan prijsstijgingen. Demografische ontwikkelingen hebben slechts in beperkte mate invloed op de GGZ-kosten.

De kostenstijging in de gehandicaptensector laat, zoals eerder aangegeven, een iets andere ontwikkeling zien dan die in de GGZ. In de eerste helft van de periode 1994-2004 lieten de componenten een grofweg vergelijkbare ontwikkeling zien als bij de GGZ: ongeveer de helft van de kostenstijging werd veroorzaakt door de volumetoename en de andere helft door prijsstijgingen. Vooral na 1999 zijn de kosten in de gehandicaptensector veel sneller gestegen. De volumeontwikkeling in die periode is hier vrijwel volledig de oorzaak van. De kostenstijgingen als gevolg van de prijsontwikkelingen zijn iets toegenomen na 1999, maar het patroon is niet anders dan bij de GGZ.

De kostenstijging van verpleging en verzorging van ouderen volgt een vergelijkbaar patroon als dat van de gehandicaptenzorg, maar er is één belangrijk onderscheid. De kostenstijging van ouderenzorg valt (zoals te verwachten was) voor een veel groter deel toe te schrijven aan de demografische ontwikkeling. Ook hier geldt dat de prijscomponent zich redelijk vergelijkbaar met de GGZ heeft ontwikkeld.

### Overig cijfermateriaal

Waar de kostenstijgingen precies door worden veroorzaakt is op basis van de macrocijfers niet direct te zeggen. Deels waren de sterke stijgingen het gevolg van het wegwerken van wachtlijsten en dus in beginsel tijdelijk. Het lijkt er echter op dat ook latente vraag werd aangeboord. En het geeft te denken dat er na zo'n stijging van de uitgaven nog kwaliteitsproblemen in de verpleeghuizen zijn. De vraag lijkt op zijn plaats of het geld allemaal doelmatig is besteed. Daarnaast is duidelijk dat kostenstijgingen in het waargenomen tempo kunnen leiden tot problemen bij de houdbaarheid van de collectieve uitgaven.

Helaas kunnen we geen uitspraken doen over de doelmatigheid op instellings- of sectorniveau. Er zijn wel benchmarkrapporten beschikbaar waarin de doelmatigheid van AWBZ-instellingen wordt vergeleken, maar de kwaliteit van deze onderzoeken is onvoldoende om uitspraken over doelmatigheid te doen, aldus het CPB.<sup>61</sup> Dit betekent overigens niet dat dergelijke studies niet goed uit te voeren zijn: het CPB geeft aan dat de studies in de loop der jaren beter zijn geworden en dat er verschillende manieren zijn om tot betere studies te komen.

Over de kwaliteit van AWBZ-instellingen is wel enige informatie beschikbaar. Over de kwaliteit van verpleeghuizen heeft de IGZ onlangs geconstateerd dat het sommige verpleeghuizen niet lukt de minimaal noodzakelijk zorg te leveren.<sup>62</sup> Over de oorzaken hiervan tast de inspectie in het duister. Het relatief steeds meer gebruik maken van lager opgeleid personeel speelt mogelijk een rol. Over de kwaliteit van verzorgingshuizen is geen recent inspectierapport beschikbaar.<sup>63</sup> Het kwaliteitsprobleem lijkt hier minder ernstig: verplegenden komen tot een aanzienlijk positiever oordeel over verzorgingshuizen dan over verpleeghuizen.<sup>64</sup> Dit geldt eveneens voor de thuiszorg: vanwege verschillen in zorgzwaarte tussen thuiszorginstellingen zijn op dit moment geen harde conclusies te trekken over de doelmatigheid op instelling- of sectorniveau. Toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid) en bejegening (persoonlijke aandacht, vriendelijkheid) zien cliënten als de belangrijkste kwaliteitsaspecten van thuiszorg; autonomie en communicatie zijn het minst belangrijk. Cliënten oordelen zeer positief over de bejegening door en de deskundigheid van zorgverleners, maar oordelen negatief over de toegankelijkheid van de thuiszorg. Over de kwaliteit van thuiszorginstellingen is weinig bekend.

Naar de zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapten die in een instelling verblijven heeft de IGZ eveneens begin 2005 onderzoek gedaan.<sup>65</sup> In 2006 is dit gevolgd door een onderzoek naar de situatie van 16 jonge mensen met een verstandelijke en/of sociaal emotionele beperking bij een specifiek project van de Stichting Philadelphia Zorg. Uit het eerstgenoemde onderzoek blijkt dat de geestelijke gezondheidszorg voor de onderzochte groep tekort schiet: "Veel mensen met een ernstig verstandelijke handicap verblijven in een woonomgeving die onvoldoende toegesneden is op hun zorgbehoefte. Dit kan bijdragen aan hun gedragsstoornis en dit ongewenste gedrag kan zelfs door andere ernstig verstandelijk gehandicapten worden overgenomen. Het ontbreekt in instellingen vaak aan voldoende kennis van diagnostiek en behandeling en aan het gestructureerd uitwisselen van kennis. Bovendien schiet de samenwerking met aangrenzende vakgebieden tekort en is er onvoldoende ondersteunend onderwijs en wetenschappelijk

---

<sup>61</sup> Vollaard, *Doelmatigheidswinsten in de AWBZ*, CPB-memorandum 121, mei 2005.

<sup>62</sup> IGZ, *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt*, maart 2005.

<sup>63</sup> Wel wordt in het eerder genoemde IGZ-rapport over verpleeghuizen extra aandacht gevraagd voor de mensen in verzorgingshuizen die verpleeghuiszorg nodig hebben: "Vooral op het gebied van vocht en voeding loopt de verzorgingshuissector achter bij de verpleeghuizen. Omdat de zorgzwaarte van patiënten in deze sector toeneemt, dringt de inspectie er bij de verzorgingshuizen op aan met spoed maatregelen te nemen om een inhaalslag te maken. Onvoldoende kwaliteitsgaranties, bijvoorbeeld omdat afspraken niet in protocollen zijn vastgelegd, betekent niet per definitie dat het personeel ook daadwerkelijk onvoldoende zorg levert. Maar het kan wel betekenen dat de voorwaarden voor verantwoorde zorg niet structureel aanwezig zijn en bewoners onnodig risico kunnen lopen."

<sup>64</sup> Blok en Messchendorp, *Werk in beeld brancherapport 2004, tweede meting medewerkersraadpleging verpleeg- en verzorgingshuizen*, Prismant/Atos, september 2004.

<sup>65</sup> IGZ, *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*, maart 2005.

onderzoek". In het tweede onderzoek constateert de IGZ voor het onderzochte project onder meer "dat actuele ondersteuningsplannen ontbreken, deskundigheid van diagnostiek en signalering van stoornissen rond autisme tekort schiet, dat geen sprake is van coaching door het management en dat deskundigheid niet geborgd is. Ook blijkt de dialoog tussen ouders, medewerkers, management en Raad van Bestuur te zijn vastgelopen. Bewoners voelen zich er niet meer veilig.<sup>66</sup>

Naast genoemde onderzoeken van de IGZ zijn er in de gehandicaptenzorg evaluaties verricht door de Stichting Perspectief die in overleg met de Federatie van Ouderverenigingen rond de thema's zeggenschap, inclusie, respect en veiligheid, persoonlijke ondersteuning standaarden heeft ontwikkeld. In het licht van die standaarden komt zij onder meer tot het volgende beeld:

- Mensen kunnen vaker keuzes maken op het gebied van wonen, werken en recreëren, maar de zorginstelling bepaalt veelal de alternatieven.
- Om 'leven in de samenleving' door te zetten is het belangrijk dat het management initiatieven vanuit mensen zelf aanmoedigt en zorgt dat aan de voorwaarden gewerkt wordt.
- De verantwoordelijkheid voor hygiëne en veiligheid verschuift meer naar de persoon zelf. Dit kan er toe leiden dat de cliënt zelf een keuze op dit terrein maakt die voor de gemiddelde Nederlander niet acceptabel zou zijn.
- Het bieden van persoonlijke ondersteuning op basis van individuele behoeftes van mensen, naast basale verzorging en aandacht, vraagt bijna overal om verdere ontwikkeling.

De conclusie van deze paragraaf is dat er weinig cijfermateriaal is over het functioneren van de AWBZ. Wel zijn er indicaties dat delen van de AWBZ ten aanzien van betaalbaarheid en kwaliteit niet goed presteren.

### **3.4 De aanspraken en aanpalende terreinen**

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangestipt hangt de zorg die via de AWBZ wordt verleend samen met zorg of andere diensten die via andere regelingen worden aangeboden. Zo is er een duidelijke samenhang tussen de cure en de care voor een aantal zorgprocessen. Daarnaast bestaat er een relatie met de woon- en welzijnsector. Voor het beoordelen van de AWBZ is het relevant om na te gaan in hoeverre de huidige afbakening tussen de AWBZ en gerelateerde terreinen zodanig is dat samenhang voldoende tot stand kan komen en afwenteling op de AWBZ of vanuit de AWBZ wordt voorkomen.

De samenhang in de zorg is van belang voor de kwaliteit en waarschijnlijk ook voor de doelmatigheid.<sup>67</sup> Dit is aangetoond voor CVA (beroerte) en diabetes, maar geldt naar verwachting voor meer aandoeningen (zoals dementie) en beperkingen die met ouderdom te maken hebben. Enkele ervaringen met ketenzorg tonen aan dat er mogelijk flinke winsten te behalen zijn.<sup>68</sup> Deze samenhang is echter nog onvoldoende tot stand gekomen. Er zijn allerlei enthousiaste initiatieven voor ketenzorg maar die zijn niet structureel verankerd in de Nederlandse gezondheidszorg. Vaak zijn die initiatieven te

---

<sup>66</sup> IGZ, *Rapport naar aanleiding van het interventiebezoek aan Tepeklooster 12 en 18 januari 2006 te Driebergen*, maart 2006.

<sup>67</sup> Finkenflügel e.a., *Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang*, iBMG / Erasmus Medisch Centrum, onderzoek in opdracht van het CPB, januari 2006.

<sup>68</sup> Zo werd bij een project rond ketenzorg bij beroerten een daling van de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen van bijna 40% gerealiseerd.

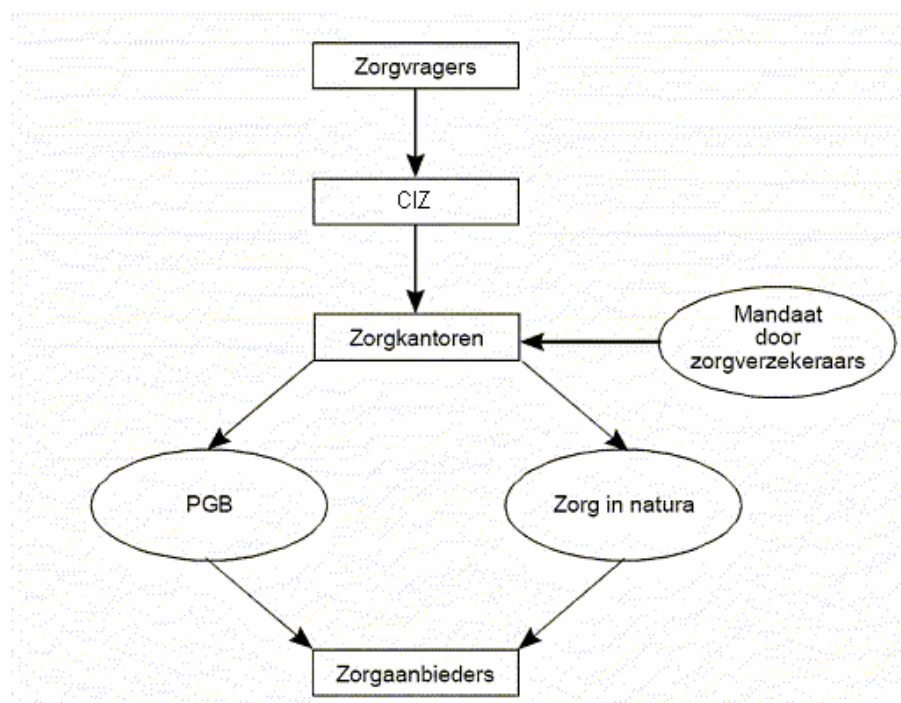
veel afhankelijk van het enthousiasme van een enkeling en komt de ervaring die men heeft opgedaan niet verder dan de eigen regio. De verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang in de zorg is niet duidelijk geregeld. Verder is niet altijd helder welke zorg onder welke regeling zou moeten vallen. Bij ketenzorg ligt de nadruk op specifieke aandoeningen; het is onduidelijk of er voldoende aandacht is voor de samenhang in de zorg bij mensen die vooral oud zijn, waardoor hun lichamelijke en/of geestelijke krachten wat afnemen, en daarom met beperkingen te maken hebben.

Wat betreft de afbakening tot de Zvw (het tweede compartiment) kunnen verschillen in risicodragendheid bij verzekeraars, eigen bijdragen en indicatiestelling leiden tot afwenteling. Ook in relatie tot andere aanpalende beleidsterreinen zoals welzijn, onderwijs en arbeid geldt dat er momenteel sprake is van afbakenings- en afwentelingsproblemen. De verschillende wetten op deze terreinen zijn in verschillende mate voorliggend aan de AWBZ. De diverse voorliggende voorzieningen verschillen elk voor zich in de aard en omvang waarop de regeling een aanspraak op zorg en ondersteuning mogelijk maakt.<sup>69</sup> Dit leidt tot afstemmings- en coördinatieproblemen tussen elk van deze regelingen, wat de kwaliteit en doelmatigheid niet ten goede komt.

### 3.5 Prikkel voor de verschillende spelers

De keerzijde van de wijze waarop solidariteit met slechte risico's via de AWBZ wordt gerealiseerd is dat er nauwelijks prikkels in het systeem zitten: de uitvoerders van de AWBZ hebben weinig prikkels om de publieke belangen te behartigen. De prikkelstructuur van de huidige AWBZ kan aan de hand van figuur 3.3 nader worden geanalyseerd.

**Figuur 3.3 De structuur van de AWBZ gezien vanuit de zorgvraag**



## Zorgvragers

Vanwege het verzekeringskarakter van de AWBZ dragen cliënten niet de volledige kosten van hun zorgconsumptie. Indien cliënten invloed hebben op hun zorgbehoefte én de zorgvoorzieningen als aantrekkelijk ervaren neemt de kans op overmatig gebruik (overconsumptie) toe.

In het bijzonder de mantelzorg vraagt hierbij de aandacht. Een specifiek voorbeeld van overmatig gebruik is monetarisering van mantelzorg. Bij zorg in natura gaat het om het vervangen van onbetaalde mantelzorg door betaalde professionele zorg. Bij een PGB kan het gaan om het omzetten van onbetaalde mantelzorg in betaalde mantelzorg waardoor private 'financiering' in feite wordt vervangen door publieke financiering.

Het CVZ heeft recent onderzoek laten doen naar monetarisering van mantelzorg bij PGB's.<sup>70</sup> Daaruit blijkt dat de mogelijkheid van het PGB ertoe heeft geleid dat in 18 procent van de gevallen waarin sprake is van een PGB, de onbetaalde mantelzorg vervangen is door betaalde mantelzorg na toekenning van een PGB. Berekend voor de totale populatie gaat het om 12 procent van alle budgethouders. Met de omzetting van onbetaalde naar betaalde mantelzorg is op jaarbasis een bedrag gemoeid van 66,7 miljoen euro. Negen procent van alle budgethouders heeft een PGB aangevraagd met als doel de onbetaalde mantelzorg te gaan betalen. Hiermee is op jaarbasis een bedrag gemoeid van 49,3 miljoen euro.

Bij 17 procent van de budgethouders met betaalde mantelzorg was er voorafgaand aan het PGB geen mantelzorg aanwezig en is er met het PGB uitsluitend mantelzorg ingekocht. Ook dat kan tot monetariseren van de mantelzorg gerekend worden. Het betreft in totaal 11 procent van alle budgethouders. Hiermee is op jaarbasis een bedrag van 62,9 miljoen euro gemoeid. Van bewust handelen is sprake bij zeven procent waarmee een bedrag van 38,9 miljoen euro gepaard gaat.

Afhankelijk van de wat precies tot monetarisering wordt gerekend varieert de mate waarin sprake is van monetariseren van de mantelzorg tussen de 16 en 23 procent van alle budgethouders. Hiermee is op jaarbasis een bedrag gemoeid dat varieert van 88 miljoen euro (als we kijken naar dat deel populatie budgethouders waarbij betaling van de mantelzorg een vooropgezet doel is geweest bij de PGB aanvraag) tot 130 miljoen euro (waarbij niet met dit doel een PGB is aangevraagd). De mogelijkheid van betaling van de mantelzorg uit het PGB leidt bij drie procent van alle budgethouders tot een verminderde motivatie bij de mantelzorg om onbetaald zorg te (blijven) verlenen. De risico's die betaling van de mantelzorg met zich mee brengt voor de motivatie van de mantelzorg om zorg te verlenen zijn dus klein.

Protocollering van de indicatiestelling kan tot op zekere hoogte monetarisering van mantelzorg voorkomen voor zover indicatiestellers in staat zijn om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden voor mantelzorg in individuele gevallen. Om die reden wordt bij de indicatiestelling onderscheid gemaakt tussen gebruikelijke zorg (zorg die huisgenoten onderling geacht worden elkaar te geven, normatief) en mantelzorg (vrijwillige zorg). Uit een analyse uit 2003 blijkt dat als de hoeveelheid geleverde

<sup>69</sup> CVZ, *Signalement AWBZ: Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan*, december 2004, CVZ, *Voorliggende voorzieningen, afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, december 2005.

<sup>70</sup> Ramakers, van den Wijngaart, *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*, ITS, oktober 2005. Berg, van den, e.a., *Mantelzorg en persoonsgebonden budget*, RIVM / iMTA, februari 2003.

thuiszorg zou worden aangepast aan de wensen van deze mantelzorgers, het volume van de thuiszorg met tweederde toeneemt.<sup>71</sup>

Een andere manier om overmatig gebruik te verminderen is een eigen bijdrage van voldoende omvang. Zowel in de Zvw als de AWBZ en de Wmo is er momenteel een eigen bijdrage. Ten aanzien van de hoogte moet telkens een evenwicht worden gevonden tussen de publieke belangen macro-betaalbaarheid en toegankelijkheid. Doordat de huidige eigen bijdrageregelingen een (inkomensafhankelijk) plafond kennen zijn deze alleen effectief bij zorgconsumptie tot een bepaald niveau. Daarboven leidt extra zorgconsumptie immers niet tot extra eigen bijdragen. De buitengewone uitgavenregeling in de fiscaliteit kan zelfs leiden tot een perverse prikkel: rond een bepaalde omvang aan kosten leidt een extra uitgave tot een meer dan evenredige belastingteruggave. Voor mensen die niet aan hun inkomensafhankelijke maximum eigen bijdrage zitten (midden- en hogere inkomens) is in het huidige systeem van de AWBZ technisch ruimte voor een verhoging met bijna 250 procent.<sup>72</sup> Daarmee wordt in feite binnen de verzekering een voorziening gecreëerd.<sup>73</sup>

### Indicatieorganen

Verzekerden hebben in het algemeen de neiging om meer een beroep te doen op een verzekering dan doelmatig is, overconsumptie is dus waarschijnlijk. Dit hangt af van de zorgvorm; voor verpleeghuiszorg zal dit minder een rol spelen dan voor huishoudelijke verzorging. Ook gezonde mensen stellen prijs op huishoudelijke verzorging. Door middel van claimbeoordeling kan overconsumptie worden beperkt: de indicatiestelling verkleint de informatieachterstand van de verzekeraar en beperkt daarmee de mogelijkheden om overmatig gebruik te maken van de verzekering. Tot voor kort functioneerde de indicatiestelling in de AWBZ slechts in beperkte mate als een rem op overmatig beroep op de AWBZ: de meeste indicatiebesluiten (90 procent) waren positief en vrijwel altijd conform de aanvraag.<sup>74</sup> Pas sinds 1997 is sprake van (van de aanbieders) onafhankelijke indicatieorganen, tot 2004 onder verantwoordelijkheid van gemeenten (die een belang hadden bij een ruime indicatiestelling). Daarnaast is relevant dat pas recent de indicatiestelling GGZ, gehandicapten en verpleging en verzorging geïntegreerd is én dat tot voor kort zorg zonder geldige indicatie gewoon werd vergoed (conform afspraken tussen CTZ, VWS en ZN).

---

<sup>71</sup> SCP, *Mantelzorg in getallen*, oktober 2003.

<sup>72</sup> De huidige eigen bijdrage per uur voor persoonlijke verzorging en huishoudelijke verzorging is 90 procent van € 12 per uur, € 11,80 (tarief alpha-hulp 2006). Technisch kan dit voor de persoonlijke verzorging verhoogd worden naar 90 procent van € 34,10, € 30,80 (tarief persoonlijke verzorging). Ook voor ondersteunende begeleiding zou een dergelijk tarief ingevoerd kunnen worden. Indien het maximumplafond voor Wmo en AWBZ gehandhaafd wordt (conform het voorstel uit de *Brief van de staatssecretaris over invoering Wet maatschappelijke ondersteuning en eigen bijdragesystematiek*, Kamerstukken II, 2004-2005, 29 538, nr. 7, 26 november 2004) en sprake is van het gebruik van meerdere vormen van zorg en ondersteuning, zal deze verhoging voor lagere inkomens per saldo overigens geen effect sorteren (bij de huidige eigen bijdrage zit tweederde van de mensen die gebruik maken van de AWBZ aan hun maximum eigen bijdrage, na de verhoging is dat 90 procent, bij de huidige inkomensverdeling). Tegelijkertijd zou dit leiden tot een extra opbrengst van 48 miljoen euro in vergelijking met de basisvariant Wmo. Naast de mogelijkheid om langs deze weg de eigen bijdrage te verhogen, is het een optie om dergelijke eigen bijdragen niet langer in aanmerking te laten komen voor fiscale aftrek (buitengewone lastenaf trek).

<sup>73</sup> Bij de behandeling van het wetsvoorstel Wmo heeft de Kamer overigens de motie Mosterd/Bakker aangenomen (Kamerstukken II, 2005-2006, 30 131, nr. 76, 26 januari 2006). Deze motie stelt dat het wenselijk is de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg af te schaffen.

<sup>74</sup> CPB, *Momentopname AWBZ, een analyse van de sterke en zwakke punten*, maart 2004.



Volgens het CPB zijn er aanwijzingen voor overindicatie door RIO's (geweest).<sup>75</sup> Boer & Croon merken op dat "sommige partijen (waaronder instellingen) 'te ruime indicatiestelling' een wezenlijk kostenopdrijvend aspect in de AWBZ noemen, al valt hiervoor geen hard bewijs te leveren, vanwege het feit dat (destijds) een normatief kader ontbrak."<sup>76</sup> Met de invoering van meer uniforme indicatiecriteria (via protocollering) is dit probleem momenteel (gedeeltelijk) opgelost. Het CIZ heeft een wegingskader ontwikkeld om het begrip gebruikelijke zorg uit te werken dat inmiddels algemeen wordt toegepast. Daarnaast is voor elk van de zeven functies uit de AWBZ een zogenaamd wegingskader opgesteld. Op het moment dat deze wegingskaders gereed en getest zijn, worden ze voorgelegd aan de minister van VWS. Vervolgens wordt over de wegingskaders advies gevraagd aan het CVZ. Na dit advies worden de wegingskaders als beleidsregel vastgesteld door de Minister. Deze beleidsregels zijn de 'knoppen' waaraan de Minister kan draaien als het gaat om de aanspraken op de AWBZ. Indien dit niet het gewenste effect heeft kan het Besluit Zorgaanspraken of de AWBZ worden gewijzigd.

Probleem in het huidige systeem blijft echter de moeilijkheid om eventuele 'te ruime' indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij 'te krappe' indicaties wel aanwezig is. Andere ketenpartijen dan het CIZ voelen zich over het algemeen niet verantwoordelijk voor signalering en correctie bij geconstateerde 'ruime' indicaties.<sup>77</sup> Dit geldt in het bijzonder in situaties dat sprake zou moeten zijn van een krappere herindicatie. Ten tijde van de wachtlijsten en/of budgettering voelden zorgaanbieders zich nog wel geroepen om medeverantwoordelijkheid te nemen, omdat er sprake was van verdeling van schaarste. Met de aanscherping (in de praktijk) van het recht op zorg en het benadrukken van de objectieve indicatiestelling was dit niet meer het geval.

Verder vraagt de uitvoering rond het CIZ veel aandacht. Zo is de huidige financiering nog niet prestatiegericht. Niet alleen de 'kleine geldstroom' (normbedragen per soort indicatie), maar vooral 'de grote geldstroom' moet leidend zijn voor de financiering. Een tweede punt is de beleidsinformatie: het informatiesysteem dat wordt opgezet is zo globaal dat finetuning van indicatieprotocollen nog niet mogelijk zal zijn. Relevant is dat op basis van de gegevensbestanden van het CIZ geen onderzoek hiernaar kan worden gedaan, indien indicatiestellers de daarvoor benodigde gegevens niet gaan vastleggen. Een derde punt is de mandatering van de indicatiestelling: het is van belang dat mandatering niet leidt tot overmatig gebruik en dat het CIZ hiertoe wordt aangestuurd. Daarbij moet het CIZ voldoende instrumenten krijgen: de mogelijkheid die het CIZ heeft om een instelling die onjuist indiceert, de bevoegdheid daartoe af te nemen, zou aangevuld moeten worden met de mogelijkheid om een dergelijke aanbieder een financiële sanctie op te leggen.<sup>78</sup> Ten slotte geldt dat alle energie die gericht is op de indicatiestelling voor zijn rendement afhankelijk is van de vraag of het uitgangspunt 'geen geldige indicatie dan geen bekostiging van zorg' daadwerkelijk gehandhaafd wordt.

---

<sup>75</sup> Protocollering alleen is niet voldoende om ook te zorgen voor een uniforme indicatiestelling. Zoals bleek bij de introductie van het protocol gebruikelijke zorg is ook training van indicatiestellers noodzakelijk.

<sup>76</sup> Boer en Croon, *Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen*, augustus 2004.

<sup>77</sup> Boer&Croon, *Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen*, augustus 2004. Dit rapport was een bijlage bij de brief van de Staatssecretaris van VWS over het gebruik van AWBZ-middelen, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 106, 17 september 2004. Hetzelfde probleem doet zich mutatis mutandis overigens voor bij budgetbeperkende maatregelen die worden uitgevoerd door het CTG.

<sup>78</sup> Op dit moment kan een aanbieder die bij een controle steekproef meer dan 5 procent afwijking heeft de bevoegdheid verliezen. Denkbaar is om daarbij een financiële boete op te leggen die correspondeert met het veroorzaakte overmatig gebruik. CIZ, *Plan van aanpak mandatering*, brief van de voorzitter van de Raad van Bestuur aan de DG Maatschappelijke zorg, 22 juni 2005.

## Zorgkantoren

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven kan zorg worden ingekocht door de zorgkantoren. Zorgkantoren hebben geen financiële prikkel om doelmatig in te kopen, noch een financiële prikkel om aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg. De combinatie van zorgkantoor en zorgverzekeraar levert zelfs een perverse prikkel: de zorgverzekeraar loopt risico, het zorgkantoor niet. Daar waar het mogelijk is om kosten af te wentelen (op het snijvlak van cure en care) is dit dus aantrekkelijk.

Vanwege het ontbreken van de mogelijkheid tot het invoeren van directe financiële prikkels is gezocht naar andere mogelijkheden om de prestaties van zorgkantoren op te voeren. Dit heeft geleid tot een pakket aan maatregelen waarover afspraken zijn gemaakt in een convenant.<sup>79</sup> Het transparant maken van prestaties en vervolgens het beoordelen en zonodig bijsturen daarvan vormt de kern van de aanpak die wordt gevolgd. Op zich kan langs die weg tot een goede uitvoering van taken worden gekomen. De praktijk bewijst dit ook gelet op recente CTZ rapportages. Er zijn wel enkele kanttekeningen te maken die nopen tot een meer fundamentele verandering in de uitvoeringsstructuur.

In de eerste plaats is een nadeel van de huidige aanpak dat het model werkt door een vrij zware rol van de overheid die eerst duidelijk maakt welke prestaties precies van zorgkantoren worden verwacht en vervolgens via toezicht de geleverde prestaties inzichtelijk maakt en zonodig bijstuurt. Een dergelijke rol van de overheid biedt weliswaar houvast voor beleidsmakers en bestuurders die daardoor een flinke vinger in de pap houden. Hier staat tegenover dat innovaties die in het veld zelf ontstaan moeilijker in de AWBZ-uitvoering een plek kunnen veroveren (de overheid moet er namelijk eerst wat van vinden). Bovendien is de kans groot dat door deze aanpak op langere termijn weer wachtlijsten zullen ontstaan. Dit pleit voor een overheid die meer op afstand staat en de integrale verantwoordelijkheid voor de uitvoering (inhoud en financiering) meer aan een ander overlaat. In de tweede plaats moet in het huidige model de stimulans voor de uitvoerder om 'het beter te doen' vooral van de overheid komen. Een effectievere/directere wijze van beïnvloeding is als een uitvoerder door de klant wordt aangespoord tot de meest optimale prestatie en/of als aan een vorm van maatstafconcurrentie financiële prikkels kunnen worden gekoppeld (zoals bij de Wet werk en bijstand, zie verder in hoofdstuk 5).<sup>80</sup>

## PGB

Een patiënt kan ook kiezen voor een persoonsgebonden budget. Op dit moment zijn PGB's voor de functies verblijf en behandeling niet mogelijk. Het PGB biedt cliënten bepaalde voordelen ten opzichte van zorg in natura. Zo biedt een PGB meer keuzevrijheid en is er geen toelating als AWBZ-aanbieder nodig. Tegelijkertijd is het PGB op dit moment gebaseerd op 75 procent van de kosten van zorg in natura, wat een behoorlijke prikkel richting zorg in natura is. Opvallend is dat desondanks PGB-budgethouders hun budget vaak niet volledig benutten.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, Staatscourant 30 december 2004, nr. 253.

<sup>80</sup> Overigens is er ook nu al wel sprake van externe effecten van het toezicht op prestaties, te denken valt aan reputatie-effecten. Zorgkantoren krijgen een concessie voor een beperkt aantal jaar. Het is denkbaar dat een zorgkantoor dat zijn plichten verzaakt zijn reputatie op het spel zet en dat daardoor de kans op een nieuwe concessie afneemt. De zorgkantoren zijn daarnaast gelieerd aan zorgverzekeraars. Indien dit duidelijk is voor de buitenwereld kunnen ook reputatie-effecten voor de zorgverzekeraars een prikkel vormen voor het zorgkantoor om inspanningen te leveren.

<sup>81</sup> CVZ, *Kernmonitor PGB nieuwe stijl*, augustus 2004.

## Zorgaanbieders

Strengere toelatingseisen voor nieuwe zorgaanbieders hebben als onbedoeld neveneffect dat de sterke onderhandelingspositie van aanbieders in stand blijft.<sup>82</sup> Recent zijn de toetredingsdrempels enigszins versoepeld, maar of dit leidt tot een substantieel hogere concurrentiedruk valt nog te bezien. Zelfs als zorgkantoren kritisch zouden willen inkopen (dus als de prikkel voor zorgkantoren versterkt zou worden), dan nog zullen zorgkantoren in veel regio's genoeg moeten nemen met het lokale zorgaanbod. Dit probleem geldt vooral voor verpleeghuizen en lijkt bij verzorgingshuizen veel minder groot. Op de thuiszorgmarkt is veelal sprake van voldoende aanbod. Uit onderzoek onder een beperkt aantal zorgkantoren blijkt dat de mogelijkheden voor onderhandelen over prijs/kwaliteit nauwelijks worden benut. Een positief signaal zijn initiatieven uit het veld zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling en toepassing van het 'bronzen keurmerk': een kwaliteitswaarborg voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Volgens het rapport 'geconcentreerd dereguleren' van VWS is het beeld voor de gehandicaptensector gemengd: in de ene provincie is de beoordeling van de zorgverleningsmarkt ronduit negatief, terwijl er in andere provincies ruim voldoende te kiezen valt.

Voor de prikkels van aanbieders is ook de bekostiging zeer relevant. Bij de bekostiging moet onderscheid worden gemaakt tussen intramuraal en extramuraal.

Het huidige intramurale systeem geeft aanbieders weinig prikkels om naar doelmatigheid te streven. De overheid staat niet toe dat de instelling met een positief exploitatieresultaat wat extra's doet. De bedrijfsvoering blijkt een ondergeschoven kind. De prikkelstructuur voor zorgaanbieders zou aanmerkelijk verbeteren als (conform de kabinetsvoornemens) toegewerkt wordt naar prestatiebekostiging waarbij aanbieders worden afgerekend op basis van daadwerkelijk geleverde zorg. Integrale prestatiebekostiging impliceert tevens dat de kapitaallasten in de (integrale) tarieven worden opgenomen, zodat aanbieders risico gaan lopen over het vastgoed.<sup>83</sup> Door daarbij wonen en zorg financieel te ontvlechten én wonen uit de AWBZ te halen, kan afscheid worden genomen van belemmerende regelgeving op het terrein van bouw. Tevens kan de machtspositie die aanbieders aan het vastgoed ontleen worden beperkt. Het ondernemerschap van zorgaanbieders wordt dan gestimuleerd: een verruiming van het zorgaanbod, toetreding van nieuwe investeerders én een betere gerichtheid op de wensen van de zorgvrager mag dan verwacht worden.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> Nieuwe zorgaanbieders kunnen daarbij daadwerkelijk nieuwe aanbieders zijn of aanbieders die nog niet in een bepaalde regio actief zijn. De laatste categorie noemt in dit verband de zogenaamde vestigingsplaatsplicht (zie ook hoofdstuk 2) als belemmering.

<sup>83</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister over de aanpak van het kapitaallastenvraagstuk bij zorginstellingen en notitie over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, Kamerstukken II, 2004-2005, 27 659, nr. 52, 14 maart 2005.

<sup>84</sup> In de *Contourenvisie Toekomstbestendige ouderenzorg* (Arcares, juni 2004) stelt de brancheorganisatie van de aanbieders voor verpleging en Verzorging Arcares: "In het concept van financieel scheiden van wonen en zorg wordt de markt van de ouderenhuisvesting interessant voor nieuwe investeerders. Vanwege de gedetailleerde regelgeving op het terrein van bouwen in de zorg, deinst deze groep tot nog toe terug voor het nemen van initiatieven. Met nieuwe investeringsmogelijkheden kunnen woningcomplexen worden geëxploiteerd door de zorgaanbieder of de woningcorporatie, maar bijvoorbeeld ook door een vereniging van eigenaren. Door exploitatie te combineren met een aantrekkelijk servicepakket en een integraal zorgaanbod voor ouderen kan dit leiden tot een interessant woonzorg- en welzijnsarrangement. Verwacht mag worden dat een plezieriger woonsituatie, gecombineerd met een welzijnsaanbod, veelal de zorgvraag zal uitstellen. En als de bewoner uiteindelijk toch een zorgvraag heeft, dan is hij er zeker van dat hij die zorg krijgt zonder dat hij hoeft te verhuizen." Denkbaar is daarbij bijvoorbeeld dat een huurdersvereniging of een vereniging van eigenaren voor een bepaalde periode een contract aangaat met een aanbieder en daarna dat contract (voor de zorg en ondersteuning) opnieuw aanbesteedt.

Het aanbrenge van deze verbetering is niet eenvoudig. Doordat prestatiebekostiging van intramurale aanbieders tot nu toe afwezig was, hebben instellingen vaak beperkt zicht op de omvang van de zorg die ze per cliënt leveren en op de middelen die ze daarvoor per cliënt inzetten. Dat maakt het moeilijk om de juiste vergoedingen per prestatie vast te stellen. De stap om het wonen uit de AWBZ te halen c.q. om financiering uit de AWBZ te vervangen door financiering uit huur of koop, vereist bovendien dat de prikkels in het inkomensbeleid en in de volkshuisvesting zodanig zijn dat ook voor ouderen met weinig eigen vermogen of een klein pensioen het concept van scheiden van wonen en zorg op een verantwoord kwaliteitsniveau mogelijk is.

Het huidige extramurale systeem werkt al langer met een bekostiging op basis van geleverde prestaties. Risico van de hierbij gekozen vorm is dat waar geleverd werk (bijvoorbeeld het aantal uren) wordt gebruikt als indicator voor geleverde prestaties (bijvoorbeeld: de woning is schoongemaakt), dit slechts resulteert in een prikkel om zoveel mogelijk zorg te leveren in plaats van zo doelmatig mogelijk.

### **3.6 Algemene randvoorwaarden**

#### **Informatievoorziening**

VWS is al enige jaren bezig de transparantie te vergroten door de opzet van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) die het uitwisselen van gegevens in de keten regelt tussen het indicatieorgaan (het CIZ), de uitvoerder van de AWBZ c.q. het zorgkantoor en de zorgaanbieders.<sup>85</sup> Doorontwikkeling van het systeem vindt voortdurend plaats en de uitwisseling van gegevens moet nog grotendeels op gang komen. De informatievoorziening voor cliënten is eveneens nog niet optimaal. De ontwikkeling van keuze-informatie voor cliënten over zorgaanbieders en verzekeraars begint recentelijk van de grond te komen (zie verder hoofdstuk 6).

#### **Toezicht**

De in hoofdstuk 2 geschetste aanpak in het toezicht op zorgkantoren heeft de afgelopen jaren gezorgd voor meer transparantie. De prestaties van individuele zorgkantoren zijn nu algemeen kenbaar en dat bevordert dat verzekeraars hun uitvoering op orde hebben. Dit is terug te zien in de beoordelingen van het CTZ.<sup>86</sup> De verzekeraars lijken zich er van bewust te zijn dat een slechte score in het toezicht slechte reclame is. De staatssecretaris heeft aangekondigd om bij de periodieke aanwijzing van zorgkantoren, de door hen geleverde prestaties (blijkend uit het toezicht) mee te zullen wegen.

Ten aanzien van het toezicht in de AWBZ zijn er twee concrete aandachtspunten. Zoals bleek in hoofdstuk 2 is het om te beginnen niet zeker of het concentratietoezicht door de NMa voldoende houvast geeft om ongewenste concentraties van zorgaanbieders in de AWBZ tegen te gaan. Een tweede aandachtspunt is het feit dat in het systeem van de AWBZ het toezichtsinstrumentarium ten aanzien van zorgkantoren beperkt is. Het is mogelijk om een aanwijzing te geven en vervolgens kan de stap worden gezet naar verscherpt toezicht. Uiteindelijk kan bij de concessieverlening bezien worden of een andere uitvoerder kan worden gevonden. Een instrument als een bestuurlijke boete is echter niet beschikbaar omdat de uitvoering van de AWBZ niet risicodragend is.

---

<sup>85</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met de voortgangsrapportage AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) over de periode juli t/m oktober 2004*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631, nr. 118, 29 november 2004.

<sup>86</sup> CTZ, *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2004*, 2004. Acht concessiehouders scoren goed tot ruim voldoende, zes concessiehouders hebben een voldoende en een concessiehouder krijgt matig als beoordeling.

### 3.7 Slot

In dit hoofdstuk is gebleken dat er veel informatie is over de organisatie van de AWBZ maar slechts weinig over de prestaties van de AWBZ. Duidelijk is dat de kosten sterk zijn gestegen in de laatste tien jaar, vooral na 2000 toen het recht op zorg is ingevoerd. Op lange termijn zijn de kostenstijgingen die zich hebben voorgedaan niet houdbaar en daarmee is er waarschijnlijk een houdbaarheidsprobleem. Hoe het momenteel staat met kwaliteit en doelmatigheid is onduidelijk: over kwaliteit is enige informatie beschikbaar maar het beeld verschilt per deelsector. Er zijn in ieder geval problemen bij de verpleeghuizen. Over doelmatigheid weten we weinig: er is wel onderzoek gedaan, maar daar is veel op aan te merken. Wat betreft informatie en transparantie valt er nog een wereld te winnen.

Hoewel niet erg helder is hoe de AWBZ presteert ten aanzien van kwaliteit en betaalbaarheid blijkt uit de organisatie dat er het nodige valt te verbeteren. Evidente knelpunten in de huidige organisatie doen zich vooral voor aan de 'verzekeringskant' van de AWBZ door het ontbreken van de juiste prikkels. Bij de indicatiestelling en de zorginkoop ontbreken prikkels om goed te indiceren en vervolgens zorg in te kopen van een goede prijs/kwaliteit verhouding. Ten aanzien van de indicatiestelling zijn recentelijk initiatieven genomen om de indicatiestelling te verbeteren, maar het ontbreken van prikkels blijft een aandachtspunt. Ten aanzien van de zorginkoop geldt dat zorgkantoren perverse prikkels hebben: zorgkantoren kunnen beter zo min mogelijk tijd in de zorginkoop steken dan te proberen scherp in te kopen. Vanuit doelmatigheidsoogpunt is er wat dit betreft ruimte voor verbetering. Het CVZ concludeert dan ook in een recent rapport<sup>87</sup> "1) het veld ziet de AWBZ als een vangnet van zorg; men laat bij samenloop met andere regeling de AWBZ voor gaan. Er vindt kostenopdriving plaats doordat enerzijds zorgaanbieders zich genoodzaakt zien de financiële armslag te vergroten en anderzijds de zorgkantoren zich daartegen niet verzetten. 2) Er vindt kostenopdriving plaats omdat er geen correctiemogelijkheden zijn ten aanzien van te ruime indicatiestellingen 3) Er is geen formele eindverantwoordelijkheid noch een goed gebalanceerde zorginkooprelatie binnen de uitvoeringsstructuur waarmee de uitgaven goed kunnen worden beheerst."

Daarnaast is aan de aanbodzijde de bekostiging een belangrijk aandachtspunt. Intramuraal worden op dit moment noch de zorg, noch de kapitaallasten op basis van prestaties bekostigd. Pas als dit gebeurt, zal aan een belangrijke voorwaarde zijn voldaan om te komen tot verruiming van het aanbod én een betere gerichtheid op de wensen van de zorgvrager. Dit kan worden versterkt als het systeem van financiering van wooncomplexen uit de AWBZ wordt vervangen door een systeem waarbij bewoners van instellingen – net als andere burgers – zelf de woonlasten dragen.

---

<sup>87</sup> CVZ, *Toekomst AWBZ*, augustus 2004.



## 4 Klantgroepen in de AWBZ

### 4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de centrale problemen die een regeling voor langdurige zorg moet ondervangen willen de publieke belangen goed geborgd worden. Deze problemen hangen deels samen met de kenmerken van de cliënten waarvoor de AWBZ is bedoeld. Of samenhang tussen AWBZ-voorzieningen en andere zaken relevant is, is afhankelijk van de integrale zorgvraag van de cliënt. De totale zorgvraag en de aard en stabiliteit van het zorgproces hangen vaak samen met de fase in de levensloop. Ook problemen met betrekking tot verzekeraarbaarheid hangen rechtstreeks samen met cliëntkenmerken: de zorgvraag van cliënten bepaalt immers mede in hoeverre er voor een verzekeraar sprake is van een 'slecht' risico. Verder zijn er AWBZ-gebruikers die uitstekend in staat zijn om zelf keuzes te maken, maar er zijn ook groepen waarvoor dit niet of in mindere mate geldt. Het bovenstaande is belangrijk omdat, indien de problemen per groep verschillen, het goed denkbaar is dat het beste sturingsmodel per groep verschilt.

In dit hoofdstuk wordt de heterogene groep AWBZ-gebruikers ingedeeld in een aantal homogeneren groepen. Daarbij wordt nagegaan in hoeverre de in hoofdstuk 3 genoemde problemen voor (delen van) deze groepen relevant zijn. Op basis van deze beoordeling wordt vervolgens in een concluderende paragraaf nagegaan in hoeverre de groepen verder te clusteren zijn of nader moeten worden uitgesplitst.

### 4.2 De indeling

Er zijn veel indelingen voor de AWBZ mogelijk. Als startpunt nemen we een indeling van de RVZ. Redenerend vanuit het perspectief van de zorgvrager onderscheidt de RVZ een aantal 'zorgmarkten'. De deelmarkten die de RVZ onderscheidt hebben niet louter betrekking op de AWBZ maar dekken de totale zorgvraag. In dit IBO-rapport hanteren we daarom een licht aangepaste indeling.<sup>88</sup> De 'zorgdeelmarkten' of groepen zorgvragers zijn te typeren naar de aard van de stoornis of de ziekte:

- Ouderen en chronisch zieken;
- Mensen met een aangeboren, erfelijke of vroeg verworven stoornis;
- Mensen met een al dan niet behandelbare psychische stoornis;
- Mensen met een potentiële ziekte of stoornis, al dan niet voorspelbaar, te voorkomen door middel van preventie. In aanvulling op de RVZ-indeling scharen wij hier een gezondheidsprobleem onder dat gepaard gaat met aanzienlijke negatieve externe effecten voor de samenleving, zoals verslavingsproblematiek.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Ten opzichte van de RVZ-indeling hanteren we geen aparte deelmarkt acute aandoeningen, omdat deze deelmarkt vooral betrekking heeft op de Zvw. Daarnaast behandelen we mensen met een psychische stoornis apart.

<sup>89</sup> iBMG, *Manifest, twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, 2002, en CPB, *Momentopname van de AWBZ, een analyse van de sterke en zwakke punten*, maart 2004.

Deze groepen zullen in de volgende paragrafen nader in kaart worden gebracht aan de hand van de volgende aspecten:

- Aantallen en budget;
- Typering van de zorgvraag / aard van het zorgproces;
- Stabiliteit van de zorgvraag;
- De mate waarin sprake is van moeilijk af te dekken risico's;
- Samenhang met de curatieve zorg respectievelijk met wonen en welzijn;
- De mate waarin zorgvragers zelf sturing aan hun zorgvraag kunnen geven (kunnen kiezen).

### 4.3 Ouderen en chronisch zieken

Chronisch zieken zijn mensen met ziekten die bij de huidige stand van de wetenschap niet (volledig) te genezen zijn. Het gaat algemeen gezegd om onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur.

#### Aantallen en budget

In Nederland vallen circa 1,6 miljoen mensen onder deze definitie, waarin ook ouderen en mensen met een aangeboren stoornis begrepen zijn. Het zijn mensen met zeer verschillende ziektebeelden en beperkingen, die volgens de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) met meer en ernstigere beperkingen in het menselijk functioneren te maken hebben dan mensen in de algemene bevolking. Boven de 65 jaar is het verschil tussen chronisch zieken en ouderen niet meer de aard van de beperking maar de ernst ervan. De beperkingen doen zich vooral voor op het gebied van de mobiliteit (gaan zitten en staan, zich verplaatsen) en bij het uitvoeren van huishoudelijke taken. Boven de leeftijd van 65 stijgt het aantal mensen met beperkingen snel.<sup>90</sup>

Bij de groep chronisch zieken en ouderen vindt het AWBZ-gebruik voor het overgrote deel door ouderen plaats. Een indicatie van het gebruik van AWBZ-zorg door deze groep is het aantal gebruikers van verpleging en verzorging, circa 580.000 personen. Zoals bekend zijn er 2,2 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder. Met verpleging en verzorging in de AWBZ was in 2004 11,3 miljard euro gemoeid (inclusief de huishoudelijke verzorging).<sup>91</sup>

#### Typering van de zorgvraag en aard van het zorgproces

Het SCP heeft op basis van gegevens van de indicatieorganen uit 2000 voor verpleging en verzorging in kaart gebracht wie de vragers van zorgpakketten zijn.<sup>92</sup>

Hulpvragers met een positief advies voor verpleging en verzorging zijn gemiddeld 72 jaar oud en het merendeel van de zorgvragers is tussen de 70 en 90 jaar oud. 70 procent van de vragers is vrouw. Weduwen, weduwnaars en andere alleenstaanden zijn oververtegenwoordigd; slechts de helft van de vragers woont samen of is gehuwd. Een groot deel van de vragers woont in een aangepaste (ouderen)woning of in een instelling.

De redenen om hulp te vragen bij het CIZ lopen uiteen. Een kwart van de positief geïndiceerden vraagt hulp in verband met verminderde zelfredzaamheid als gevolg van ouderdom. Veelal leidt dit tot een advies voor opname. Een kwart heeft nazorg nodig na ontslag uit een ziekenhuis of verpleeghuis. In deze gevallen wordt vaker een advies voor

---

<sup>90</sup> NIVEL, *Patiëntenpanel chronisch zieken, kerngegevens maatschappelijke situatie 2004, 2005.*

<sup>91</sup> Na overheveling van de huishoudelijke verzorging blijft er nog zo'n 10 miljard euro in de AWBZ.

<sup>92</sup> SCP, *Verpleging en verzorging verklaard*, oktober 2004.



zorg thuis gegeven. Andere veelvoorkomende redenen zijn chronische ziekte, handicap, kortstondige ziekte en psychosociale problemen.

Na onderzoek door de indicatiestellers blijkt dat hulpvragers in de meeste gevallen hulp nodig hebben omdat hun vaardigheid bij het uitvoeren van huishoudelijke taken is beperkt, zij zichzelf minder goed kunnen verzorgen (wassen, aankleden en toiletgang), zichzelf moeilijker kunnen bewegen (binnens- en buitenshuis) en zij een lichamenlijk ongemak hebben (incontinentie, ademhalingsproblemen, pijn).

In tabel 4.1 zijn de verschillende groepen die hierachter schuil gaan op een rij gezet.

**Tabel 4.1 Enkele typen hulpvragers verpleging en verzorging**

Persoon	Zorgvraag
60-jarige samenwonende chronisch zieke of gehandicapte	huishoudelijke verzorging
75-jarige alleenwonende ontslagen ziekenhuispatiënt	persoonlijke verzorging (plus)
70-jarige medisch patiënt	verpleging (plus)
45-jarige met psychische problemen	begeleiding (plus)
80-jarige verweduwde in aangepaste woning, meervoudige lichamenlijke en psychosociale problematiek	semi-murale zorg (plus), tijdelijke opname (plus), opname verzorging (plus) of opname verpleging (plus)

Bron: SCP, *Verpleging en verzorging verklaard*, oktober 2004.

De aard van de zorgprocessen bij ouderen is op hoofdlijnen goed beschreven in een rapport van de Gezondheidsraad.<sup>93</sup> Belangrijke noties zijn:

- Welke activiteiten, taken en rollen men kan uitvoeren, wordt niet alleen bepaald door wat men kan, maar ook door de eisen die de fysieke omgeving stelt en door de verwachtingen die bestaan over de manier van uitvoeren;
- Beperkingen die mensen ervaren zijn niet altijd onomkeerbaar. Na een aanvankelijke verslechtering in het functioneren kan er weer verbetering of herstel optreden, al kan ook dit weer van tijdelijke aard zijn. Persoonlijke factoren beïnvloeden mede het beloop van beperkingen in de tijd. Dit betekent dat er ook mogelijkheden zijn om de beperkingenlast terug te dringen als mensen eenmaal beperkingen hebben.
- De draagkracht of kwetsbaarheid heeft bij ouderen grote invloed op de uitkomst van een behandeling. Zo is de zelfredzaamheid van oudere patiënten een goede voorspeller van hoe het hen zal vergaan tijdens en na een ziekenhuisopname. De prognose van een oudere patiënt met een bepaalde medische diagnose krijgt dus pas gestalte wanneer *frailty* wordt meegewogen. De biologische leeftijd doet er veel minder toe. Zelfredzaamheid en *frailty* verdienen dan ook een zelfstandige plaats te krijgen in het klinisch denken en handelen. Dat geldt voor alle geledingen van het zorgsysteem, of het nu gaat om de eerstelijnszorg, ziekenhuizen, onderwijs of vervolgopleidingen.
- Als naast gezondheid, welzijn een belangrijk doel is, is van belang dat verlies aan gezondheid ook enigszins gecompenseerd kan worden door investeringen in sociale contacten en activiteiten die, gegeven de beperkingen, nog mogelijk zijn. Omgekeerd kan het verlies van een sociale rol of de onmogelijkheid om zo'n rol te vervullen het nodig maken om meer te putten uit genegenheid, waardering en lichamenlijk comfort. Dit kan directe consequenties hebben voor de zorg: als de mogelijkheid tot sociale participatie klein wordt, wordt de zorg een belangrijker bron van welzijn.

<sup>93</sup> Gezondheidsraad, *Vergrijzen met ambitie*, 2005. Dit rapport heeft de raad namens de themacommissie ouderenbeleid begin 2005 aangeboden aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

Een bijzondere subgroep bij de klantgroep ouderen en chronisch zieken zijn de 10.000 tot 15.000 mensen die op jonge leeftijd dement worden en waarvan er ongeveer 500 zijn opgenomen in AWBZ-voorzieningen (verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen) en 300 een afdeling voor dagbehandeling bezoeken. Deze groep heeft een heel andere zorgvraag dan oudere dementerenden. Bij het optreden van de eerste verschijnselen hebben ze meestal nog een actief sociaal leven, een gezin en werk. Hun fysieke gesteldheid vraagt ook om de inzet van meer mensen en om een ander aanbod van activiteiten, bijvoorbeeld sport.<sup>94</sup>

### **Stabiliteit van de zorgvraag**

Voor het merendeel van de hulpvragers is de zorgvraag stabiel. Men krijgt binnen een jaar geen hernieuwde indicatie. Meestal impliceert dit dat de ontvangen zorg voldoende is en er geen reden is om de zorg aan te passen of dat mensen pas na de onderzochte periode een hernieuwde indicatie krijgen.

Binnen de groep met een hernieuwde indicatie binnen een jaar, in totaal bijna 6.000 hulpvragers, wordt ruim 40 procent van de indicaties voor zorg thuis veranderd in een andere indicatie voor zorg thuis, ruim een kwart verandert van zorg thuis naar opname, bijna een vijfde verandert van opname naar zorg thuis en een tiende verandert van indicatie voor opname naar een andere indicatie voor opname. Naarmate de hulpvrager ouder is, wordt de kans op een indicatie voor zorg thuis na een indicatie voor opname kleiner.

In gesprekken met deskundigen in het kader van dit IBO-rapport schetste een bestuurder van een instelling voor verpleging en verzorging een herkenbaar beeld dat bij ouderen goede zorg bij ingrijpende gebeurtenissen (vaak gekoppeld aan een curatieve operatie of het wegvallen van belangrijke derden) van grote invloed kan zijn op de structurele zorgvraag. Het gaat dan om het leren omgaan met nieuwe beperkingen en het ondersteunen in het weer oppakken van de regie over eigen leven en zorg. Toekomstig onderzoek, bijvoorbeeld van het RIVM<sup>95</sup>, zal die processen nader in kaart brengen.

Voor een belangrijke subgroep binnen de groep ouderen en chronisch zieken -de groep mensen met dementie (op dit moment circa 200.000 mensen) kan het volgende beeld geschetst worden. De periode vanaf de eerste tekenen van dementie bij mensen tot het overlijden duurt gemiddeld zes jaar. Die eerste symptomen doen zich meestal voor bij 75 jaar. Gedurende de zes jaar dat iemand dement is woont hij of zij gemiddeld de eerste vier jaar gewoon thuis. Bij benadering overlijdt één op de vijf mensen met dementie thuis of in het ziekenhuis; op dat moment zijn de problemen die samenhangen met dementie nog niet zo groot dat een opname in een verblijfsvoorziening nodig was. De andere mensen met dementie verblijven voor hun overlijden gemiddeld nog twee jaar in een verzorgingshuis of een verpleeghuis.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over dementie*, Kamerstukken II, 2005-2006, 25 424, nr. 65, 7 februari 2006.

<sup>95</sup> Kommer, en Polder, *Profielen in het zorggebruik van Nederlanders op macroniveau*, projectvoorstel t.b.v. het ministerie van VWS, Centrum VTV, RIVM, oktober 2005.

<sup>96</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over het landelijk dementie programma (LDP)*, Kamerstukken II, 2004-2005, 25 424, nr. 59, 22 december 2004.

### **De mate waarin sprake is van moeilijk af te dekken risico's**

Binnen de groep chronisch zieken en ouderen geldt dat de kans dat een beroep op zorg wordt gedaan groot is, maar er is geen sprake van zekerheid zoals bij aangeboren stoornissen. Voor de ouderenzorg geldt dat de kans dat men als oudere op een gegeven moment zorg nodig heeft vrij groot is. Ook voor chronisch zieken kunnen echter problemen met verzekering optreden door de kosten en duur van het zorgproces: nadat de ziekte zich eenmaal voordoet zijn chronisch zieken vaak kostbare klanten en daardoor -zonder een vorm van risicoverevening- onaantrekkelijk.

### **Samenhang met curatieve zorg**

Kenmerkend is dat deze groep veelal zorg uit zowel de cure als de care nodig heeft (opeenvolgend zoals bijvoorbeeld bij CVA of beroerte, of in samenhang zoals bij dementie). Bij de curatieve zorg gaat het zowel om eerstelijnszorg (o.a. de huisarts) als tweedelijnszorg (o.a. ziekenhuis). De patiënt heeft derhalve te maken met een veelheid van aanbieders die niet altijd goed samenwerken.

Het risico bestaat dat in afzonderlijke schakels van de keten onvoldoende rekening wordt gehouden met de consequenties van het handelen voor de doelmatigheid van de keten als geheel. Uit een recente OESO-studie naar langdurige zorg voor ouderen blijkt dat coördinatie tussen de verschillende schakels in de zorgketen voor ouderen belangrijk is en kan bijdragen aan betere zorg.<sup>97</sup> Het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit beargumenteerde eerder al dat het realiseren van integrale transmurale ketenzorg kan leiden tot flinke kwaliteits- en doelmatigheidswinst.<sup>98</sup>

Een concrete casus voor de samenhang care en cure is het delirium<sup>99</sup> bij oudere patiënten. Een delirium bij oudere patiënten is een ernstig ziektebeeld en is de meest voorkomende psychiatrische stoornis in het ziekenhuis. Het komt voor bij 10 tot 40 procent van de oudere patiënten. Wanneer geen of geen adequate behandeling plaatsvindt, leidt het tot langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna. Uit recent inspectieonderzoek naar oudere patiënten met een delirium in een algemeen ziekenhuis blijkt dat een ziekenhuisbreed beleid over het delirium ontbreekt: "De ziekenhuizen hebben geen kennis over de omvang van het probleem en de medisch specialisten en verpleegkundigen hebben over het algemeen weinig kennis over het delirium. Daarnaast ontbreekt structurele deskundigheidsbevordering en is er te weinig protocollering van de zorg aan deze groep patiënten. De ketenzorg voor deze kwetsbare groep patiënten moet sterk verbeteren."<sup>100</sup>

Naar verwachting zal het belang van verbanden tussen cure en care toenemen vooral via het tijdig opsporen van (risico's op) chronische ziekten en daarmee preventie van beperkingen die op latere leeftijd leiden tot beroep op de AWBZ. In de nota Ouderenbeleid<sup>101</sup> is ingegaan op de verwachte gevolgen van de vergrijzing voor het beroep op de gezondheidszorg: "De ouderdom komt in 2030 minder en later met de

---

<sup>97</sup> OECD, *Long term care for older people*, Paris, 2005. De OECD geeft overigens ook aan dat dit niet betekent dat alles onder één systeem kan worden gebracht.

<sup>98</sup> iBMG, *Manifest, twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, 2002.

<sup>99</sup> Delirium: bewustzijnsdaling veroorzaakt door een organisch defect.

<sup>100</sup> IGZ, *De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend*, oktober 2005. Inmiddels is voor deze categorie specifiek beleid ontwikkeld (richtlijn, toezicht).

<sup>101</sup> Ministerie van VWS, *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, Kamerstukken II, 2003-2004, 29 389, nr. 5, 19 april 2004.

spreekwoordelijke gebreken. Dat is het gevolg van betere compensatie van ziekten en aandoeningen door medische zorg en hulpmiddelen, maar ook van het effect van preventief gezondheidsbeleid.” Ook commerciële strategieën van multinationals als Philips op het punt van diagnostiek en medicatie gaan hier vanuit.

### **Samenhang met wonen en welzijn**

Ouderen en chronisch zieken wonen overwegend zelfstandig. Van de ruim 2 miljoen mensen van 65 jaar en ouder woont ruim 93 procent zelfstandig, van de 1 miljoen 75-plussers ruim 86 procent. Zelfs van de kwart miljoen Nederlanders van 85 jaar en ouder woont 70 procent zelfstandig. Ongeveer 100.000 ouderen wonen in een verzorgingshuis en circa 50.000 ouderen in een verpleeghuis. In deze tehuizen ligt de gemiddelde leeftijd van de oudere bewoners rond de 85 jaar.

Het lijkt aannemelijk dat als ouderen vaker passende woonruimte zouden hebben, het beroep op AWBZ-zorg minder zou zijn. Nederland telt zo'n 850.000 zelfstandig wonende 55-plussers met matige of ernstige beperkingen. Eén op de drie ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen heeft geen voor hen geschikte woning. 70.000 specifiek voor ouderen bestemde woningen worden niet door ouderen bewoond. Een kwart van de verzorgingshuisbewoners zou wellicht zelfstandig kunnen wonen.

De mogelijkheden van doelmatigheidswinst in de samenhang met wonen worden onderstreept door onderzoek van de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) en het SCP naar onder meer de kosten en baten van extramuralisering bij 65-plussers.<sup>102</sup> Daarbij is gekeken naar groepen met een vergelijkbare zorgbehoefte. Uit die analyse blijkt dat extramuralisering –afhankelijk van het scenario een totale economische bate oplevert van tussen de bijna 6.000 euro en circa 16.000 euro per persoon. Dit terwijl in beide scenario's de kosten en baten voor de oudere per saldo tamelijk neutraal uitkomen: “tegenover een groter geluksgevoel in de thuissituatie staan per saldo iets hogere kosten voor wonen en zorg en de administratieve rompslomp die samenhangt met zelfstandig wonen.” Voor een meer zorginhoudelijk beeld van wat de omslag van traditionele verpleeghuiszorg naar kleinschalig wonen kan opleveren zij verwezen naar recent onderzoek van het NIZW.<sup>103</sup>

Kern van de samenhang met welzijn is voor ouderen dat verlies aan gezondheid enigszins gecompenseerd kan worden door investeringen in sociale contacten. In het licht van deze noties zien we bij sommige zorgaanbieders concepten ontstaan waarbij in combinaties van zorg en ondersteuning/welzijn wordt gekozen voor minder zorg en meer welzijn.<sup>104</sup> Daarnaast geldt dat een deel van de zorgvraag van ouderen voortkomt uit sociaal isolement en angst (voorzorg-zorg).

Kern van de samenhang met welzijn voor chronisch zieken tot 65 jaar is de samenhang met arbeid en mobiliteit. Dit komt naar voren uit het onderzoek naar de maatschappelijke situatie in 2004.<sup>105</sup> Eén op de drie chronisch zieken heeft een betaalde baan (algemene

---

<sup>102</sup> Kok, e.a., *Kosten en baten van extramuralisering*, SEO en SCP onderzoek in opdracht van het CVZ, juli 2004.

<sup>103</sup> Royers, *Het is nu alsof het mijn thuis is, een onderzoek naar de omslag van traditionele verpleeghuiszorg naar intramuraal kleinschalig wonen*, NIZW-Zorg / De Stroom, augustus 2005.

<sup>104</sup> Een dergelijk concept is verwoord in *Levenskunst op leeftijd*, dr. Becker, 2003.

<sup>105</sup> Heijmans, Spreeuwenberg en Rijken, *Patiëntenpanel chronisch zieken, kerngegevens maatschappelijke situatie 2004*, Nivel, april 2005.

bevolking twee op de drie); bijna één op de vier verricht vrijwilligers werk (algemene bevolking 42 procent).

### **Kunnen kiezen**

Door zijn ervaringsdeskundigheid is de chronische patiënt of oudere over het algemeen goed in staat om sturing te geven aan zijn zorgvraag. Voor behandelbare ziekten geldt dit in veel mindere mate. De patiënt heeft in de curatieve zorg meestal weinig tijd om ervaringsdeskundigheid op te doen. Vaak zal de chronische of oudere patiënt in staat zijn om als zijn eigen zaakwaarnemer op te treden. Er zijn echter ook groepen waarvoor dit niet geldt. Ouderen met dementie bijvoorbeeld zullen over het algemeen niet in staat zijn zelf regie te voeren. Tegelijkertijd zien we juist bij die ouderen dat in de familie of bij andere naasten vaak zaakwaarnemers gevonden kunnen worden.

Daarnaast is van belang dat de ouderen van de nabije toekomst, een andere achtergrond hebben dan de vorige generaties met meer wensen ten aanzien van differentiatie en kwaliteit.<sup>106</sup> Uitgaande van gelijke toegankelijkheid van zorg voor iedereen zal de differentiatie met name worden gezocht en gevonden in (de combinatie met) wonen en diensten. Het is goed denkbaar dat toekomstige ouderen het wenselijk vinden dat ook bij de zorg – boven het niveau van de verantwoorde zorg – expliciet een zekere differentiatie wordt nagestreefd.

## **4.4 Mensen met vroeg verworven of aangeboren stoornissen**

Patiënten met een vroeg verworven of aangeboren stoornis vinden we hoofdzakelijk in de gehandicaptensector. Een eerste onderscheid daarbinnen is naar aard van de handicap: verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk, waarbij het relevant is om onderscheid te maken naar eenvoudige en complexe handicaps. Met name bij complexe handicaps, lichamelijke handicaps die samengaan met ernstige beperkingen bij de persoonlijke zorg, de mobiliteit en de sociale redzaamheid of zintuiglijke handicaps die niet afdoende kunnen worden ondervangen met medische interventies of hulpmiddelen, wordt gebruik gemaakt van de AWBZ.

### **Aantallen en budget**

In het brancherapport care wordt gesteld dat het bij de gehandicaptenzorg gaat om:

- ca. 500.000 personen met ernstige lichamelijke beperkingen, 1 miljoen met matige en bijna 2 miljoen met lichte lichamelijke beperkingen;
- ca. 103.000 tot 110.000 personen met een verstandelijke handicap;
- ca. 158.000 personen met een visuele handicap;
- ca. 29.000 personen met een auditieve handicap en
- ca. 71.000 met een spraakhandicap.

Uit het achterliggende SCP-rapport blijkt dat het bij de groep lichamelijk gehandicapten voor 60 procent gaat om personen van 65 jaar en ouder. De in het brancherapport gehanteerde omschrijving overlapt dus met ouderen, waar het gaat om mensen met een normale levensloop die door ouderdom zorg krijgen op grond van de AWBZ-grondslagen verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Waarschijnlijk zijn ook mensen met letselschade in dit aantal opgenomen.

---

<sup>106</sup> Zie voor een uitgebreide beschouwing hiervan: Boekholdt, e.a., *Ruimte om te kiezen*, Stichting Zorg voor Later, mei 2004.

Een betere indruk van de omvang van de groep mensen met een zware aangeboren handicap kan worden gekregen door te kijken naar de omvang van de groep die voldoet aan de definitie van de Wet Wajong (grofweg: mensen die voor hun 17<sup>e</sup> arbeidsongeschikt worden). Eind 2003 waren er ruim 138.000 Wajong-gerechtigden in de leeftijd tussen 18 en 65 jaar.

Met de gehandicaptenzorg is 4,8 miljard euro gemoeid, waarvan 233 miljoen euro eigen bijdragen betreft. In de periode 2000–2004 was sprake van een jaarlijkse groei van tien procent. Het grootste deel van de middelen is gemoeid met de zorg voor verstandelijk gehandicapten (4,6 van de 4,8 miljard euro). De algemene instellingen ontvangen 59 procent van het totale budget, de dagvoorzieningen en gezinsvervangende tehuizen besteden 32 procent. Samen beslaan de woon- en dagvoorzieningen dus meer dan 90 procent van de uitgaven.

### **Typering van de zorgvraag en aard van het zorgproces**

Het SCP heeft recent gekeken naar de zorgvraag van gebruikers van **verstandelijk-gehandicaptenzorg**.<sup>107</sup>

De ontvangers van de zwaardere zorgpakketten zijn veelal cliënten met ernstige beperkingen. Dat zijn bijvoorbeeld cliënten met zintuiglijke beperkingen, beperkingen bij de persoonlijke of huishoudelijke verzorging of verstandelijke beperkingen. Het gaat daarbij onder meer om de ongeveer 30.000 mensen met een veelal ernstige verstandelijke handicap die in een instituut voor verstandelijk gehandicapten verblijven. Deze mensen zijn sterk afhankelijk van de wijze waarop hun omgeving – ouders, begeleiders en verzorgers – signalen over hun welbevinden opvangen en interpreteren. Ze zijn weinig of niet zelfredzaam. Gedragsstoornissen komen bij deze mensen zeer vaak voor, waarbij het bij circa 1.500 mensen gaat om zeer ernstig agressief of zelfbeschadigend gedrag. Het is niet bekend in hoeverre gedragsstoornissen bij deze mensen uitingen zijn van psychiatrische stoornissen.<sup>108</sup>

De cliënten die een begeleid-zelfstandig-wonen-pakket ontvangen vertonen een heel ander beeld. Een klein deel van hen heeft ernstige beperkingen bij het zien of horen, of bij de zelfredzaamheid, en heeft een matige of ernstige verstandelijke beperking. Beperkingen bij de huishoudelijke verzorging komen vaker voor. De kort-verblijf-pakketten komen vooral terecht bij jonge cliënten met niet zoveel zelfredzaamheid. De cliënten die begeleiding, en onderzoek en advies ontvangen zijn daarentegen jong en wel degelijk zelfredzaam.

Het totaal overziend zijn er duidelijke verschillen tussen de woon/zorgpakketten voor jongeren, meerderjarigen tot circa 45 jaar en personen ouder dan 45 jaar. Een groot deel van de zeer jonge verstandelijke gehandicapten woont thuis en ontvangt dagbesteding of kort verblijf. Bijna een kwart van de oudere jeugd ontvangt kort verblijf, maar eveneens een aanzienlijk deel van de oudere jeugd ontvangt een woonpakket dat tot het verzorgd wonen wordt gerekend. Veel van deze 10-19-jarigen ontvangen begeleiding. Dat geldt niet meer voor volwassenen, zij ontvangen de traditionelere vormen van zorg: een woon- en/of dagbestedingspakket.

---

<sup>107</sup> SCP, *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg, een vraagmodel*, augustus 2005.

<sup>108</sup> IGZ, *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*, maart 2005. Zie verder over deze problematiek: Wielink, *Zorgverlening aan mensen met een ernstige verstandelijke handicap en (zeer) ernstig probleemgedrag*, Rijksuniversiteit Groningen, 1998.

Opvallend in het SCP-onderzoek zijn de grote groepen waarvan de mate van de handicap onbekend is of waarbij sprake is van een lichte verstandelijke handicap. Onduidelijk is of dit een kwestie van registratie is of dat het hier groepen betreft die de facto niet aan de (huidige) criteria voor de indicatie 'verstandelijk gehandicapt' voldoen. Voor deze groep is er samenhang met jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugdbeleid.

Als gevolg van de vergrijzing en een toenemende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten zal het aantal 45- en 50-plussers de komende periode aanzienlijk groeien. In 1987 was circa 12 procent van de mensen met een ernstige verstandelijke handicap 50 jaar of ouder, terwijl dit naar verwachting in 2010 27 procent zal zijn. Daarbij is van belang dat verstandelijk gehandicapten sneller op intensieve professionele zorg aangewezen zijn dan mensen zonder handicap.<sup>109</sup> Co-morbiditeit (het hebben van meerdere ziekten tegelijk) treedt veel vaker en op jongere leeftijd op. Met de vergrijzing zal het accent in het beleid voor verstandelijk gehandicapten verschuiven van onderwijs en arbeid naar wonen, zorg en activiteiten binnen een beschermde omgeving.<sup>110</sup> De behoefte aan zwaardere zorg zal toenemen.

Bij **lichamelijke en zintuiglijke handicaps** is de aard van het zorgproces anders dan bij verstandelijke handicaps en complexe handicaps. De IBO-werkgroep heeft hiernaar specifiek onderzoek laten doen.<sup>111</sup> Daaruit komt naar voren dat slechts een beperkt aantal gehandicapten een beroep doet op extramurale AWBZ-zorg (circa 15.000 personen). Bij deze zorgvragers is de gemiddelde omvang vergelijkbaar met die bij niet-gehandicapten, wel zijn gehandicapten relatief vaker geïndiceerd voor ondersteunende en activerende begeleiding dan niet-gehandicapten en hebben minder vaak een indicatie voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging dan niet-gehandicapten. De groep is – in tegenstelling tot verstandelijk gehandicapten - overwegend (op basis van communicatieve en verstandelijke vermogens) goed in staat om regie over het eigen leven en zorgproces te voeren.

Voor de aard van het zorgproces bij mensen met een aangeboren handicap is van belang dat de professionele hulpverlening aan mensen met beperkingen als 'zorg' wordt aangeduid, terwijl het begrip ondersteuning een vlag is die de lading meestal beter dekt. Hoe ondersteuning wordt ingevuld is niet in eerste instantie gericht op iemands beperkingen, maar op wat iemand wil, wat zijn (rest-) mogelijkheden zijn en welke hulpbronnen iemand in zijn omgeving kan mobiliseren. De nadruk ligt daarbij op de kwaliteit van bestaan wat tot een andere aanpak leidt dan wanneer de focus ligt op (alleen) de kwaliteit van zorg.<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> Australian Institute of Health and Welfare, *Disability and Ageing Australian Population Patterns and Implications*, December 2002 ([www.aihw.gov.au](http://www.aihw.gov.au)).

<sup>110</sup> STG, *Toekomstverkenning gehandicaptenzorg*, concept.

<sup>111</sup> Bakker, en Vernhout, *Thuiszorgconsumptie vroeggehandicapten*, HHM, december 2005. Het rapport zal na openbaarmaking van het IBO-rapport op de internetsite van het ministerie van VWS dan wel op de site van het betreffende bureau worden geplaatst.

<sup>112</sup> Voor een beschouwing hierover, zie: Loon, van, *Van zorg naar ondersteuning, kiezen voor kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking leidt tot ontmantelen van de instituut zorg*, februari 2006.

### **Stabiliteit van de zorgvraag**

Bij verstandelijk gehandicapten sluit bij volwassenen de zorg die iemand ontvangt in het algemeen beter aan bij de zorgvraag dan bij jongeren. Op jeugdige leeftijd is er vaak behoefte aan verandering in het zorgpakket doordat het ziektebeeld nog niet is uitgekristalliseerd. Bij lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten is de zorgvraag meer afhankelijk van de ontwikkeling van het ziektebeeld.

### **De mate waarin sprake is van moeilijk af te dekken risico's**

Het belangrijkste potentiële probleem bij de groep met aangeboren of vroeg verworven stoornissen is de toegang tot verzekeringen. Dit komt doordat deze groep een voorspelbaar beroep op zorg met bijbehorende hoge kosten heeft. Er is daardoor geen sprake van een normaal op de private verzekeringsmarkt af te dekken risico. Hier is in theorie een mouw aan te passen door direct bij de geboorte een verzekering te laten ingaan (met acceptatieplicht voor de verzekeraar). Dit zou er echter toe leiden dat de betrokken cliënten niet meer kunnen overstappen en daardoor vooral worden gezien als kostenpost. Dit probleem speelt in het algemeen bij langdurige zorg, maar in de meest extreme mate bij zorggebruik als gevolg van aangeboren stoornissen.

### **Samenhang met de curatieve zorg**

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de gezondheidstoestand van gehandicapten. Naar veroudering van mensen met een verstandelijke beperking wordt bijvoorbeeld helemaal geen onderzoek gedaan.<sup>113</sup>

### **Verstandelijk gehandicapten**

Wel is bekend dat verstandelijk gehandicapten een sterk verhoogd risico hebben op motorische beperkingen, epilepsie, visuele en gehoorstoornissen, psychiatrische en gedragsproblemen, autisme gerelateerde en bij hun syndroom passende aandoeningen. In het algemeen krijgen mensen met een verstandelijke beperking dezelfde ouderdomsaandoeningen als ouderen, maar soms eerder en in hogere frequentie. Verouderingsaandoeningen bovenop de al bestaande aandoeningen van verstandelijk gehandicapten leiden vanaf de leeftijd van 50 jaar tot relatief ernstige beperkingen en comorbiditeit (het hebben van meerdere ziekten). Een bekend probleem is verder de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor verstandelijk gehandicapten. Er is sprake van achterblijvende diagnostiek en behandeling.<sup>114</sup>

De indruk uit gesprekken met deskundigen is dat het verouderingsproces bij verstandelijk gehandicapten zo snel verloopt dat de doelmatigheidswinst als gevolg van betere ketenzorg meer in kwaliteit dan in besparing van maatschappelijke kosten tot uiting komt. Uit recent inventariserend onderzoek van het NIVEL en de Universiteit Maastricht<sup>115</sup> komt naar voren dat mensen met een verstandelijke beperking die ongeneeslijk ziek zijn, wat gezondheidszorg betreft vaak tussen wal en schip vallen. De reguliere zorgverlening weet niet goed raad met de communicatieve en cognitieve beperkingen van mensen met een verstandelijke beperking, terwijl in de gehandicaptenzorg vaak elementaire kennis ontbreekt van zorg rondom het levenseinde (palliatieve zorg).

---

<sup>113</sup> Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Beperkingen en Mogelijkheden, onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking*, maart 2005. Advies uitgebracht op verzoek van de Staatssecretaris van VWS.

<sup>114</sup> Evenhuis, Prof. dr., *Want ik wil nog lang leven*, 2002, achtergrondstudie bij het RVZ-advies Samen in de samenleving. Prismant, *Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*, onderzoek in opdracht van het CVZ, februari 2005.

<sup>115</sup> Speet, Francke, Courtens, Curfs, *Zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking, een inventariserend onderzoek*, NIVEL, maart 2006.



Daarnaast is een deelgroep die veel aandacht vraagt de groep licht verstandelijk gehandicapten met zware gedragsproblemen die op de rand van de gehandicaptensector en de GGZ (per 2007 onderdeel van de Zvw) zit. De toegankelijkheid van de zorg is voor deze groep vaak problematisch. Bij deze groepen is volgens mensen in de praktijk een worteling in het regionale netwerk van groot belang bij bijvoorbeeld crisisplaatsingen.

### **Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten**

Ten aanzien van de overige groepen gehandicapten (mensen met een complexe lichamelijke of zintuiglijke handicap) is weinig literatuur over de relatie met de curatieve zorg beschikbaar. Wel is uit cijfermateriaal bekend dat de revalidatiecentra (onderdeel van de Zvw) voor deze groep een belangrijke vorm van zorgaanbod zijn en voor mensen met een aangeboren handicap met name de kinderrevalidatie.<sup>116</sup> De kinderrevalidatie richt zich op lichamelijk gehandicapte kinderen die in hun ontwikkeling bedreigd worden door gevolgen van ziekte, of door aangeboren of verworven aandoeningen. Bij deze kinderen gaat de lichamelijke handicap vaak gepaard met zogenaamde gemengde ontwikkelingsachterstanden of cognitieve beperkingen. De kinderrevalidatie richt zich daarbij niet alleen op het kind, maar ook op het gezin: het gezin als 'middel' om revalidatiedoelen voor het kind te bereiken en het gezin als onderwerp van zorg. Er is sprake van verschuivende grenzen tussen de doelgroepen van revalidatiecentra (Zvw), kinderdagcentra (AWBZ), speciaal onderwijs en regulier onderwijs. Het lijkt mogelijk die relatie binnen de huidige systemen te verbeteren

Bij de zintuiglijke handicaps is van belang dat door ontwikkelingen in de curatieve zorg, steeds meer mensen in plaats van doof, als slechthorend door het leven kunnen gaan.

### **Samenhang met wonen en welzijn**

Van de verstandelijk gehandicapten woont 23 procent bij familie, 20 procent woont begeleid zelfstandig en 58 procent woont beschermd of verzorgd. Naarmate men ernstiger gehandicapt is, woont men in een zwaardere woonvorm. Van de (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten verblijft nog maar 8 procent bij familie of woont begeleid zelfstandig. Het SCP verwacht dat de vraag naar grootschalig wonen ongeveer gelijk zal blijven, maar dat de vraag naar kleinschalig wonen met ongeveer 20 procent (7.000 personen) zal toenemen. Binnen de traditionele doelgroep van verstandelijk gehandicapten is opmerkelijk dat bijna de helft van de thuiswonenden een matige of ernstige handicap heeft; dit is zelfs nog meer dan binnen de instellingen voor beschermd wonen. Het SCP beziet momenteel in een vervolgonderzoek welke factoren dit verschillende zorggebruik beïnvloeden.

Het is de vraag of voor de verschillende groepen gehandicapten (lichamelijk, zintuiglijk, verstandelijk) extramuralisering leidt tot lagere maatschappelijke kosten. Aan de ene kant suggereert onderzoek<sup>117</sup> voor lichamelijk en meervoudige gehandicapten dat met een beleid gericht op extramuralisering bij mensen met een aangeboren handicap slechts in beperkte mate een besparing in termen van maatschappelijke kosten is te realiseren. Aan de andere kant geldt dat als door scheiden van wonen en zorg de regie meer bij de gehandicapte of diens zaakwaarnemers komt te liggen het volgens deskundigen goed

---

<sup>116</sup> Zie [www.revalidatie.nl](http://www.revalidatie.nl) en Revalidatiecentrum Breda, *Beleidsplan medische staf 2005-2009*, 2005. Op uitnodiging van Revalidatie Nederland zijn voor dit IBO gesprekken gevoerd met leden van de raden van bestuur van revalidatiecentra in Amsterdam, Breda en Den Haag e.o. De hier weergegeven waarnemingen, interpretaties en conclusies zijn voor verantwoordelijkheid van de IBO-werkgroep.

<sup>117</sup> Park de Meer (extramuralisering Amstelrade), Lichamelijk en meervoudig gehandicapten, 2003. Hoeksma, e.a., *Verstandelijk gehandicapten: Financiële aspecten van community care*, HHM, 2002.

denkbaar is dat dergelijk privaat initiatief met minder betaalde overhead goede zorg weet te organiseren. Nu maakt een gehandicapte vaak de gang van gezin naar intramurale instelling ver van huis, naar zelfstandig wonen in de buurt van die instelling. Als het meer mogelijk is om in de eigen leefomgeving voldoende zorg te krijgen, sluit dat beter aan bij de zorgvraag, en blijft bovendien het informele netwerk beter in stand. Langs die weg zou extramuralisering tot lagere maatschappelijke kosten kunnen leiden.

Voor de samenhang met welzijn is van belang dat het SCP in recent onderzoek<sup>118</sup> signaleert dat op dit moment voor mensen met verstandelijke beperkingen en voor mensen met chronische problematiek het aanbod aan extramurale arrangementen op de terreinen wonen, welzijn en zorg (nog) klein is. Het is niet alleen absoluut, maar ook relatief kleiner dan bij ouderen. Arbeidsvoorzieningen en algemene welzijnsinstellingen zijn vaker niet dan wel betrokken bij samenwerkingsprojecten, terwijl juist de samenhang met arbeid en dagbesteding voor deze groep belangrijk is.

Overigens geldt dat voor de ernstig / complex gehandicapten de samenhang met wonen en welzijn minder relevant is. Vaak is zelfstandige deelname aan het maatschappelijke leven voor deze groep nauwelijks een optie. Een permanent beschermde woonomgeving is meestal noodzakelijk.

Een specifieke invalshoek voor de samenhang met wonen en welzijn is de zorg in gezinsverband. Deskundigen menen dat de ondersteuning van families met een gehandicapt kind veelal versnipperd is, met name bij verstandelijk gehandicapte kinderen. Het gaat dan onder meer om zaken als dagbesteding en respijtzorg. Van alle cliënten van de gehandicaptenzorg woont ongeveer een derde bij familie. Jongeren tot 18 jaar maken weinig gebruik van de extramurale AWBZ. En als men gebruik maakt van de extramurale AWBZ, dan vooral in de vorm van een PGB dat voor meer dan de helft wordt besteed aan mantelzorg.<sup>119</sup>

Bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen (IQ 70 -85) worden ouders vaak te laat ondersteund bij het aanpakken van gedragsproblemen die in combinatie met de zwakbegaafdheid op latere leeftijd groot verschil kunnen maken in het beroep op de AWBZ. Het betreft jongeren en volwassenen met een laag IQ, een beperkte sociale redzaamheid en leerproblemen. Een vijfde van deze groep is jonger dan 20 jaar, een groep op het snijvlak van de AWBZ en de jeugdzorg. Hier loopt al een beleidsmatige discussie.<sup>120</sup> Belangrijke vragen zijn hoe afwenteling tussen sectoren (GGZ, AWBZ, jeugdzorg) wordt voorkomen en hoe deze mensen adequaat kunnen worden geholpen (wat moeten we in de samenleving oplossen en wat met inzet van zorg). Overigens geldt dat meer aandacht voor zorg in familieverband latente vraag naar boven kan brengen.

### **Kunnen kiezen**

De groep met aangeboren stoornissen is tot op zekere hoogte in staat om sturing te geven aan zijn eigen zorgvraag. Dit hangt onder andere af van de mate waarin de cliënt zelf of zijn waarnemer in staat is regie te voeren. Met name voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten geldt dat zij -zolang zij cognitief en communicatief niet teveel beperkt zijn-

---

<sup>118</sup> SCP, *Vermaatschappelijking in de zorg, ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*, augustus 2005.

<sup>119</sup> Dragt, e.a., *Het PGB Nieuwe Stijl in beeld*, HHM, oktober 2004. Bakker en Vernhout, *Thuiszorgconsumptie vroeggehandicapten*, HHM, december 2005.

<sup>120</sup> Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over de positionering van de zorg aanlicht verstandelijk gehandicapte jeugdigen*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631 en 29 185, nr. 142, 29 juni 2005.

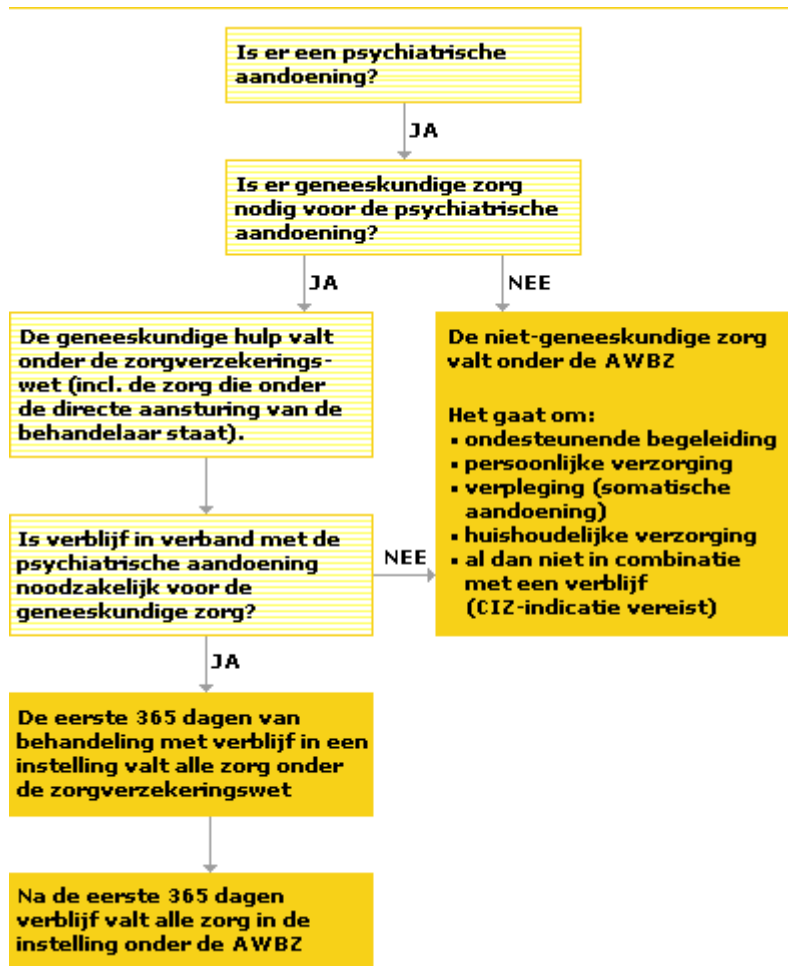
relatief goed in staat zijn om zelf beslissingen te nemen over de (vorm van) de benodigde zorg. Dit geldt in mindere mate voor de verstandelijk gehandicapten en in nog mindere mate voor de zwaar en complex gehandicapten. Wellicht dat daarvoor casemanagers of zaakwaarnemers kunnen optreden, maar het is niet waarschijnlijk dat dit in alle gevallen een oplossing biedt. Licht verstandelijk gehandicapten vormen in dat opzicht een risicogroep: doordat zij tussen wal (jeugd(zorg)beleid) en schip (AWBZ-zorg) vallen. Die groep zien we ook terug in het justitiële circuit.

Een aparte dimensie bij 'kunnen kiezen' is het element dat gehandicaptenzorg een vorm van zorg is waarvan de meeste burgers weten of denken te weten dat zij die zelf niet nodig zullen hebben. Dit betekent dat een eventueel marktmechanisme via 'stemmen met de voeten' voor onvoldoende opwaartse druk tot goede kwaliteit kan zorgen. Op dit punt verschilt de zorg voor gehandicapten van de zorg voor ouderen en chronisch zieken.

## 4.5 Chronisch psychiatrische patiënten

De groep chronische psychiatrische patiënten ondervindt een blijvende psychische stoornis. In het kader van dit IBO-rapport gaat het om de groep die na de overheveling van de geneeskundige GGZ nog in de AWBZ valt, zoals toegelicht in figuur 4.1.

**Figuur 4.1 Schema overheveling geneeskundige GGZ**



## Aantallen en budget

Jaarlijks maken ongeveer 750.000 mensen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (inclusief de verslavingszorg).<sup>121</sup> Dit betrof in 2003<sup>122</sup> onder andere 86.000 personen in de diagnosegroep kinderen en jeugdigen, bijna 588.000 in de diagnosegroep volwassenen en ruim 79.000 in de diagnosegroep ouderen. Het betreft 'gebruikers van de GGZ', d.w.z. allen die in de loop van een jaar behandeld zijn. Bij 80 procent van de uitgeschreven cliënten (totaal 331.000 mensen) bestaat de zorg uit een relatief korte curatieve behandeling, leidend tot blijvend herstel. Deze ambulante behandeling<sup>123</sup> duurt in de helft van de gevallen korter dan drie maanden en in 80 procent van de gevallen korter dan een jaar. De overige 20 procent (circa 87.000 mensen) ontvangt intensieve, langdurige zorg zowel ambulante als klinisch. Bij tien procent is langdurig of blijvend (veelal medicamenteuze) behandeling nodig om een normaal leven te kunnen leiden. De zorg voor deze groep bestaat uit behandeling en begeleidingscontacten met psychiater, psycholoog en verpleegkundige, zonedig aangevuld met kortdurende opnames in geval van een crisis. Bij drie procent is de psychische stoornis dermate ernstig dat zij (zeer) langdurig moeten worden opgenomen.

Na de doorvoering van de overheveling van de geneeskundige GGZ betreft de langdurige GGZ/AWBZ-zorg circa 30.000 personen.<sup>124</sup> Het betreft 1) de mensen die zelfstandig wonen en niet-geneeskundige zorg/ondersteuning behoeven vanwege psychische problematiek, 2) mensen die na verloop van één jaar nog steeds aangewezen zijn op geneeskundige zorg, die met verblijf in een instelling gepaard gaat en 3) mensen die in een door de instelling geboden beschermende woonomgeving verblijven en daarbij niet-geneeskundige zorg c.q. begeleiding ontvangen. Dit aantal kan substantieel toenemen als gevolg van het uitvoeren van het Plan van aanpak maatschappelijke opvang Rijk en G4. Dat plan heeft als doel voor 2010 60 procent van de 10.000 daklozen in de G4 in een woonvoorziening te krijgen. Dat zal voor de meeste daklozen één van deze drie situaties zijn.

In totaal is met de zorg die na de overheveling van de geneeskundige GGZ in de AWBZ blijft circa 1,1 miljard euro gemoeid.<sup>125</sup> Daarvan is circa 55 miljoen euro gemoeid met de ondersteunende begeleiding die geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling.<sup>126</sup>

---

<sup>121</sup> Nemesis, Trimbos-Instituut, 1997, zoals aangehaald in *Kerncijfers uit de GGZ 2001 t/m 2003*, GGZ-Nederland, 2005.

<sup>122</sup> Ministerie van VWS, *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2004*, mei 2005.

<sup>123</sup> Ambulant wil zeggen dat mensen in de eigen woon- en werkomgeving blijven.

<sup>124</sup> Er zijn grofweg vier vormen van langdurige GGZ, in volgorde van zwaarte: 1) Verblijf met begeleiding en behandeling op een long stay-afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis (APZ); 2) een socio-woning (op het terrein van een APZ (groep 1 en 2 samen, 9.000-12.000 personen); 3) beschermde woonvormen (RIBW-en, ca. 8.000 plaatsen in 2003); 4) een vorm van langdurig begeleid zelfstandig wonen met thuiszorg (naar schatting betreft dit 10.000-15.000 mensen). Deze vorm van zorg wordt met de overheveling geneeskundige GGZ overgeheveld naar de Zvw, voorzover er sprake is van ondersteunende begeleiding als onderdeel van geneeskundige zorg. Ondersteunende begeleiding sec blijft in de AWBZ. Het genoemde getal van 30.000 is gebaseerd op een inschatting van het effect van dit criterium. Eerst in 2007 zal duidelijk zijn over de omvang van dit getal.

<sup>125</sup> Dit bedrag blijft over na de overheveling van de geneeskundige GGZ, de Wmo en de overheveling van de forensische zorg.

<sup>126</sup> Hieronder valt het overgrote deel van de zgn. inloopfunctie (totaal 29 miljoen euro). Daarnaast wordt onder de noemer begeleid zelfstandig wonen ondersteunende begeleiding geboden. Deels maakt dit onderdeel uit van een behandelplan, deels niet. Hier is gerekend met de veronderstelling dat 60 procent van deze begeleiding in de AWBZ blijft.

**Tabel 4.2 Behandelingsduur van uitgeschreven cliënten bij de gemiddelde GGZ-instellingen, de APZ'en en de RIAGG's, 2001-2003**

	2001	2002	2003
Gemiddelde behandelduur (in dagen)	268	301	326
Spreiding (in %)			
- tot 3 maanden	45	42	42
- van 3 tot 6 maanden	14	14	13
- van 6 maanden tot 1 jaar	16	16	15
- van 1 tot 2 jaar	14	14	14
- langer dan 2 jaar	11	14	16
Totaal	100	100	100

Bron: GGZ Nederland, *Kerncijfers uit de GGZ 2001 t/m 2003, 2005.*

Verder is er de kleine maar sterk beeldbepalende groep van ongeveer 14.000 mensen die zorg nodig hebben, maar deze niet willen hebben (zogenaamde zorgwekkende zorgmijders). Aan deze mensen levert de GGZ geneeskundige zorg door een actieve benadering van mensen thuis en op straat. Voorzover de pogingen om aan deze mensen zorg te bieden nog niet hebben geleid tot het identificeren/registreren van een individuele zorgbehoevende wordt deze zorg OGGZ genoemd. In het wetsvoorstel Wmo is voorzien in overheveling van circa 60 miljoen euro aan OGGZ-middelen naar de gemeenten. Dit bedrag wordt geput uit de middelen die met de overheveling van de geneeskundige GGZ uit de AWBZ-ruimte gehaald worden.

Tot slot levert de GGZ individuele en collectieve preventie aan naar schatting enkele tienduizenden mensen. De individuele preventie sluit nauw aan bij de zorg (denk aan preventieve contacten met nabestaanden van suïcide) en behoort na de overheveling geneeskundige GGZ tot de Zvw. De collectieve preventie heeft een meer maatschappelijk karakter (bijvoorbeeld voorlichting aan scholieren of ouderen over depressie) en wordt onderdeel van de via de Wmo door gemeenten te financieren activiteiten (9,4 miljoen euro).

### **Typering van de zorgvraag en aard van het zorgproces**

Voor wat betreft de AWBZ na doorvoering van de zogenaamde overheveling van de geneeskundige GGZ, de langdurige GGZ, richt de vraag van patiënten en hun familie zich op zowel behandeling als ondersteuning. Deze mensen wensen zo gewoon mogelijk te leven en op hun manier deel te nemen aan de samenleving, dat wil zeggen wonen, werken, vrijetijdsbesteding en het onderhouden van sociale relaties. Sommigen lukt dat grotendeels op eigen kracht of met minimale hulp. Anderen hebben meer ondersteuning nodig. Soms gaat dat zelfs gepaard met dwangopname, niet gericht op genezing van psychiatrische stoornissen, maar om een bijdrage te leveren aan het kunnen aangaan van relaties, een zinvolle tijdsbesteding te kunnen vinden en een aanvaardbare woon- en leefsituatie mogelijk te maken.<sup>127</sup> Een deel van hen kan niet zonder een beschermde woonomgeving, bijvoorbeeld in de vorm van een verblijf in een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW). Bij de GGZ-zorg is voor zorgvragers de beschikbaarheidsfactor en de noodzaak van continuïteit in de behandeling van groot belang.

<sup>127</sup> Ministerie van VWS, *Evaluatie Wet Bopz; Kabinetsstandpunt over de Wet Bopz*, Kamerstukken II, 2003-2004, 25 763 en 28 950, nr. 4, 20 augustus 2004. Gezondheidsraad, *Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*, mei 2004. De Wet Bopz regelt gedwongen opnames en (gedwongen) behandeling van psychiatrische patiënten, psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten bij wie sprake is van een gevaarsituatie die veroorzaakt wordt door een stoornis in de geestvermogens en die alleen kan worden afgewend door een gedwongen opname.

In het visiedocument van GGZ-Nederland<sup>128</sup> wordt het zorgproces beschreven van de circa 100.000 mensen in Nederland die lijden aan een chronische psychische stoornis die zo belemmerend is voor het dagelijks functioneren dat er sprake is van een min of meer ernstige handicap. In meerderheid kenmerkt deze groep zich door psychotische stoornissen, in de meeste gevallen schizofrenie. Verder komen ernstige depressies, manische depressiviteit, ernstige persoonlijkheidsstoornissen en chronische verslavingsproblemen veel voor. In het document 'Kwetsbaar in de grote stad' wordt door de vier grote steden en de aanbieders van GGZ en verslavingszorg een visie gegeven op de openbare GGZ en de benodigde ketenzorg voor de OGGZ-doelgroep.<sup>129</sup> Dit document is een pleidooi voor intensievere ketensamenwerking (OGGZ, GGZ, VG mede in relatie tot huisvesting, sociale zaken, onderwijs en justitie).

### **Stabiliteit van de zorgvraag**

De symptomen van de stoornis kunnen per periode in ernst verschillen. De belemmeringen die de stoornis met zich meebrengen, zijn permanent, zij het wisselend in intensiteit. De aard van de zorgvraag in de GGZ verschilt daarmee van die van ouderen (over de normale levensloop laag, met een sterke stijging en hoog gebruik in de laatste levensfase) en gehandicapten (relatief hoog en constant).

### **De mate waarin sprake is van moeilijk af te dekken risico's**

Waarschijnlijk geldt voor deze groep iets vergelijkbaars als voor chronisch zieken: het is vooraf niet zeker dat het risico zich zal voordoen, maar als het risico zich voordoet is de kans groot dat de cliënt langdurig kosten zal veroorzaken. In tegenstelling tot de groep ouderen en chronisch zieken gaat het om een kleine groep waarbij de risico's zeer scheef over de bevolking verdeeld zijn. Erfelijkheid kan hierbij een rol spelen.

### **Relatie met de curatieve zorg**

Na de invoering van de zogenaamde overheveling van de geneeskundige GGZ geldt dat AWBZ-gebruikers van de GGZ voorafgaand aan hun AWBZ-gebruik, een jaar lang GGZ onder de Zvw hebben ontvangen. Een deel van hen zal na twee jaar alsnog 'uit zorg' gaan, zoals blijkt uit tabel 4.2. Via de claimbeoordeling door het CIZ wordt beoogd te voorkomen dat de overheveling van de geneeskundige GGZ tot (ondoelmatige) afwenteling op de AWBZ leidt.

Met de ouderenzorg bestaan verbindingen, onder meer doordat relatief veel ouderen lijden aan depressies. GGZ-instellingen en verpleeghuizen passen daarom speciale programma's toe om psychische stoornissen bij ouderen te behandelen. Deze zorg valt na de overheveling van de geneeskundige GGZ onder de Zvw. Hetzelfde geldt binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg voor de groep mensen die naast of vanwege hun verstandelijke handicap ernstige gedragsstoornissen hebben.

Bij verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten valt de behandeling van psychische problematiek onder de AWBZ.<sup>130</sup> Bij verblijf buiten een instelling valt de behandeling onder de Zvw. Dit wordt beleidsmatig gezien als een praktische oplossing voor die gevallen waarin moeilijk onderscheid gemaakt kan worden tussen verstandelijke handicap en psychische stoornis.

---

<sup>128</sup> GGZ-Nederland, *De krachten gebundeld, ambities van de GGZ*, november 2004.

<sup>129</sup> G4, *Kwetsbaar in de grote stad, G4-visie op een samenhangende OGGZ*, juli 2005.

<sup>130</sup> Besluit zorgaanspraken AWBZ, artikel 15.

### **Relatie met wonen en welzijn**

Van de ongeveer 30.000 mensen die na de overheveling van de geneeskundige GGZ aangewezen zijn op de AWBZ wonen zo'n 9.000–12.000 mensen in of bij een APZ, zo'n 8.000 mensen in een RIBW en 10.000–15.000 mensen wonen thuis zelfstandig (bijvoorbeeld begeleid zelfstandig wonen). Daarnaast verblijven mensen in instellingen voor maatschappelijke opvang die – na de modernisering van de AWBZ – in grote getale toegelaten zijn tot de AWBZ. Afgelopen jaar is naar schatting voor 70 miljoen euro aan productieafspraken gemaakt in deze sector. Weliswaar voor het merendeel voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding, maar ook het aantal toelatingen voor verblijf (nieuwe aanbieders voor de AWBZ) lijkt toe te nemen.

Het is een kwestie van inschatting of het meer in de samenleving laten wonen voor deze groep een goede optie is. Het SCP zegt in het recente rapport over vermaatschappelijking in de zorg dat de acceptatie sterk samenhangt “met de mate van ‘beschikbaarheid’ van 24-uurs hulpverlening en toezicht op de leefbaarheid en veiligheid in de buurt.”<sup>131</sup> Uit de evaluatie van een succesvol en bekroond initiatief om mensen met psychiatrische problematiek in de wijk op te vangen blijkt ook dat het maatschappelijke draagvlak kwetsbaar is: een incident is voldoende om de oude vooroordelen en weerstand weer tot leven te wekken”.

Ook in documenten van GGZ- en Zorgverzekeraars Nederland is de lijn dat de grenzen van vermaatschappelijking niet bereikt zijn, mits zorg en ondersteuning adequaat worden georganiseerd. Wel is een samenhangend pakket van behandeling én ondersteuning bij wonen, dagbesteding en sociale relaties essentieel. Daarbij is van belang dat de GGZ dat niet allemaal zelf organiseert, maar in samenwerking met partners als woningbouwcorporaties, maatschappelijke opvang, welzijnsorganisaties en reïntegratiebureaus. De GGZ moet samen met deze partners een goed ondersteuningsaanbod tot stand brengen. Zo is bijvoorbeeld voor veel patiënten de stap erg groot om gebruik te maken van algemene welzijnsvoorzieningen. De GGZ kan vanuit haar expertise voor patiënten kwartier maken, door overleg met de welzijnsorganisatie wordt de drempel voor de patiënt verlaagd. Afstemming met cliëntgestuurde initiatieven verdient bijzondere aandacht. Tegelijkertijd moeten familie, burens en omwonenden erop kunnen rekenen dat de GGZ op tijd ingrijpt als een psychiatrische patiënt in crisis raakt en de situatie uit de hand dreigt te lopen.

Er is geen onderzoek bekend naar de kosten en baten van extramuralisering à la het SEO- en SCP-onderzoek voor ouderen. Uitspraken hierover zijn dus niet mogelijk. Bekend is dat bijvoorbeeld een verpleegdag in een RIBW iets meer dan een derde kost dan een verpleegdag in een APZ. Een vergelijking bij gelijke zorgzwaarte waarin alle overige maatschappelijke kosten worden meegenomen is echter niet voor handen.

Dit laat onverlet dat voor de zware chronische GGZ patiënten veelal de samenhang met wonen en welzijn beperkt is, omdat maatschappelijke participatie voor deze groep vaak niet aan de orde is. Voor deze groep zijn specifieke voorzieningen in een permanent beschermde omgeving nodig.

Op het terrein van welzijn is er verder een belangrijke samenhang met de maatschappelijke zorg. Dit is financieel/bestuurlijk een aparte sector, omvattende de maatschappelijke opvang (vrouwen-, crisis-, dak- en thuislozenopvang, totaal 221 miljoen

---

<sup>131</sup> SCP, *Vermaatschappelijking in de zorg, ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*, augustus 2005.

euro in 2003), het algemeen maatschappelijk werk (0,2 miljoen euro) en andere maatschappelijke dienstverlening. De maatschappelijke opvang heeft tot doel kwetsbare - soms sterk gemarginaliseerde - personen zo veel mogelijk aan de maatschappij te laten deelnemen.

Deze sector heeft de afgelopen tien jaar een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Het aanbod bestaat al lang niet meer uitsluitend uit residentiële voorzieningen met een aanbod van bed, bad en brood. Naast de residentiële voorzieningen heeft zich een breed spectrum ontwikkeld van ambulante opvang en dienstverlening. Maatschappelijke opvang betekent niet alleen mensen opvangen die (gedwongen) de thuissituatie hebben verlaten of dreigen te verlaten en (tijdelijk) niet in staat zijn zich op eigen kracht in de samenleving te handhaven, maar ook het voorkomen dat het zover komt en ervoor zorgen dat mensen herstellen zodat ze kunnen uitstromen. De aandacht voor preventie en herstel is toegenomen. In het IBO-rapport 'De maatschappelijke opvang verstopt' is geconstateerd dat mensen in de opvang daar langer verblijven dan de bedoeling is. Er lijkt geen sprake te zijn van tijdelijke opvang zoals in de Welzijnswet (straks Wmo) bedoeld is. In het standpunt over dat IBO-rapport heeft het kabinet gesteld dat de doorstroming in de sector vergroot moet worden. Gemeenten moeten daartoe afspraken met woningcorporaties en zorginstellingen maken. Inmiddels zijn met de grote steden prestatieafspraken gemaakt over het verlagen van de gemiddelde verblijfsduur in de opvanginstellingen (zgn. GSB III-afspraken).

Hierboven is al gewezen op de sterk toegenomen AWBZ-financiering in de sector. Dat leidt ertoe dat de grenzen met voorzieningen uit aanpalende sectoren - zoals de GGZ inclusief verslavingszorg - vervagen. Daarbij zij aangetekend dat veel cliënten in de opvang een historie hebben in de GGZ (inclusief de verslavingszorg). Maatschappelijke zorg voor de zorgmijders, dak en thuislozen e.d. wordt geleverd door de maatschappelijke opvang (sociale pensions) en door de GGZ (OGGZ, speciale vormen van RIBW-en, verslavingszorg enz.). Dit betreft zorgverlening die niet op basis van een individuele hulpvraag plaatsvindt. De financiering van de OGGZ is nu veelal projectmatig en versnipperd en zal per 2007 worden overgeheveld naar de gemeenten. Bij de maatschappelijke zorg zijn de (centrum-)gemeenten via een doeluitering bestuurlijk verantwoordelijk. Het is daardoor niet eenvoudig helder zicht te krijgen op de maatschappelijke opvang.

Recent hebben de rijksoverheid en de vier grote steden een Plan van aanpak gemaakt voor 25.000 mensen op het grensvlak van de maatschappelijke opvang en de GGZ. Bij de opstelling daarvan zijn zorgkantoren uit de G4 en GGZ-aanbieders betrokken geweest. Het belang van het raakvlak maatschappelijke opvang en de langdurige GGZ / AWBZ wordt in dit plan zichtbaar. De eerste stap houdt in dat de G4 met de zorgkantoren in hun regio afspraken maken over de zorgcapaciteit (inhoud en omvang) die nodig is om het plan uit te voeren. De zorgkantoren zijn vervolgens verantwoordelijk voor het contracteren van die zorg. Het kabinet heeft de steden toegezegd dat de zorgkantoren in staat worden gesteld die zorg te contracteren.<sup>132</sup>

---

<sup>132</sup> Ministerie van VWS, *Brief over plan van aanpak maatschappelijke opvang van de G4*, Kamerstukken II, 2005-2006, 29 325, nr. 8, 7 februari 2006.



### **Kunnen kiezen**

Ten aanzien van het zelf sturing kunnen geven aan de zorgvraag is het beeld diffuus. Een deel van de cliënten is in staat om zelf keuzes te maken, maar naarmate de zelfredzaamheid afneemt geldt dit ook voor de vaardigheden die nodig zijn om zelf de zorg te organiseren. Specifiek voor de GGZ is dat de symptomen van de stoornis per periode in ernst kunnen verschillen. De belemmeringen die de stoornis met zich meebrengen, zijn permanent, zij het wisselend in intensiteit. Ook specifiek is het belang van de continuïteit van de behandeling, die de keuzemogelijkheden beperkt.

Net als bij gehandicapten geldt voor deze groep als aparte dimensie bij 'kunnen kiezen' dat GGZ (en zeker langdurige GGZ) een vorm van zorg is waarvan de meeste burgers denken die zelf niet nodig te hebben. Eventueel 'stemmen met de voeten' zorgt hiermee waarschijnlijk voor onvoldoende opwaartse druk tot goede kwaliteit. Op dit punt verschilt de langdurige GGZ-zorg, net als de zorg voor gehandicapten, van de zorg voor ouderen en chronisch zieken.

## **4.6 Potentiële ziekten en stoornissen**

De groep potentiële ziekten en stoornissen waar preventie van groot belang is, wordt gekenmerkt door externe effecten en goederen met deels een zuiver collectief karakter. Hierdoor komt op deze markt van de collectieve preventie niet automatisch voldoende zorgaanbod tot stand. Bovendien speelt hier dat de individuele zorgvrager veelal niet direct de opbrengsten van de preventie krijgt. Om deze reden noopt deze markt tot overheidsbemoediging. Delen van de AWBZ waarbij het hier om gaat zijn dieetadvisering, prenatale zorg, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinaties.

Een soortgelijke redenering geldt voor gezondheidsproblemen die – vaak in combinatie met sociale problemen – sterke externe effecten hebben. Te denken valt aan verslavingszorg en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag. Voor een deel overlapt deze groep met de GGZ-klantgroep. Ook voor deze gezondheidsproblemen geldt dat de individuele zorgvrager geen rekening zal/kan houden met de effecten op zijn omgeving, en dat een verzekeraar daar geen direct belang bij heeft.

## **4.7 Conclusies**

De totale groep AWBZ-gebruikers is heterogeen. De mate waarin én welke problemen bij het borgen van langdurige zorg spelen verschilt per cliënt. In dit hoofdstuk zijn de AWBZ-cliënten op basis van de aard van de zorg ingedeeld in een aantal meer homogene groepen. Vervolgens is nagegaan in welke mate de in hoofdstuk 3 beschreven problemen bij deze groepen spelen.

De grootste groep zorgvragers in de romp-AWBZ zijn de ouderen en chronisch zieken. Hun zorgvraag is over de groep als geheel genomen redelijk stabiel. Alleen in de laatste jaren van het leven is vaker sprake van een snel oplopende zorgvraag. De mate van zelfredzaamheid is meer bepalend voor de zorgvraag van ouderen dan de leeftijd. Die zelfredzaamheid hangt deels samen met de curatieve zorg en deels met wonen en welzijn. Voor chronisch zieken en ouderen geldt dat verzekeringsproblemen kunnen optreden. Verzekeringstechnisch lijkt de AWBZ-zorg voor deze groep inpasbaar in de systematiek van de Zorgverzekeringswet, mits een adequaat risicovereveningssysteem wordt ontwikkeld. De verbetering van de samenhang tussen curatieve en langdurige zorg biedt mogelijkheden voor doelmatigheidswinst. Hetzelfde geldt voor extramuralisering. Welzijn en zorg zijn deels uitwisselbaar: als de mogelijkheid tot sociale participatie klein is, wordt de zorg een belangrijke bron van welzijn.

Voor de groep mensen met aangeboren stoornissen (gehandicapten) geldt dat de gezondheidsrisico's moeilijk te verzekeren zijn. Er is wel een verschil in de aard van de zorgvraag van verstandelijk gehandicapten en lichamelijk of zintuiglijk gehandicapten. Het beroep op de AWBZ-zorg vanuit deze laatste twee groepen is beperkt. Het leeuwendeel van de kosten in de gehandicaptenzorg wordt gemaakt door mensen met een ernstige verstandelijke handicap. Dit vanwege de specifieke omgeving die voor deze mensen gerealiseerd moet worden. In het algemeen zijn verstandelijk gehandicapten minder goed in staat zelf keuzes te maken; in elk geval werkt bij gehandicapten het mechanisme van 'stemmen met de voeten' minder goed als waarborg voor voldoende kwaliteit. Het is niet precies duidelijk in hoeverre samenhang tussen curatieve en langdurige zorg uit oogpunt van maatschappelijke kosten belangrijk is; helder is dat dit uit oogpunt van kwaliteit belangrijk is. Daarmee is niet op voorhand gezegd dat care en cure voor deze groep in één hand zouden moeten liggen. Hetzelfde geldt voor de relatie met wonen en welzijn. Op dit moment zijn nog weinig projecten met een goede samenhang van zorg, wonen en welzijn tot stand gekomen.

Overigens is voor verstandelijk gehandicapte jongeren de situatie anders dan voor volwassenen: bij jongeren is sprake van een instabiele zorgvraag, een grote rol van het gezin en is er beleidsmatig een duidelijke en sterke relatie tussen het jeugdbeleid, onderwijs en de AWBZ. De samenhang met aanpalende beleidsterreinen is voor de groep jongeren dan ook groter. Daarnaast geldt juist voor de zwaar en complex gehandicapten dat de samenhang met wonen en welzijn minder groot is omdat van maatschappelijke participatie van deze groep vaak niet of nauwelijks sprake is.

De chronisch psychiatrische patiënten zitten in een andere positie. Verzekeringstechnisch is het minder eenvoudig om een regeling op te zetten voor chronische psychiatrische patiënten dan voor ouderen en chronisch zieken. Bovendien is –in elk geval voor een deel van de groep- de samenhang met het gemeentelijke domein groter. Psychiatrische patiënten zijn vaak niet goed in staat zelf keuzes te maken; langdurige GGZ-zorg is, nog meer dan gehandicaptenzorg een vorm van zorg, waarbij het 'stemmen met de voeten' slecht werkt als waarborg voor voldoende kwaliteit. Dit geldt zeker voor de zware chronische GGZ-patiënten waar in de loop van de tijd geen afname van de zorgzwaarte is. Voor deze patiënten is maatschappelijke participatie, net als bij de zwaar en complex gehandicapten, geen reële optie. De samenhang met andere beleidsterreinen is hier minder relevant.

Wat betreft de groep potentiële stoornissen geldt dat deze groep zich onderscheidt van de andere groepen doordat externe effecten een belangrijke rol spelen, waardoor overheidsbemoediging voor de hand ligt.

Het bovenstaande leidt tot het in tabel 4.3 weergegeven schema met te onderscheiden klantgroepen in de AWBZ.

**Tabel 4.3 Klantgroepen in de AWBZ**

	Aantal AWBZ gebruikers (2004)	Budget	Typering / Aard zorgproces	Stabiliteit zorgvraag	Verzekerbaarheid	Samenhang curatieve zorg	Samenhang wonen en welzijn (gemeentelijk domein)	a) Zelf kunnen kiezen b) Stemmen met de voeten
Ouderen en chronisch zieken	Circa 500.000	€ 10,3 mld. <sup>133</sup>	Frailty, levenseinde	In laatste levensfase hoog	Redelijk goed	Relatief groot	Matig, ook 'los' te organiseren In laatste levensfase groot	a) Gemiddeld goed b) Waarschijnlijk
Verstandelijk gehandicapten	Ruim 100.000	€ 4,6 mld.	Levensloop					
- Jongeren			Ondersteuning, gezin	Zorgvraag wisselend	Moeilijk	Beperkt	Zeer groot	a) Niet goed b) beperkt
- Volwassenen			Ondersteuning, zelfstandig Complexe handicaps: samenhang	Zorgvraag hoog en stabiel vanaf ca. 45 jaar veroudering	Moeilijk	Kwaliteit Kosten?	Relatief groot Complexe handicaps: relatief beperkt	a) Niet goed b) Beperkt
Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten	Circa 12.000	€ 0,2 mld.	Levensloop					
- Jongeren			Ondersteuning, gezin	Zorgvraag wisselend	Moeilijk	Beperkt	Zeer groot	a) Niet goed b) Beperkt
- Volwassenen			Ondersteuning, zelfstandig	Zorgvraag relatief hoog en stabiel	Moeilijk	Kwaliteit Kosten?	Relatief groot	a) Gemiddeld goed b) Beperkt
Chronisch psychiatrische patiënten	Circa 30.000	€ 1,1 mld. <sup>134</sup>	Ondersteuning, achtervang, samenhang	Zorgvraag kort, hevig en soms herhaald, soms beperkt tot crises	Moeilijk	Matig (na knip)	Groot, samenhang wonen en zorg luistert nauw i.v.m. externe effecten	a) Niet goed b) Nauwelijks

<sup>133</sup> Budget na invoering van de Wmo.

<sup>134</sup> Budget na overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw.



## 5 Sturingsmodellen voor de AWBZ

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen verschillende sturingsmodellen voor de AWBZ de revue passeren. De sturingsmodellen zullen in het algemeen beoordeeld worden op basis van de mate waarin de modellen de problemen bij het borgen van de publieke belangen uit hoofdstuk 3 kunnen ondervangen, te weten risicoselectie, overconsumptie, gebrek aan samenhang en afwenteling. Met andere woorden: bezien wordt hoe de modellen scoren op de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Daarbij wordt eveneens bekeken hoe de modellen bijdragen aan het centrale uitgangspunt van dit rapport namelijk het vergroten van de doelmatigheid. In dit kader is het relevant om op te merken dat er vaak sprake zal zijn van een uitruil tussen de verschillende publieke belangen. De mate waarin een dergelijke uitruil zich voordoet kan afhangen van het sturingsmodel. Bij de beoordeling van de sturingsmodellen zal hiermee rekening moeten worden gehouden. De beoordeling welk sturingsmodel het beste is voor welke klantgroep vindt vervolgens in het volgende hoofdstuk plaats.

### 5.2 Kernelementen van sturingsmodellen

Alvorens te beoordelen in hoeverre de verschillende sturingsmodellen in staat zijn om aan de hierboven genoemde problemen iets te doen en in welke mate zij in staat zijn de publieke belangen te borgen zal hieronder kort worden aangestipt welke elementen sturingsmodellen in ieder geval bevatten.

De kernelementen die worden onderscheiden zijn:

- 1) **Primaire uitvoerder**. De uitvoering kan in handen zijn van private uitvoerders zoals verzekeraars, de overheid (of een andere publieke uitvoerder) waarbij onderscheid kan worden gemaakt naar een centrale en decentrale organisatie, en cliënten zelf. Overigens wordt hier met uitvoerder de partij bedoeld die verantwoordelijk is voor de zorginkoop (en dus niet de zorgaanbieder).
- 2) **Claimbeoordeling**. Deze rol moet niet worden verward met diagnosestelling: dat is de vaststelling welke aandoening mensen hebben en welke zorg mensen nodig hebben. Bij claimbeoordeling gaat het om het toetsen of cliënten voor deze zorg een beroep kunnen doen op de verzekering of voorziening (toegang).<sup>135</sup> Bij volledig private verzekeringen ligt de verantwoordelijkheid voor claimbeoordeling bijvoorbeeld bij verzekeraars binnen de grenzen die in de verzekeringsaanspraken zijn omschreven. Bij sociale zekerheidsregelingen is dat anders: dan ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de overheid. Vaak zal de claimbeoordeling bij de uitvoerder liggen binnen de grenzen van het door de rijksoverheid omschreven pakket (aanspraken en/of indicatieprotocollen).

---

<sup>135</sup> Wel is het zo dat naarmate de zorgbehoefte objectiever is vast te stellen de uitvoerder voor de claimbeoordeling meer kan leunen op de diagnosestelling. In de AWBZ vindt de claimbeoordeling momenteel door het CIZ plaats en wordt de diagnosestelling door zorgaanbieders gedaan.

- 3) **Prikkels uitvoerder.** De wijze waarop uitvoerders een prikkel wordt gegeven om de zorg doelmatig in te kopen en te organiseren kan verschillen. Hiermee kan ook de mate waarin uitvoerders een prikkel tot doelmatige zorginkoop hebben variëren. Private verzekeraars concurreren met elkaar om cliënten en hebben –mits de concurrentie goed werkt- hiermee een prikkel om doelmatig zorg in te kopen waarmee ze een lagere premie kunnen vragen en zo meer verzekerden kunnen trekken. Bij een centrale publieke uitvoerder moeten de prikkels voor doelmatigheid bestuurlijk worden aangebracht, terwijl bij een decentrale publieke organisatie de doelmatigheidsprikkels afhangen van de wijze van bekostiging en het functioneren van de lokale democratie.
- 4) **Risico uitvoerder.** De mate waarin uitvoerders financieel risico lopen over de uitvoering van hun taken kan sterk variëren. Private verzekeraars lopen volledig risico over hun activiteiten, terwijl de uitvoerders van de huidige AWBZ, de zorgkantoren, in feite geen risico lopen. Er zijn natuurlijk allerhande tussenvormen denkbaar. Op dit moment lopen zorgverzekeraars in de Zvw over ongeveer 60 procent van hun zorgkosten risico. Naarmate uitvoerders minder risico lopen over hun activiteiten ligt het minder voor de hand hen beleidsvrijheid te geven, bijvoorbeeld ten aanzien van de invulling van de claimbeoordeling.
- 5) **Verzekering of voorziening.** Een andere relevante factor die per model kan verschillen is of sprake is van een regeling met afdwingbare aanspraken (verzekering) of van een voorziening. Overigens is het onderscheid tussen beide niet zwart-wit: ook een gemeentelijke voorziening kan aanspraken opleveren, namelijk als een gemeente in haar verordening regelt dat mensen ergens binnen een gestelde termijn recht op hebben.
- 6) **Keuze uitvoerder.** Tot slot is een belangrijk aspect of de cliënt indien hij ontevreden is over de prestaties van de uitvoerder naar een andere uitvoerder kan overstappen. De mate waarin cliënten met de voeten kunnen stemmen bepaalt mede of uitvoerders bij de uitvoering van hun taak rekening zullen houden met de voorkeuren van cliënten. In modellen waar de overheid de uitvoerder is vindt beïnvloeding plaats via het democratische proces. Er ligt dan meer nadruk op een collectief besluitvormingsproces, terwijl er in een model met keuzevrijheid van een uitvoerder meer accent ligt op keuzes door de individuele verzekerde.

Op basis van deze elementen is een reeks van verschillende sturingsmodellen te schetsen. Het is niet praktisch om alle denkbare modellen te beschrijven. Het rapport beperkt zich dan ook tot de uitvoeringsmodellen die al gebruikt worden in de zorg (zoals gereguleerde concurrentie of het cliëntmodel) én sturingsmodellen die nog niet worden gebruikt maar een prominente rol spelen in de Nederlandse beleidsdiscussies over langdurige zorg.<sup>136</sup> De kenmerken van de te beschrijven modellen worden samengevat in tabel 5.1.

---

<sup>136</sup> Hierbij kan gedacht worden aan de voorstellen zoals gedaan door het CVZ en de PvdA.

**Tabel 5.1 Kenmerken van de modellen**

Uitvoerder	Claimbeoordeling	Prikkels uitvoerder	Risico uitvoerder	Verzekering/voorziening?	Kan cliënt uitvoerder kiezen?
Privaat					
1. Regionale inkopers <sup>137</sup>	Onafhankelijk van uitvoerder	Via benchmark/concessieverlening	Ten hoogste over inkoop <sup>138</sup>	Verzekering	Periodiek <sup>139</sup>
2. Concurrerende inkopers	Onafhankelijk van uitvoerder	Via concurrentie	Over inkoop	Verzekering	Ja
3. Private verzekeraars <sup>140</sup>	Door aanbieders/verzekeraars	Via concurrentie	Over inkoop én (deels) incidentie	Verzekering	Ja
Publiek					
4. Centrale organisatie	Door overheid	Beperkt, via hiërarchie	Mogelijk over inkoop	Beide mogelijk	Nee
5. Decentrale organisatie	Door overheid	Via democratische controle	Mogelijk over inkoop en incidentie	Beide mogelijk, nu in de regel voorziening	Nee
6. Cliëntmodel	Door overheid	Ja	Over inkoop	Verzekering	n.v.t.

De geselecteerde modellen zullen in drie paragrafen worden beschreven en beoordeeld, ingedeeld op basis van de primaire uitvoerder. Hierbij past de kanttekening dat niet met alle modellen in de (Nederlandse) praktijk ervaring is opgedaan. De voor- en nadelen die hieronder worden genoemd zijn dus tot op zekere hoogte theoretisch. Bij elk model zal worden gezien in welke mate het model bijdraagt aan een betere uitvoering van de AWBZ en in welke mate het (beter) in staat is de eventuele problemen bij de borging van de publieke belangen het hoofd te bieden. Daarnaast worden belangrijke randvoorwaarden bij de modellen besproken. Sommigen hiervan zijn modelafhankelijk, anderen zijn in wisselende mate bij elk model relevant.

### 5.3 Uitvoering door private partijen

Er zijn verschillende modellen denkbaar waarin private partijen een prominente rol spelen in de uitvoering. De bestaande uitvoeringsstructuur is daar een voorbeeld van: alle zorgkantoren zijn weliswaar niet risicodragend, maar wel degelijk privaat. Ze zijn immers in handen van private verzekeraars. Dit geldt ook voor het model dat gehanteerd wordt voor de nieuwe zorgverzekeringswet: deze wordt namelijk uitgevoerd door risicodragende private verzekeraars. Aangezien het huidige model in hoofdstuk 3 is geanalyseerd zal er in dit hoofdstuk niet nader bij worden stilgestaan. Wel zal een wat prikkels betreft betere versie van de huidige uitvoeringsstructuur worden beschreven waarbij regionale inkopers (zorgkantoren) meer worden afgerekend op prestaties. Daarnaast wordt een model beschreven met private uitvoering op basis van

<sup>137</sup> Het huidige zorgkantoormodel is hier een voorbeeld van; in de tabel wordt uitgegaan van een wat prikkels betreft betere versie van de huidige uitvoeringsstructuur, waarbij regionale inkopers meer worden afgerekend op prestaties en waarbij sprake is van aanbesteding van concessies voor de regionale inkoopfunctie.

<sup>138</sup> Zie voor een verdere toelichting de beschrijving van dit model later in dit hoofdstuk.

<sup>139</sup> Het oordeel van de cliënt speelt een belangrijke rol bij de concessieverlening.

<sup>140</sup> Net zoals in de zorgverzekeringswet wordt dit model ook het model van gereguleerde concurrentie genoemd.

persoonsvolgende budgetten. Tot slot zal het model van gereguleerde concurrentie worden behandeld. Een belangrijk verschil tussen de huidige uitvoering en het verbeterde regionale inkoopmodel en de twee laatstgenoemde modellen is dat in tegenstelling tot de situatie met regionale inkopers in deze laatste modellen de cliënt zijn uitvoerder kan kiezen. In alle gevallen wordt uitgegaan van verzekerde rechten: bij uitvoering door (concurrerende) private uitvoerders is een voorziening niet goed denkbaar.

### **De regionale inkoper (zorgkantoor) die op prestaties wordt afgerekend**

Kernelementen van het regionale inkoopmodel zijn dat er per regio één uitvoerder/inkoper is en dat deze partij privaat is. In de huidige uitvoeringspraktijk gaat het om partijen die gelieerd zijn aan bestaande zorgverzekeraars. De claimbeoordeling wordt niet door deze uitvoerders gedaan maar door een aparte overheidsorganisatie (CIZ). De kerntaak van het huidige zorgkantoor is de inkoop van zorg voor al diegenen in de regio van het betreffende zorgkantoor waarvoor de claimbeoordelaar heeft vastgesteld dat zij recht op AWBZ-gefinancierde zorg hebben. In tegenstelling tot de huidige situatie wordt er vanuit gegaan dat het model dusdanig kan worden verbeterd dat de regionale inkopers afgerekend worden op hun prestaties. Het lijkt in dit geval wenselijk dat de huidige mandaatconstructie vervalt zodat het huidige zorgkantoor in beginsel kan worden losgekoppeld van de bestaande zorgverzekeraars en een aparte wettelijke status krijgt. Verder is de vraag relevant of met de huidige regio's<sup>141</sup> een optimale regionale uitvoering mogelijk is. De optimale omvang van regionale inkoopregio's hangt voor een substantieel deel af van de structuur van de aanbodkant en hiermee van de specifieke klantgroep in de AWBZ.

De introductie van prestatieprikkels voor de regionale inkoper kan op verschillende manieren: door concessies alleen te verlenen indien regionale inkopers goed presteren of, een stap verder, aanbesteding van de inkoopfunctie. Een andere vorm van prestatieprikkels die kan worden geïntroduceerd is door concurrentie tussen regionale inkopers te simuleren door maatstafconcurrentie. Regionale inkopers kunnen dan worden beloond als ze het beter doen dan de andere regionale uitvoerders. Dit kan bijvoorbeeld door de mogelijkheid te introduceren de doelmatigheidswinsten die goed presterende inkopers behalen te laten besteden aan extra of vernieuwende AWBZ-zorg of onder voorwaarden toe te laten voegen aan de eigen middelen. Slecht presterende inkopers dienen als ultieme sanctie het recht op regionale uitvoering van zorginkoop te verliezen. Als de eerder genoemde concessies worden verleend aan rechtspersonen die zijn gelieerd aan een verzekeraar is hiermee ook een aanpak van 'naming and shaming' (reputatieschade) mogelijk. Tot slot kan ervoor gekozen worden om regionale inkopers risicodragend te maken door een objectief verdeelmodel voor AWBZ-zorg te maken en op basis daarvan de inkopers budgetten toe te kennen.

Ten aanzien van de eventueel optredende problemen bij de borging van de publieke belangen geldt dat risicoselectie in dit model geen rol speelt: doordat de regionale inkoper zorg moet inkopen voor iedereen in zijn regio waarvoor door de claimbeoordeling is vastgesteld dat hij/zij recht op zorg heeft, kan de uitvoerder in principe niet op risico's selecteren. Hij is namelijk de enige uitvoerder in de regio. Afhankelijk van de adequaatheid van de prestatie-indicatoren waarop de uitvoerder wordt beoordeeld kan de regionale inkoper er belang bij hebben om voor bepaalde klantgroepen minder goede zorg in te kopen. Doordat de regionale inkoper op zijn prestaties wordt afgerekend heeft deze er ook belang bij om kostenefficiënt in te kopen en dus om, voor zover mogelijk, overconsumptie tegen te gaan. Toch is dit laatste een van de zwakke plekken van dit

---

<sup>141</sup> Er zijn momenteel 32 zorgkantoorregio's die zijn gelieerd aan een beperkter aantal verzekeraars.



model: de verantwoordelijkheid én de mogelijkheden voor het tegengaan van overconsumptie ligt vooral bij de claimbeoordeling. Dit model stelt dan ook hoge eisen aan de claimbeoordeling.

Daarnaast geldt dat het belang dat de uitvoerder heeft bij het scherp inkopen van zorg ertoe kan leiden dat de zorginkoper probeert te bekribbelen op de kwaliteit van de zorg. Dit is des te meer relevant omdat de regionale inkoper de enige speler in de regio is. De prikkels om scherp in te kopen hoeven dus niet te resulteren in een betere doelmatigheid in termen van een betere prijs-kwaliteitverhouding. Zolang cliënten kunnen kiezen tussen zorgaanbieders is er in het model echter nog een kwaliteitsprikkel aanwezig. Aanvullend is het wenselijk om in de prestatie-indicatoren waarop de regionale inkoper wordt afgerekend expliciet de kwaliteit van de ingekochte zorg op te nemen. Transparantie van kwaliteit is in dit model van belang om te voorkomen dat -bij afwezigheid van het mechanisme van het kunnen stemmen met de voeten- de sterkere prikkel tot een scherpe zorginkoop tot kwaliteitsverlies leidt.

Ten aanzien van samenhang en afwenteling biedt dit model geen specifieke voordelen ten opzichte van de huidige situatie: aangezien de regionale inkoper geen andere regelingen uitvoert kan de uitvoerder de samenhang met andere regelingen niet bewaken voor zover dat voor de cliënten relevant is. Ten aanzien van afwenteling geldt bij een risicodragende regionale uitvoerder weliswaar dat deze er belang bij heeft om afwenteling vanuit andere regelingen tegen te gaan, maar omgekeerd heeft de uitvoerder er ook belang bij als kosten worden afgewenteld op andere regelingen.

Het belangrijkste risico van dit model zit bij de machtspositie die een risicodragende regionale inkoper heeft ten opzichte van de cliënt. Bij wanprestaties van de regionale uitvoerder kan een klant niet overstappen naar een andere uitvoerder. Klanten kunnen dus niet stemmen met de voeten om de inkoper bij de les te houden. Bovendien zijn cliënten voor de keuze tussen zorgaanbieders afhankelijk van de regionale inkoper. Het is voorstelbaar dat er om deze reden grenzen zijn aan de mate waarin het verantwoord wordt geacht om regionale inkopers risico te laten dragen.<sup>142</sup> Er zijn twee middelen denkbaar om deze problemen te ondervangen: in de eerste plaats de concessie(verlenging) afhankelijk stellen van de prestaties. Dit vereist dat de prestaties voor de overheid meetbaar zijn. Daarnaast is het mogelijk om, zoals nu het geval is, uitvoering door regionale inkopers te combineren met PGB's zodat cliënten zelf de zorginkoop ter hand kunnen nemen en hiermee tot op zekere hoogte kunnen stemmen met de voeten. Ten aanzien van machtsposities aan de aanbodkant geldt tot slot dat een regionale zorginkoper wenselijk kan zijn met het oog op countervailing power, zeker indien zorgaanbieders over aanzienlijke marktmacht beschikken.

### **Uitvoering zorginkoop door concurrerende private partijen**

In dit model is er net als in het regionale inkoper model sprake van verzekerde rechten in de vorm van een verzekering. Het grootste verschil is dat cliënten zelf hun uitvoerder kunnen kiezen. Dit doen zij op basis van de hoogte van de nominale premie en de verwachte kwaliteit van de uitvoerder. De uitvoerder voert niet de claimbeoordeling uit maar dit wordt door een onafhankelijke organisatie gedaan. Op basis van de claimbeoordeling krijgt de uitvoerder een normuitkering (een gemiddeld bedrag behorend bij een bepaalde zorgbehoefte) waarmee hij zorg dient in te kopen voor de verzekerde. In beginsel zou de systematiek van het risicovereveningsfonds in de Zvw als basis voor de

---

<sup>142</sup> Vandaar dat in de tabel 'kenmerken van modellen' wordt aangegeven dat zorgkantoren *ten hoogste* risico zullen dragen over de inkoop.

vergoeding aan de uitvoerder kunnen worden gehanteerd. In plaats van een compensatie op basis van vereveningskenmerken krijgt de uitvoerder in dit geval een normuitkering op basis van de claimbeoordeling. Om voor inkopers prijsprikkels in te bouwen is een directe financiële relatie (bijvoorbeeld net als in Zvw in de vorm van een nominale premie) tussen cliënten en de uitvoerder nodig. Op deze wijze vindt concurrentie tussen uitvoerders op zowel prijs als kwaliteit plaats.

Wanneer de uitvoerder niet bevalt heeft de verzekerde in dit model de mogelijkheid een andere uitvoerder te kiezen. Uitvoerders worden zo gedwongen om te concurreren op een goede kwaliteit en een scherpe zorginkoop zodat ze een lage 'bijdrage' aan verzekerden in rekening kunnen brengen. De uitvoerder heeft in dit model in feite niet de traditionele rol van schadelastverzekeraar. Het incidentierisico<sup>143</sup> wordt immers gedragen door de overheid en het volume wordt via de claimbeoordeling ook door de overheid bepaald. In feite lijkt het model veel op het cliëntmodel dat later zal worden behandeld.

Ten opzichte van het huidige model en het model van regionale zorginkoop nemen de prikkels voor een doelmatige zorginkoop toe. Uitvoerders die de zorg scherp weten in te kopen houden (per cliënt) een deel van de ex ante normuitkering die ze ontvangen over die ze deels bijvoorbeeld kunnen teruggeven aan de cliënt, toevoegen aan de eigen middelen of kunnen besteden aan extra zorg of extra kwaliteit. Daarnaast geldt dat in tegenstelling tot de regionale inkopers de uitvoerders scherp worden gehouden doordat de cliënten naar een andere uitvoerder kunnen overstappen. Voorwaarde is dan wel dat de betrokken cliënt(en) ook daadwerkelijk (kunnen) kiezen. De keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders hangt af van de keuzemogelijkheden die de uitvoerder de cliënten op dit punt biedt. Het is mogelijk dit model te combineren met een PGB-model waarbij de uitvoerder de normuitkering kan doorgeven aan degenen die zelf hun zorginkoop willen regelen.

Wat betreft de problemen bij de borging van de publieke belangen geldt dat doordat de uitvoerder in beginsel direct voor de schadelast wordt gecompenseerd de uitvoerder geen prikkels heeft om risicoselectie toe te passen. Alleen indien de claimbeoordeling niet goed functioneert of de normuitkeringen niet goed vastgesteld zijn én de uitvoerder voorspelbaar verliezen en winsten kan maken op een bepaalde klantgroep heeft de uitvoerder prikkels én mogelijkheden om te proberen de dure risico's te vermijden.

De zwakke plek van dit model is dat de mogelijkheden om overconsumptie te voorkomen primair bij de claimbeoordeling liggen. De beheersing van het incidentierisico ligt vooral bij de claimbeoordeling, waarbij de uitvoerder geen tegenwicht kan bieden bij een te ruime claimbeoordeling. Dit model is dus alleen in staat om overconsumptie te beperken indien de claimbeoordeling goed vorm kan worden gegeven. Anders zullen andere middelen moeten worden ingezet om overconsumptie tegen te gaan, zoals het minder aantrekkelijk maken van de aanspraken of het verhogen van de eigen bijdragen.

Net als voor het vorige model geldt dat als er een mogelijkheid is om de kosten naar een andere regeling te verschuiven waarover minder risico wordt gelopen en die al dan niet door een andere organisatie wordt uitgevoerd de uitvoerder een prikkel heeft om de kosten af te wentelen. Indien de uitvoerder dezelfde zou zijn als de verzekeraar van de betreffende verzekerde in de curatieve zorg, dan nemen de prikkels voor afwenteling in

---

<sup>143</sup> Het incidentierisico is de kans dat verzekerden een beroep doen op de verzekering. Er wordt hier dan ook gesproken van uitvoerder in plaats van verzekeraar omdat deze partij de facto geen verzekeringsrisico draagt en dus geen verzekeraar is.

principe af.<sup>144</sup> Het in één hand leggen van de uitvoering kan vanuit kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening gezien voor de cliënt gunstig uitpakken. Hierbij geldt overigens dat er juridische randvoorwaarden gelden: zorgverzekeraars mogen namelijk geen risicodragende nevenwerkzaamheden verrichten.<sup>145</sup>

De uitvoerder krijgt een normkostenvergoeding en heeft daarom een grote prikkel om doelmatig zorg in te kopen bij de aanbieders. De uitvoerder heeft bovendien waarschijnlijk enige schaalvoordelen en kan zo wellicht scherper inkopen en goedkoper werken dan individuele cliënten. Het risico dat een scherpe inkoop van zorg ten koste zou gaan van de kwaliteit van de ingekochte zorg is wat kleiner dan in het vorige model omdat cliënten bij een slechte kwaliteit over kunnen stappen naar een andere uitvoerder. Net als in het regionale inkoper model geldt dat de kwaliteit transparant en contracteerbaar moet zijn wil een scherpe zorginkoop niet ten koste gaan van de kwaliteit van de ingekochte zorg. Indien een kritische massa van cliënten bij prijs- en/of kwaliteitsverschillen van uitvoerder kan én wil veranderen en zich een goed oordeel kan vormen over de kwaliteit zorg die uitvoerders inkopen, dan hebben de uitvoerders een sterke prikkel om de zorg zo doelmatig (beste prijs/kwaliteit verhouding) mogelijk in te kopen.

Een uitvoerder van enige omvang heeft meer mogelijkheden om in kennis over de markt te investeren dan een individuele cliënt. De ongelijke verdeling van kennis tussen zorgaanbieder en zorginkoper kan zo worden verkleind. Dit vereist dat 1) er voldoende concurrerende partijen zijn 2) consumenten in staat zijn goede keuzes te maken en 3) er voldoende informatie is om te kiezen. Het eerste hangt af van welke partijen de rol van concurrerende inkopers op zich kunnen nemen. Indien dit de huidige zorgverzekeraars zouden zijn dan lijkt het aantal concurrerende partijen vooralsnog geen groot probleem. Het tweede kan per deelmarkt verschillen en zal in het volgende hoofdstuk terugkomen. Het derde geldt in het algemeen voor modellen waar de cliënt keuzemogelijkheden worden geboden.

De uitvoerders hebben in principe een minder sterke positie dan in het model van regionale inkopers omdat cliënten van uitvoerder kunnen wisselen indien zij dit wensen. Doordat zorgaanbieders niet meer worden geconfronteerd met een regionale inkoper maar met concurrerende partijen wordt de onderhandelingspositie van zorgaanbieders sterker. Concurrentie tussen zorgaanbieders en goed toezicht op misbruik van machtsposities zijn van groot belang om zowel uitvoerders als cliënten voldoende tegenmacht te geven tegen zorgaanbieders. Voor concurrentie tussen aanbieders is voldoende zorgaanbod via het stimuleren van toetreding door lagere toetredingsdrempels en adequaat toezicht een belangrijke randvoorwaarde. Waar concurrentie (nog) niet voldoende van de grond is gekomen kan sectorspecifiek toezicht een rol spelen. Het mededingingstoezicht alleen biedt hier te weinig houvast.

Een belangrijk verschil met het model van concurrerende private verzekeraars (gereguleerde concurrentie) dat hierna wordt besproken is dat het cruciaal is dat de

---

<sup>144</sup> Zolang er sprake is van een verschil in risicodragendheid over de curatieve en langdurige zorg, blijft er evenwel een prikkel voor de verzekeraar tot afwenteling bestaan naar de zorgvormen waarover hij het minste risico loopt.

<sup>145</sup> Het is verzekeraars op grond van artikel 64, eerste lid, Wtv 1993 verboden een ander bedrijf dan het schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen. Dit roept de vraag op of het is toegestaan dat zorgverzekeraars uit de Zvw ook de AWBZ uitvoeren. In de Eerste coördinatierichtlijn schadeverzekering staat daarover dat verzekeringsondernemingen zich beperken tot het verzekeringsbedrijf, *met uitsluiting van elke andere handelsactiviteit*.

claimbeoordeling goed functioneert. Dit omdat de uitvoerders met een normuitkering geen belang hebben bij een strikte claimbeoordeling, wat concurrerende verzekeraars daarentegen wel hebben. Verder zijn er alleen in het geval dat de uitvoerder dezelfde is als de verzekeraar van de betreffende verzekerde in de curatieve zorg prikkels voor ketenzorg, waarbij via gerichte investeringen in de curatieve zorg (ziekenhuis, revalidatiecentrum, huisarts; voorkómen decubitus etc) besparingen in de langdurige zorg (functieverlies op langere termijn) worden gerealiseerd. Indien de uitvoerder een ander is dan de verzekeraar voor de curatieve zorg blijft de huidige situatie gehandhaafd waarin de cliënt te maken heeft met verschillende systemen voor curatieve en langdurige zorg. .

### **Concurrerende private verzekeraars (gereguleerde concurrentie)**

In dit model wordt aangesloten bij de vormgeving die voor de zorgverzekeringswet (Zvw) is gekozen. De langdurige zorg wordt hiermee in principe ondergebracht in de zorgverzekeringswet. Het model gaat er van uit dat cliënten uit het aanbod van concurrerende verzekeraars zelf een verzekeraar kiezen. De verzekeraar heeft een acceptatieplicht en mag in de premiestelling geen onderscheid maken tussen verschillende (groepen van) cliënten. De verantwoordelijkheid voor de claimbeoordeling ligt bij de verzekeraar.

De zorgverzekeraars zijn bij voorkeur zoveel mogelijk risicodragend. Daarvoor is het noodzakelijk dat verzekeraars via risicoverevening gecompenseerd worden voor slechte risico's. Wanneer de verzekeraar niet bevalt heeft de verzekerde de mogelijkheid om een verzekeraar te kiezen met een betere prijs/kwaliteitverhouding. Verzekeraars worden zo gedwongen om te concurreren op een doelmatige zorginkoop en een goede kwaliteit resulterend in een goede prijs/kwaliteitsverhouding. Verzekeraars hebben daardoor een rol als kritische zorginkopers die zorgaanbieders dwingen om doelmatig zorg te leveren en goede kwaliteit te leveren. De zorginkooprol van de zorgverzekeraar kan er toe leiden dat cliënten beperkt kunnen worden in de keuzevrijheid voor een zorgaanbieder. Overigens geldt dat indien het regime van de Zvw wordt gevolgd verzekerden -naast de keuze voor een naturapolis waarbij de verzekeraar de zorginkoop heeft geregeld- ook kunnen kiezen voor een restitutiepolis waarbij de verzekerde in beginsel naar elke zorgaanbieder kan gaan.

Vergeleken met de voorgaande modellen zijn de doelmatigheidsprikkels in dit model potentieel het sterkst, enerzijds omdat verzekeraars meer risico lopen over de zorguitgaven en anderzijds omdat zij met elkaar concurreren om de gunsten van verzekerden. Verzekeraars zullen –uitgaande van een werkende verzekeringsmarkt- een sterke prikkel hebben om de zorg af te stemmen op de wensen van hun verzekerden. Dit kan zijn een lage premie met een relatief lage kwaliteit of een hoge premie met dito kwaliteit, dan wel een tussenvorm. Het is moeilijk van tevoren aan te geven of de prikkels van verzekeraars om de zorg scherp in te kopen een risico voor de kwaliteit van de ingekochte zorg vormen. Dit hangt onder meer af van de mate waarin verzekerden met de voeten zullen stemmen indien zij ontevreden zijn over hun verzekeraar. Daarnaast is relevant in welke mate het reputatiemechanisme werkt. Tot slot is van belang in hoeverre kwaliteit transparant en door verzekeraars te contracteren is, en in welke mate via de wettelijke omschrijving van het verzekeringspakket een acceptabel niveau van verantwoorde zorg wordt vastgesteld. Bij het ontbreken van (een van) deze factoren wordt het risico op beknibbeling op de kwaliteit bij sterke doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars groter. Evenals bij de eerder besproken modellen geldt dat transparantie over kwaliteit en de ontwikkeling van goede prestatie-indicatoren van groot belang zijn, zowel voor de zorgverzekeraar bij de inkoop van zorg als voor de cliënt bij de keuze voor

een verzekeraar en een zorgaanbieder. Een voordeel daarbij is dat zorgaanbieders in principe in dit model een belang hebben om kwaliteit ook transparant te maken.<sup>146</sup>

Een zwak punt van dit model is dat risicoselectie kan optreden. De keerzijde van de combinatie van risicodragendheid en keuzevrijheid voor cliënten is namelijk dat verzekeraars kunnen proberen de slechte risico's te ontlopen. Weliswaar geldt dat aan verzekeraars een acceptatieplicht wordt opgelegd, maar uit buitenlandse ervaringen blijkt dat zonder een goed werkend systeem van risicoverevening verzekeraars in de praktijk zeer creatief zijn met het vermijden van dure cliënten.<sup>147</sup> In Nederland heeft zich dit tot nu toe nooit voorgedaan doordat in het kader van de ziekenfondswet 'een van de betere vereveningsystemen van de wereld' is ontwikkeld. De mate waarin risicoverevening conform de Zvw mogelijk is, is deelmarktafhankelijk. Dit wordt in het volgende hoofdstuk verder besproken.

Als verzekeraars risicodragend zijn over de schadelast hebben zij er belang bij om overconsumptie zoveel mogelijk te voorkomen. Mits de verzekeringsmarkt goed werkt zijn de prikkels om dit soort ongewenst gedrag tegen te gaan vrij sterk: overconsumptie leidt dan tot onnodig hoge kosten en daarmee tot te hoge premies, wat weer tot gevolg heeft dat verzekerden naar de concurrentie overstappen. Dit geldt ook voor prikkels om een goede prijs/kwaliteitverhouding te bieden als verzekeraar. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat individuele verzekeraars onder het systeem van gereguleerde concurrentie van de Zvw niet over alle instrumenten beschikken die 'gewone' private verzekeraars hebben om overconsumptie tegen te gaan. Gebruikelijke instrumenten zijn namelijk om aanspraken te beperken of eigen risico's te introduceren. In de Zvw bepaalt de overheid het verzekerde pakket en de toegestane hoogten van eigen risico's.

De mogelijkheden voor het bewaken van samenhang maar ook voor het afwentelen van kosten op andere regelingen zijn niet zozeer afhankelijk van het sturingsmodel maar van het aantal verschillende regelingen dat naast elkaar bestaat en de mogelijkheden om kosten tussen de regelingen te verschuiven. Dit laatste kan het geval zijn indien twee regelingen beide recht geven op onderling inwisselbare producten en/of diensten. Desondanks heeft het gekozen sturingsmodel invloed op de kans op afwentelingsgedrag en de mogelijkheden én prikkels om samenhang te bewaken. Bij integratie met de Zvw verdwijnen de schotten tussen curatieve en langdurige zorg. Als de prikkels voor verzekeraars/uitvoerders voor beide zorgvormen hetzelfde zijn, hebben zij geen prikkels meer om kosten af te wentelen. Dit is goed voor de doelmatigheid. Indien slechts een deel van de langdurige zorg wordt overgeheveld of de mate van risicodragendheid in beide sectoren verschilt dan zijn er nog steeds prikkels voor afwenteling. Afwenteling tussen de Zvw en Wmo blijft natuurlijk mogelijk.

Machtsposities aan de kant van de zorgverzekeraars zijn niet echt een probleem omdat er vooralsnog voldoende verzekeraars actief zijn. Daarnaast zijn de toetredingsdrempels laag mede doordat in de Zvw is toegestaan dat een verzekeraar in eerste instantie alleen in een bepaalde provincie een zorgverzekering aanbiedt. Bovendien kunnen cliënten – evenals in het model van concurrerende inkopers- uitwijken naar andere verzekeraars en eventueel zorgaanbieders, zolang er voldoende informatie is en voldoende uitvoerders en

---

<sup>146</sup> Hierbij geldt wel de beperking dat deze prikkel vooral geldt voor de kwaliteitsaspecten die door cliënten en verzekeraars te beoordelen zijn. Voor de minder zichtbare kwaliteitsaspecten bestaat juist het risico dat hierop wordt beknipt. Dit kan worden tegengegaan door bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren zoveel mogelijk kwaliteitsaspecten mee te nemen.

<sup>147</sup> CPB, *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, januari 2003.

aanbieders zijn om uit te kiezen. Cliënten moeten daar zelf natuurlijk toe in staat en bereid zijn wil dit model functioneren. Ten aanzien van de aanbodkant geldt min of meer hetzelfde als bij het model van concurrerende inkopers is gezegd. Voldoende zorgaanbod en concurrentie tussen zorgaanbieders zijn cruciale randvoorwaarden in dit model. Adequaat (markt)toezicht kan hierbij een belangrijke rol vervullen.

Tot slot moet worden geconstateerd dat overheveling naar de zorgverzekeringswet verschillende transitieproblemen met zich mee brengt. Aangezien voor de Zvw een ander premie- en lastenregime geldt dan voor de huidige AWBZ is overheveling niet zonder koopkracht- of lastenverschuivingen te realiseren. Bijlage 4 schetst globaal met welke invoeringsproblemen rekening moet worden gehouden.

Het model bevat potentieel meer doelmatigheidsprikkels dan de twee voorgaande (private) modellen. Het model stelt echter zeer hoge eisen aan de risicoverevening (zie hoofdstuk 6). Zonder een goed werkende risicoverevening op individueel niveau leidt het model tot ongewenste uitkomsten. Daarbij moet bedacht worden dat risicoverevening geen statisch systeem is: als er problemen optreden, zijn er 'knoppen' waaraan gedraaid kan worden om de problemen op te lossen. Hierbij valt te denken aan het toepassen van ex post compensatiemechanismen (nacalculatie) of ex ante verevening op basis van historische kosten waardoor verzekeraars minder risico lopen en de prikkel voor risicoselectie afneemt. Hetzelfde geldt indien de risicoverevening (in eerste instantie) wordt gebaseerd op de indicatiestelling.<sup>148</sup> In dit geval komt het model van concurrerende verzekeraars dicht in de buurt van het model van concurrerende inkopers. In principe liggen deze twee modellen in elkaars verlengde indien verzekeraars de rol van concurrerende inkopers vervullen. Het verschil zit hem dan a) in de specifieke financieringswijze van verzekeraars en hiermee in de doelmatigheidsprikkels die verzekeraars ondervinden en b) in de vormgeving van de claimbeoordeling. In het model van concurrerende inkopers lopen verzekeraars geen incidentierisico, terwijl dit bij gereguleerde concurrentie wel het geval is. Het model van gereguleerde concurrentie bevat aldus meer doelmatigheidsprikkels dan het model van concurrerende inkopers.

## **5.4 Uitvoering door de overheid**

In veel landen heeft de overheid een directe rol bij de inkoop of de organisatie van zorg. Er zijn twee modellen gangbaar.

### **De overheid als zorginkoper**

In bepaalde landen komt het zorgaanbod tot stand door onafhankelijke (private) zorgaanbieders waarbij de overheid optreedt als inkoper. Deze situatie heeft zich min of meer begin jaren negentig voorgedaan in het Verenigd Koninkrijk toen binnen de National Health Service (NHS) zogenaamde quasi-markets werden geïntroduceerd. Ook in bepaalde Zweedse regio's (onder andere regio Stockholm) is de overheid actief als inkoper van zorg.

### **De overheid beheert en organiseert het zorgaanbod**

De tweede mogelijkheid is dat de overheid het zorgaanbod beheert en organiseert door zelf zorginstellingen te exploiteren en zorgverleners in overheidsdienst te nemen (zoals in de voormalige NHS in het VK).

---

<sup>148</sup> Ven, prof. dr. van de, *Second opinion risicoverevening AWBZ*, december 2005.

We gaan hier in principe uit van het eerste geval waarbij de overheid optreedt als uitvoerder c.q. zorginkoper. Het zorgaanbod door de overheid zelf te realiseren zoals de oude NHS is in de Nederlandse context niet realistisch (en bovendien niet optimaal). Voor bepaalde deelmarkten kan het wenselijk zijn om als overheid verder in te grijpen aan de aanbodzijde, dit kan het geval zijn indien structureel kan worden verwacht dat een deelmarkt wordt gekenmerkt door een (bijna) monopolie. In dit geval kan prijs (tarief)- en kwaliteitsregulering door de overheid noodzakelijk zijn en bepaalt de overheid eenzijdig de 'inkoopvoorwaarden'.

Bij de vormgeving van het overheidsmodel zijn verder de volgende aspecten relevant:

- de mate waarin de overheid als uitvoerder risico kan lopen;
- waar binnen de overheid de verantwoordelijkheid voor de uitvoering wordt gelegd (op meer centraal of decentraal niveau);
- of sprake is van landelijk vastgestelde verzekerde rechten/aanspraken of van een voorziening;
- bij decentrale uitvoering: welke mate van beleidsvrijheid wordt gegeven voor het vaststellen van eigen bijdragen en/of de mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget.

Deze aspecten zijn niet los van elkaar te zien. Risicodragende uitvoering is relatief eenvoudig te realiseren op decentraal niveau. Op centraal niveau, landelijk, is dat complexer. Gedacht kan worden aan een landelijke organisatie als het UWV waarmee een prestatiecontract kan worden gesloten. Indien de centrale overheid bijvoorbeeld via een aantal regiokantoren de zorg inkoopt, is benchmarking van de regiokantoren mogelijk. Bij een decentrale uitvoering op gemeenteniveau heeft de gemeente enige beleidsvrijheid nodig om kostenstijgingen op te vangen; de voorzieningvorm is dan een mogelijkheid. De mate van beleidsvrijheid dient gelijk op te gaan met de mate van risicodragendheid. Bovendien biedt beleidsvrijheid gemeenten de mogelijkheid om in te spelen op lokale wensen. De tegenhanger hiervan is dat verschillen tussen gemeenten ontstaan. Natuurlijk hebben burgers indirect invloed op wat een gemeente aanbiedt: gemeenten zijn immers democratisch gelegitimeerd. Dat maakt het makkelijker om gemeenten beleidsvrijheid te geven. Het wetsvoorstel Wmo is hier een goed voorbeeld van. Dit neemt niet weg dat ook meer harde aanspraken gecombineerd met een decentrale uitvoering denkbaar zijn. De (verstrekking van bijstandsuitkeringen uit hoofde van de) Wet werk en bijstand (Wwb) is hier een voorbeeld van.<sup>149</sup> Ook de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) heeft elementen van harde aanspraken.

Risicoselectie is een aandachtspunt bij decentrale uitvoering. Bij uitvoering door de centrale overheid (eventueel via een paar regiokantoren) zijn er geen concurrerende uitvoerders, en dus geen partijen die de mogelijkheid hebben tot en belang hebben bij risicoselectie. Bij uitvoering door decentrale overheden is beleidsconcurrentie denkbaar (als bepaalde zorgvormen verliesgevend zijn en burgers mobiel zijn dan kunnen gemeenten proberen burgers af te schrikken), maar dit kan worden tegengegaan met een goed werkend verdeelmodel waarin de kosten voor deze klantgroepen adequaat worden gecompenseerd. De eerste ervaringen met een dergelijk verdeelmodel worden nu in het kader van de Wmo opgedaan. In beginsel is het opzetten van een dergelijk verdeelmodel vergelijkbaar met het ontwerpen van een risicovereenigingssysteem, hoewel het model globaler van aard kan zijn.

---

<sup>149</sup> In de Wwb is voor de burger een recht op een bijstandsuitkering gegarandeerd. Voor het reïntegratie- en armoedebeleid zijn de verantwoordelijkheden aan gemeenten gedecentraliseerd inclusief de bijbehorende beleidsvrijheid.

Overconsumptie is een potentieel probleem, zowel in een decentraal als centraal model. De mate waarin het zich in een decentraal model voordoet is afhankelijk van de financiële prikkels: als het objectief verdeelmodel goed werkt, wordt overconsumptie niet gecompenseerd. In dat opzicht is het een aantrekkelijke optie om de uitvoering risicodragend te decentraliseren naar de gemeenten of centrumgemeenten<sup>150</sup> en daarbij de claimbeoordeling (binnen kaders) in handen van de gemeenten te leggen waardoor de gemeente meer sturingsmogelijkheden heeft. Bij uitvoering door de centrale overheid moet net als nu een te ruime claimbeoordeling worden tegengegaan door strakkere protocollering, strakkere aansturing van het indicatieorgaan en bijvoorbeeld benchmarking van indicatiestellers.

Indien bij uitvoering op gemeenteniveau aansluiting wordt gezocht bij de Wmo is het mogelijk dat de afwentelingsrisico's kunnen worden beperkt. Er is dan immers één schot minder. De mogelijkheden en prikkels om daar waar relevant (naarmate er een sterkere relatie is met het welzijnsdomein, vervoer en wonen) samenhang te bewaken nemen ook toe. Indien geen aansluiting wordt gezocht bij de Wmo zijn de afwentelingsrisico's vergelijkbaar met de huidige situatie inclusief Wmo. Hetzelfde geldt ingeval de centrale overheid verantwoordelijk is voor de uitvoering.

Over de doelmatigheidsprikkels bij uitvoering door de overheid kan het volgende worden gezegd. Overheidsorganisaties, zeker op centraal niveau, hebben meestal weinig financiële prikkels om tot een doelmatige inkoop van zorg te komen, zolang voldoende budget beschikbaar is om de geldig beoordeelde claims te honoreren. Hier komt bij dat een uitvoerder op centraal niveau op grote afstand zit en in het algemeen een informatieachterstand heeft. Wel maakt een overheidsorganisatie het mogelijk om met hiërarchische prikkels en sturing bepaalde doelstellingen (als een doelmatige zorginkoop) na te streven. Zeker op termijn biedt hiërarchische sturing alleen echter geen zekerheid ten aanzien van het functioneren van organisaties.

Op decentraal niveau zijn er meer mogelijkheden om de uitvoerders risico te laten dragen. Het is mogelijk om net als in de Wet werk en bijstand gemeenten risico te laten dragen. Op macroniveau wordt de omvang van de middelen dan steeds aangepast aan wat gemeenten in totaal nodig hebben voor de uitvoering, individuele gemeenten hebben hierbij echter belang bij een doelmatige uitvoering. Daar staat tegenover dat de schaalgrootte van gemeenten veel kleiner is dan van de huidige zorgkantoren en eveneens kleiner dan veel van de zorgaanbieders die nu in de AWBZ actief zijn. Indien er schaalvoordelen te behalen zijn bij de inkoop én het niet eenvoudig is voor gemeenten om samen in te kopen dan kan dit een nadeel zijn van het gemeentemodel. Het feit dat de gemeente een minder sterke positie heeft ten opzichte van zorgaanbieders, kan er – afhankelijk van de aanbodstructuur op de betreffende deelmarkt- voor pleiten de zorginkoop op meer centraal niveau te regelen. De opstelling van gemeenten kan overigens op termijn invloed hebben op de organisatie van de aanbodkant. Het is denkbaar dat zorgaanbieders zich voornamelijk gaan concentreren bij gemeenten die zich actief met de zorg bezighouden.

---

<sup>150</sup> Bij een centrumgemeente model is het een optie om aan te sluiten bij suggesties die de CDA-commissie Van der Tak heeft gedaan voor de jeugdzorg, waarbij de centrumgemeente in GGD-verband tot afstemming over beleid komt. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *De Gordiaanse jeugdtknoop, jeugdbeleid met meer gezin en meer gezag*, augustus 2005. De democratische controle is in een centrumgemeentemodel wel minder sterk dan een gemeentemodel waarbij samenwerking aan de gemeenten wordt overgelaten (vergelijk de Wwb).



Het belang dat risicodragende gemeenten bij een goedkope uitvoering hebben, kan op gespannen voet staan met de kwaliteit van de in te kopen zorg. De prikkel voor gemeenten is namelijk niet direct op kwaliteit gericht. Een betere doelmatigheid in termen van een betere prijs-kwaliteitverhouding is dus niet gegarandeerd. Dit is te meer van belang omdat bij een gemeentemodel de mogelijkheid van cliënten om te 'stemmen met de voeten' is weggenomen. Dit betekent dat cliënten zijn aangewezen op de gemeente waarin zij wonen en hiermee op de zorgaanbieders waarbij de gemeente de zorg inkoop. Beïnvloeding kan alleen langs de democratische weg. Of dat effectief gebeurt, is afhankelijk van het deel van de relevante bevolking dat belang hecht aan de betreffende overheidsprestaties en de overige belangen die spelen bij de participatie in het democratische proces. Daarnaast kunnen via de (verplichte) mogelijkheid van een PGB meer keuzemogelijkheden voor cliënten ten aanzien van zorgaanbieders worden gerealiseerd.

Ook bij uitvoering door de centrale overheid hebben burgers geen keuzevrijheid voor de overheidsorganisatie. Indien de overheid namens de cliënten zorg inkoop bij zorgaanbieders (eventueel via regiokantoren), kan de keuze van cliënten ten aanzien van zorgaanbieders enigszins worden beperkt. In het geval de overheid via prijs- en kwaliteitsregulering de prijzen en aangeboden (minimum)kwaliteit vastlegt is het mogelijk dat de cliënt bij elke toegelaten zorgaanbieder zijn zorg kan afnemen, waardoor de keuzevrijheid voor zorgaanbieders niet wordt beperkt. Of zorgaanbieders in zo'n model geprikkeld worden om kwaliteit te leveren is met name afhankelijk van de vormgeving van de bekostiging. Als aanbieders financieel belang hebben bij het aantrekken van zoveel mogelijk patiënten en de kwaliteit transparant is, hebben zij een financiële prikkel om kwaliteit te leveren. Ook bij uitvoering door de centrale overheid is een combinatie met een PGB-model mogelijk.

## **5.5 Uitvoering door de cliënt**

In de AWBZ speelt de kritische inkoop van zorg door cliënten een steeds grotere rol. Het aandeel van PGB's in de zorg is nog beperkt, maar neemt snel toe. Het is denkbaar om het stelsel van langdurige zorg volledig te organiseren rond de cliënt als kritische inkoper van zorg. In België is bijvoorbeeld de zorginkoop voor de langdurige zorg vrijwel geheel de verantwoordelijkheid van cliënten. Daar wordt de langdurige zorgbehoefte meer als een inkomensprobleem gezien. Cliënten kunnen zo bezien de langdurige zorg over het algemeen best zelf regelen als ze maar financieel worden ondersteund en de nodige voorlichting krijgen. In dit geval is de overheid verantwoordelijk voor de claimbeoordeling en draagt de overheid de risico's grotendeels. Dit model vertoont wat betreft de rol van de overheid redelijk veel overeenkomsten met het model van concurrerende inkopers. De cliënt doet echter zelf de zorginkoop. Het MDW-rapport 'de ontvoogding van de AWBZ' ging hier destijds uitgebreid op in. Dit rapport signaleerde verder dat patiënten- en consumentenorganisaties en andere zorgmakelaars (zoals financiële dienstverleners) zich zouden kunnen ontwikkelen tot inkooporganisaties namens de cliënten.

Bij persoonsgebonden budgetten (PGB's) kan onderscheid worden gemaakt tussen een genormeerd budget of een vergoeding van de feitelijke kosten. Een vergoeding van de feitelijke kosten is ongewenst omdat dit elke prikkel richting zorgaanbieder en cliënt wegneemt voor doelmatige zorg.

Bij een genormeerde vergoeding wordt vooraf door de overheid gedefinieerd welke vergoeding uitgekeerd wordt bij bepaalde gezondheidsproblemen. Daarbij is zowel een gebonden als een ongebonden vergoeding denkbaar. Bij een gebonden vergoeding worden nadere eisen gesteld aan de uitgaven. Bijvoorbeeld dat de vergoeding alleen kan worden aangewend voor door de overheid goedgekeurde zorgaanbieders. Dit is in zeker

mate vergelijkbaar met het model van de Wet Kinderopvang. Een ongebonden vergoeding keert uit op basis van de beperking en daaropvolgende indicatiestelling/claimbeoordeling, los van de vraag waar het geld vervolgens aan wordt uitgegeven. Het geld kan vervolgens naar eigen inzicht door de cliënt worden besteed. Dit is enigszins vergelijkbaar met de kinderbijslag. In het verlengde daarvan is het mogelijk dit model toe te passen voor meerdere levensterreinen (zorg, arbeid, onderwijs) tegelijk.<sup>151</sup>

Het model vertoont duidelijke overeenkomsten met het model van concurrerende inkopers. Voornaamste verschillen zijn dat a) de inkoop in beginsel individueel plaats vindt, waardoor geen gebruik wordt gemaakt van schaalvoordelen of inkoopmacht, b) dat doelmatigheidswinsten bij inkoop niet via lagere 'premies' bij de premiebetalers/consumenten terecht komen maar bij de cliënten tenzij hiermee in het systeem rekening wordt gehouden en c) dat de cliënt niet op voorhand is verzekerd van zorg. Hier staat tegenover dat doordat sprake is van individuele inkoop de ingekochte zorg waarschijnlijk nauwer aansluit bij de vraag van de cliënt. Daarnaast geldt dat bij inkoop door concurrerende inkopers het niet gegarandeerd is dat behaalde doelmatigheidswinsten in de vorm van lagere 'premies' worden doorgegeven aan de consumenten en premiebetalers.

Risicoselectie speelt geen rol bij dit model. Er zijn geen concurrerende uitvoerders en dus geen partijen die de mogelijkheid hebben tot en belang hebben bij risicoselectie. De zwakke plek van dit model is het risico op overconsumptie. De beheersing van het volumerisico ligt volledig bij de claimbeoordeling. Dit model kan alleen goed werken indien de claimbeoordeling goed vorm kan worden gegeven. Anders is dit model niet geschikt of moet naar andere middelen wordt gegrepen om overconsumptie te beperken, zoals het minder aantrekkelijk maken van de aanspraken of het verhogen van de eigen bijdragen. Naarmate de bestedingdoelen van het persoonsgebonden budget vrijer zijn neemt het risico van overconsumptie toe, want vrij te besteden middelen zijn een aantrekkelijke aanspraak.

Ook in dit model geldt dat als er een mogelijkheid is om de kosten naar een andere regeling te verschuiven dit aantrekkelijk kan zijn. Dit kan nog een extra impuls krijgen indien cliënten het bedrag dat zij niet voor zorg gebruiken zelf mogen houden. Wel heeft de inkoper zelf direct belang bij het realiseren van samenhang als dat voor de cliënt van belang is: de cliënt is namelijk zelf inkoper.

De cliënt heeft tot zekere hoogte prikkels om doelmatig zorg in te kopen. De mate waarin dit het geval is hangt af van de vormgeving van het persoonsgebonden budget. Indien de cliënt moet bijbetalen bij duurdere zorg of het niet benutte deel van een PGB zelf mag houden worden de prikkels voor de cliënt om zorg van een goede prijs/kwaliteitverhouding in te kopen sterker. Keerzijde hiervan is dat de doelmatigheidswinsten toevallen aan de cliënt en deze niet (direct) kunnen worden afgeroomd voor de premiebetaler. Indien de cliënt niet hoeft bij te betalen en/of het niet benutte PGB-deel moet afstaan worden de prikkels om doelmatig in te kopen minder. Naarmate de cliënt meer risico's draagt wordt de vraag relevant of de cliënt deze risico's wel wil dragen, indien althans zoals in België wordt gekozen voor het cliëntmodel als primair sturingsmodel, niet zoals tot nu toe in Nederland als keuzemogelijkheid.

---

<sup>151</sup> Dit idee is op verzoek van de vereniging van PGB-houders Per Saldo onlangs uitgewerkt door Andersson Elffers Felix BV, *Startnotitie participatiebudget*, november 2005.

Ten aanzien van kwaliteit geldt dat de cliënt zelf degene is die een zorgaanbieder kiest en in die zin direct invloed heeft op de kwaliteit van de ingekochte zorg. Alleen bij zaakwaarnemers die zelf worden ingeschakeld als zorgverlener (bijvoorbeeld in gezinsverband) kan hier sprake zijn van een probleem. Net als in de andere modellen dient de kwaliteit transparant te zijn. Dit geldt zeker voor kwaliteitsinformatie die voor cliënten minder goed te beoordelen is (bijvoorbeeld doorligwonden e.d.). Zorgaanbieders hebben wel een prikkel om aan de wensen van cliënten tegemoet te komen, maar aan de andere kant hebben zorgaanbieders een machtspositie ten opzichte van diezelfde cliënten. Minder zichtbare kwaliteitsdimensies kunnen dan ook gemakkelijk in de verdrinking komen. Wederom zijn concurrentie tussen aanbieders, vrije toetreding en voldoende zorgaanbod cruciale randvoorwaarden. Adequaat toezicht kan hierbij een belangrijke rol vervullen.

Een belangrijk verschil met het model van concurrerende inkopers is dat het belang van een goede claimbeoordeling niet alleen cruciaal is ter bestrijding van overconsumptie, maar ook om de risico's die de cliënt loopt acceptabel te houden. Als het niet goed mogelijk is om op individueel niveau een inschatting te maken van wat redelijke zorgkosten zijn, dan wordt het moeilijk om patiënten/consumënten zelf het inkooprisico te laten dragen, terwijl bij (concurrerende) uitvoerders dit minder een probleem is: overindicatie bij één klant wordt gecompenseerd door onderindicatie bij de ander, zolang de formulering van de aanspraken daar voldoende ruimte voor biedt. Tot slot vereist dit model nog meer dan de voorgaande modellen dat de cliënt in staat is om zelf een oordeel te vormen over prijs en kwaliteit van de zorg en heeft de cliënt een minder sterke positie ten opzichte van zorgaanbieders dan de uitvoerders in de eerder besproken modellen. Hier staat tegenover dat een PGB een instrument kan zijn om nieuwe vormen van zorgaanbod te genereren die een betere maatschappelijke participatie mogelijk maken.

## 5.6 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de meest voor de hand liggende sturingsmodellen voor de langdurige zorg de revue gepasseerd. De modellen scoren verschillend ten aanzien van de doelmatigheidsprijkkels die zij bevatten en de wijze waarop zij in staat zijn de publieke belangen te borgen.

Duidelijk is dat een aantal randvoorwaarden een rol spelen die van belang zijn bij de beoordeling van de modellen. Sommige randvoorwaarden gelden voor alle modellen, maar zijn de modellen in wisselende mate gevoelig voor het al dan niet voldaan zijn aan een of meerdere van deze randvoorwaarden.

Een goed functionerende zorgaanbodmarkt (voldoende zorgaanbieders, lage toetredingsdrempels en concurrentie tussen zorgaanbieders), voldoende informatie over kwaliteit en een goede claimbeoordeling en indicatiestelling zijn los van het gekozen uitvoeringsmodel belangrijke randvoorwaarden. Bij machtsposities en concentraties aan de aanbodkant is het wenselijk dat aan de inkoopkant voldoende countervailing power bestaat. Een monopsonistische zorginkoper zou in een dergelijke situatie mogelijk zelfs beter in staat zijn doelmatiger zorg in te kopen dan een (groot) aantal concurrerende inkopers. Een probleem is dat een monopsonistische inkoper niet eenvoudig te motiveren zal zijn om doelmatig zorg in te kopen. In het algemeen is monopsonie<sup>152</sup> geen goede

---

<sup>152</sup> Een monopsonie is het spiegelbeeld van een monopolie. Een monopsonie is een marktvorm waarbij er maar één koper op de markt is. Deze positie geeft de koper de mogelijkheid haar of zijn voorwaarden voor de koop te dicteren.

remedie tegen een sterke marktmacht aan de aanbodzijde. Het verdient de voorkeur om de oorzaken voor deze marktmacht weg te nemen (bijv. via het slechten van toetredingsdrempels). Daarnaast kan bezien worden hoe misbruik van machtsposities kan worden voorkomen via goed toezicht. Als dit alles onvoldoende of zelfs niet mogelijk is kan uiteindelijk worden teruggevallen op prijs- en kwaliteitsregulering.

Informatie over kwaliteit is van wezenlijk belang om de kwaliteitsdimensie bij scherpe doelmatigheidsprikkels te borgen. De beschikbare informatie over kwaliteit bepaalt in hoge mate in hoeverre kwaliteit door de zorginkoper contracteerbaar en vast te leggen is. Indien kwaliteit niet goed te contracteren is dan kunnen sterke prikkels tot een scherpe zorginkoop ten koste gaan van de kwaliteitsdimensie. Het risico hierop speelt dus vooral bij modellen die sterke doelmatigheidsprikkels bij de uitvoerder leggen.

Andere belangrijke randvoorwaarden zijn meer modelafhankelijk. Zo zijn bij het model van concurrerende verzekeraars (conform de Zvw) naast de net genoemde randvoorwaarden nog een aantal aspecten cruciaal. Ten eerste dient er een systeem van risicoverevening mogelijk te zijn, zodat risicoselectie wordt voorkomen. Verder is van belang dat cliënten /verzekerden bereid en in staat zijn om zelf keuzes/afwegingen te maken ten aanzien van prijs-kwaliteitverhoudingen bij uitvoerders en zorgaanbieders. Dit hangt uiteraard af van de specifieke klantgroep en is van belang in elk model waar cliënten bepaalde keuzemogelijkheden wordt geboden. Het meest cruciaal is deze randvoorwaarde overigens in het cliëntmodel. Bij decentrale uitvoering door de overheid is een belangrijke randvoorwaarde dat (een deel van) de lokale bevolking voldoende waarde hecht aan de betreffende overheidsprestaties zodat effectieve beïnvloeding van het gemeentelijke beleid plaatsvindt. Verder geldt dat het mogelijk moet zijn een adequaat objectief verdeelmodel te ontwikkelen. Zowel in een verzekeraarsmodel als in een gemeentemodel moet er voldoende kritische massa zijn, respectievelijk als verzekerde of als betrokkene op lokaal niveau, om de uitvoerende partijen bij de les te houden. In het gemeentemodel is verder van belang dat maatschappelijk geaccepteerd wordt dat er verschillen tussen gemeenten kunnen ontstaan.

Indien niet voldaan is aan een of meerdere randvoorwaarden bij een bepaald sturingsmodel bestaat het gevaar dat niet alle publieke belangen in een dergelijk model op een adequate wijze kunnen worden geborgd en dat een uitruil tussen de verschillende publieke belangen zal plaatsvinden. Sterke doelmatigheidsprikkels (in termen van prijs-kwaliteitverhouding) kunnen dan bijvoorbeeld ten koste gaan van de kwaliteitsdimensie van de zorg. Dit alles impliceert dat onzekerheid over de mate waarin aan de randvoorwaarden kan worden voldaan zoveel mogelijk moet worden weggenomen alvorens een definitieve keuze te maken voor een bepaald sturingsmodel.

Het succes van elk van de sturingsmodellen staat of valt met het realiseren van de genoemde algemene of modelspecifieke randvoorwaarden. Mede gelet op de onzekerheid of aan deze randvoorwaarden kan worden voldaan, heeft elk sturingsmodel potentieel sterke en zwakke kanten. Tabel 5.2 geeft een tentatieve sterke/zwakte analyse van de verschillende sturingsmodellen ten aanzien van de mate waarin zij doelmatigheid kunnen bevorderen en de mate waarin zij in staat zijn de centrale problemen bij het borgen van de publieke belangen te borgen.

**Tabel 5.2: Beoordeling van de sturingsmodellen**

Uitvoerder	Doelmatigheidsprikkel prijs/kwaliteitverhouding	Risicoselectie	Overconsumptie	Afwenteling/ gebrek aan samenhang
Privaat				
1. Regionale inkopers	0	+	0	0
2. Concurrerende inkopers	+	0	0	0
3. Private verzekeraars	+	-	+	+
Publiek				
4. Centrale organisatie	-	+	0	0
5. Decentrale organisatie	0	0	0	+
6. Cliëntmodel	0	+	-	0

+: sterk, 0: neutraal, -: zwak

Het regionale inkopermodel dat in dit hoofdstuk is beschreven betekent een verbetering ten opzichte van de huidige situatie omdat de regionale inkoper er belang bij krijgt scherp in te kopen. Keerzijde is dat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit. De regionale inkoper heeft een machtspositie ten opzichte van de cliënt die geen keuze heeft ten aanzien van de uitvoerder en hoeft dus geen rekening te houden met de wensen van de cliënt. Hier staat tegenover dat -bij sterke machtsposities van zorgaanbieders- de regionale inkoper een relatief sterke positie heeft bij de zorginkoop. Daarnaast is een afstemming met wonen en welzijn wellicht makkelijker via een regionale inkoper te realiseren.

In het model van concurrerende private inkopers kunnen cliënten in tegenstelling tot het regionale inkopermodel naar een andere uitvoerder overstappen. Mede hierdoor hebben concurrerende inkopers een prikkel om doelmatig zorg in te kopen en de kwaliteit te waarborgen. Bovendien kunnen de inkopers, mits zij de Zvw uitvoeren, de samenhang met de Zvw bewaken. Indien verzekeraars optreden als inkopers is dit model in principe vorm te geven als een bepaalde financieringsvariant binnen het model van concurrerende private verzekeraars (gereguleerde concurrentie).

Het model van gereguleerde concurrentie bevat van alle beschreven modellen de sterkste doelmatigheidsprikkels (prijs-kwaliteitverhouding). Het model kan daarnaast, hoewel het zich in de praktijk nog moet bewijzen, potentieel de publieke belangen adequaat borgen. Door integratie met de Zvw is het mogelijk samenhang met de curatieve zorg te verwezenlijken en afwentelingsproblemen te voorkomen. De samenhang met wonen en welzijn en de Wmo vraagt in dit model extra aandacht. De achilleshiel van dit model is risicoselectie. Zonder een goed functionerend risicovereveningssysteem kan dit model niet goed presteren. Wanneer de risicoverevening (voor een deel) op basis van de indicatiestelling plaatsvindt, ontvangt de verzekeraar in principe een normuitkering op basis van de indicatiestelling en vloeit het model min of meer over in een model met verzekeraars als concurrerende zorginkopers. De doelmatigheidsprikkels in het Zvw-model met verevening op basis van objectieve gezondheidskenmerken zijn in beginsel groter dan bij risicoverevening op basis van een normuitkering.

Naast uitvoering door private partijen kan worden gekozen voor uitvoering door de overheid. Risicoselectie is bij (eventuele regionale) uitvoering door de centrale overheid geen probleem, bij een decentrale uitvoering kan het een rol spelen. Op centraal niveau is het relatief moeilijk om prikkels om doelmatigheid na te streven in te bouwen. Bovendien zijn er weinig mogelijkheden om samenhang te bewaken of afwenteling te voorkomen: de centrale overheid voert immers verder geen gerelateerde regelingen uit. Bij uitvoering op decentraal niveau kan de samenhang met welzijn, Wmo en wonen beter worden bewaakt. Ook is het waarschijnlijk makkelijker om via een model zoals voor de

Wet werk en bijstand geldt doelmatigheidsprykkels op decentraal niveau te realiseren. Hier staat tegenover dat gemeenten weinig hebben in te brengen tegen sterk geconcentreerde zorgaanbieders. Bij uitvoering op meer centraal niveau is dit beter te accommoderen. Daarnaast is de kwaliteit van de zorg in een gemeentemodel niet op voorhand goed geregeld en vormt de samenhang met de curatieve zorg een aandachtspunt.

Tot slot het cliëntmodel. Dit model lijkt in bepaalde opzichten op het model van concurrerende inkopers. Voornaamste verschillen zijn dat a) de inkoop meer individueel plaatsvindt waardoor minder gebruik wordt gemaakt van schaalvoordelen of inkoopmacht wat vooral wenselijk is bij machtsposities van zorgaanbieders, b) dat doelmatigheidswinsten bij inkoop niet via lagere premies bij de premiebetalers terecht komen maar bij de zorggebruikers, tenzij hiermee in het systeem rekening wordt gehouden c) de transactiekosten veelal toenemen en d) dat de cliënt niet op voorhand is verzekerd van zorg. Met andere woorden: de cliënt heeft meer vrijheid maar draagt ook meer risico. Voor het adequaat functioneren van het cliëntmodel is het noodzakelijk dat cliënten in staat zijn goede keuzes te maken.

Indien de modellen worden vergeleken op de mogelijkheden de publieke belangen te borgen, kan het volgende worden afgeleid. Het model van concurrerende private verzekeraars (gereguleerde concurrentie) geeft potentieel de beste prykkels voor doelmatigheid en kan de meeste problemen adequaat adresseren. In die zin lijkt dit model een goede optie als lange termijn sturingmodel voor de langdurige zorg voor die delen van de langdurige zorg waarbij sprake is van substantiële samenhang met de curatieve zorg en overwegend cliënten die kunnen en willen kiezen. Het model van concurrerende inkopers kan met verzekeraars als inkopers worden beschouwd als een (financierings-) variant binnen het model met concurrerende verzekeraars waarbij risicoselectie verder wordt beperkt. Het regionale inkopermodel en het gemeentemodel lijken met name geschikt voor die delen van de langdurige zorg met een sterke samenhang met wonen en welzijn en cliënten die niet of slecht kunnen kiezen. Uitvoering door de centrale overheid is in termen van doelmatigheid een minder gewenste uitvoeringsmodaliteit, maar is een optie voor die delen van de langdurige zorg waar weinig meerwaarde van een scherpe zorginkoop wordt verwacht of waar de schaalgrootte van het zorgaanbod een centrale of bovengemeentelijke zorginkoop doelmatiger maakt. Het cliëntmodel lijkt slechts voor een beperkt deel van de cliënten een optie. In die zin is dit model niet geschikt als zelfstandig langere termijn sturingmodel voor de langdurige zorg, maar wel in combinatie met een van de andere modellen.

## 6 Oplossingen voor de AWBZ

### 6.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken is ingegaan op de belangrijkste bouwstenen voor een lange termijnoplossing voor de langdurige zorg: in hoofdstuk 4 zijn relevante klantgroepen onderscheiden waarvoor langdurige zorg moet worden georganiseerd. In hoofdstuk 5 zijn vervolgens de verschillende sturingsmodellen in kaart gebracht die gebruikt kunnen worden om de langdurige zorg te organiseren.

In dit hoofdstuk wordt per klantgroep geanalyseerd welke sturingsmodellen op lange termijn denkbaar zijn. Daarnaast wordt – waar mogelijk - aangegeven of op basis van weging van de criteria uit hoofdstuk 5 voor een bepaalde klantgroep een bepaald model de voorkeur geniet (sturing op maat). Vervolgens wordt ingegaan op belangrijke randvoorwaarden die in alle modellen van belang zijn (informatievoorziening over kwaliteit en bekostiging van zorginstellingen). Alvorens per klantgroep wordt bestudeerd wat de meest geschikte sturingsmodellen zijn wordt ingegaan op de aanspraken op langdurige zorg en de afbakening ten opzichte van andere voorzieningen.

### 6.2 Afbakening van de aanspraken

#### **Afbakening ten opzichte van andere voorzieningen**

De afbakening ten opzichte van andere voorzieningen is thans onscherp. De aanspraken zijn ruim geformuleerd. Meer specifiek vraagt de afbakening tussen de functie 'verblijf' en het 'gewone' wonen de aandacht. De AWBZ-functie 'verblijf' omvat alles wat direct samenhangt met het wonen. Deze functie wordt geïndiceerd als 24 uren aanwezigheid, een therapeutisch leefklimaat of een beschermende woonomgeving. Deze functie wordt momenteel alleen intramuraal aangeboden. Het aanbieden van deze functie leidt tot een verstoring van de woonkeuze: aangezien het regime voor wonen binnen de AWBZ compleet anders is dan daarbuiten is het waarschijnlijk dat er enige mate van afwenteling op de AWBZ plaats vindt. 'Thuiswonende zorgbehoevende ouderen met een laag inkomen zijn over het algemeen qua koopkracht slechter af dan vergelijkbare ouderen in een AWBZ-instelling. Ook lopen thuiswonende ouderen meer risico dat de noodzakelijke zorg niet aanwezig is of duurder uitvalt dan gepland. De keuzevrijheid is op deze manier dan ook sterk beperkt', aldus het Nibud.<sup>153</sup>

Het financieel scheiden van wonen en zorg kan bijdragen aan een betere afweging van AWBZ-gerechtigden ten aanzien van hun woonkeuze én een doelmatiger vastgoedbeheer door zorgaanbieders. Dit kan bijdragen aan het openbreken van de aanbodzijde van de AWBZ: Woon/zorgcomplexen kunnen niet langer alleen worden geëxploiteerd door zorgaanbieders, maar eveneens door woningcorporaties of verenigingen van eigenaren. Naast de traditionele complexen met de zorgaanbieder als eigenaar van het vastgoed, zullen complexen ontstaan waarbij op contractbasis

---

<sup>153</sup> Nibud, *Inkomsten en uitgaven van zorgbehoevende ouderen*, onderzoek in opdracht van de Unie KBO, Nibud, juli 2003.

zorgaanbieders worden ingehuurd. Na afloop van de contractperiode zal de zorgaanbieder dan opnieuw de opdracht daarvoor moeten verwerven. Volgens het CVZ zijn geen noemenswaardige problemen te verwachten van het scheiden van wonen en zorg omdat dit met uitzondering van de zware gevallen de normale situatie is voor de meeste Nederlanders. Bij de complexe langdurige zorg zal moeten worden bezien of kan worden volstaan met integrale prijzen (zodat het budget voor 'wonen' mensen volgt bij de keuze voor een andere zorgaanbieder) dan wel dat het doelmatiger is om een stap verder te gaan, naar financieel scheiden van wonen en zorg. In beide gevallen zullen zorgaanbieders niet langer een machtspositie kunnen ontlenen aan het vastgoed dat zij bezitten.

Alvorens het scheiden van wonen en zorg gerealiseerd kan worden zullen overgangsvraagstukken moeten worden opgelost. Naast het formuleren van een efficiënte oplossing voor een eventueel boekwaardeprobleem (gebouwen staan voor meer in de boeken van instellingen dan zij daadwerkelijk waard zijn<sup>154</sup>) gaat het dan om de vraag wat er nodig is om over te schakelen van bekostiging van wonen uit de AWBZ naar wonen uit de volkshuisvesting (huurwetgeving, huursubsidiëring). In ieder geval zal een oplossing moeten worden gevonden voor het feit dat de functie verblijf meer omvat dan louter 'het dak boven het hoofd'. Hierop wordt in de paragraaf flankerend beleid van dit hoofdstuk en in hoofdstuk 7 nader ingegaan.

### **Afbakening tussen functies**

Wat betreft de afbakening tussen de functies heeft het CVZ (op verzoek van VWS) recent geadviseerd om de afbakening tussen de (zorg)functies gericht op het gebrek of de aandoening van de cliënt en de (ondersteunings)functies gericht op de effecten van die aandoening op de maatschappelijke zelfredzaamheid (eigen huishouden kunnen voeren, de eigen hygiëne, sociaal actief kunnen zijn) aan te scherpen. Onderdelen van de functie activerende begeleiding zouden tot de functie behandeling moeten worden gerekend en in plaats van de functies activerende en ondersteunende begeleiding kan één functie, begeleiding, worden ingesteld.<sup>155</sup> Een dergelijke afbakening maakt een meer gerichte sturing mogelijk.

Voor de ondersteuningsfuncties die bij de start van de Wmo nog in de AWBZ zitten (begeleiding en deels de niet lijfsgebonden persoonlijke verzorging) geldt als bijzondere factor dat deze functies substitueerbaar zijn voor ondersteuning uit de eigen sociale omgeving. Het risico op het 'morele gevaar' van overconsumptie bij deze functies is groter dan bij de functies die direct gericht zijn op het gebrek of de aandoening.

Met het protocol gebruikelijke zorg is door het huidige kabinet voor het eerst expliciet het onderscheid vastgelegd tussen de aanspraakdrempel (niet te indiceren zorg) en de (vrijwillige) substitutie van te indiceren zorg door mantelzorg. De zorgvrager kan er formeel derhalve voor kiezen om in plaats van mantelzorg, professionele zorg op basis van de AWBZ te ontvangen. Ook kan hij of zij er uit een persoonsgebonden budget zelf de combinatie van diensten van een thuiszorgorganisatie en mantelzorger(s) kiezen. Dit kan tot een zekere monetarisering van mantelzorg leiden. Daar staat tegenover dat substitutiemogelijkheden voor mantelzorgers hen in staat stelt langer deze zorg op zich te nemen, hetgeen uit een oogpunt van doelmatigheid van AWBZ zorg positief is.

---

<sup>154</sup> Ministerie van VWS, *Zorgvuldige aanpak, gezonde markt, stappen naar eerlijke concurrentieverhoudingen in de AWBZ*, Eindrapport Werkgroep Gelijk Speelveld, september 2003.

<sup>155</sup> CVZ, *Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ*, juli 2005.



Het risico op 'moreel gevaar' of op monetarisering van mantelzorg kan voor de ondersteuningsfuncties op verschillende manieren beperkt worden. Een eerste optie is een zodanige eigen bijdrage te vragen dat het minder aantrekkelijk wordt om onnodig een beroep te doen op de betreffende ondersteuningsfuncties c.q. dat niet te snel wordt afgezien van mantelzorg. Ook een goed aanbod van bijvoorbeeld respijtzorg en andere ondersteuning kan daarbij belangrijk zijn. Zonder de toegankelijkheid van de AWBZ aan te tasten is er nog ruimte om op dit punt betere prikkels aan te brengen en de doelmatigheid te vergroten.

Een tweede optie is om (voor bepaalde groepen) de ondersteuningsfuncties in een voorziening bij gemeenten onder te brengen, conform de contourenbrief Wmo van het kabinet. In zo'n situatie kan meer ruimte voor (lokaal) maatwerk worden geboden en kan bovendien de afweging tussen een algemene voorziening (inclusief beleid) of individuele ondersteuning doelmatiger worden gemaakt.<sup>156</sup> Door niet te kiezen voor een generiek verzekerd recht kunnen middelen bovendien beter naar draagkracht worden ingezet. Door de introductie van het compensatiebeginsel in het wetsontwerp Wmo dat door de Tweede Kamer is aanvaard<sup>157</sup> kan bij die draagkracht door gemeenten zowel naar de aard van de beperkingen als naar de financiële capaciteit worden gekeken voor de mate van compensatie.

Ten slotte kan besloten worden om bepaalde vormen van ondersteuning niet langer via de AWBZ te verzekeren en tegelijkertijd geen voorziening bij gemeenten te treffen. In dat geval is sprake van een pakketmaatregel.

### 6.3 Sturing op maat

Bij het koppelen van de onderscheiden klantgroepen aan bepaalde sturingsmodellen wordt een aantal uitgangspunten gehanteerd. Voorop staat het streven om op langere termijn tot een andere organisatie van de langdurige zorg te komen die beter in staat is de publieke belangen te borgen dan het huidige sturingsmodel.

#### **Uitgangspunten**

Een belangrijk uitgangspunt bij de (romp-)AWBZ is dat samenhangende zorgprocessen/klantgroepen onder één sturingsconcept worden gebracht.<sup>158</sup> Er wordt binnen een klantgroep bij voorkeur geen scheiding in de tijdsduur van de zorg

---

<sup>156</sup> Voor de discussie hierover zij verwezen naar de discussies rond het wetsvoorstel Wmo.

<sup>157</sup> Het compensatiebeginsel geeft gemeenten de verplichting om beperkingen te compenseren die iemand ervaart bij het voeren van een huishouden, bij het ontmoeten van mensen of in het vervoer. De gemeente kijkt samen met de cliënt welke voorzieningen en hulpmiddelen nodig zijn om de hindernissen weg te nemen. Het gaat daarbij om hindernissen in-en-om het huis, in het plaatselijk vervoer en in het sociale verkeer. De gemeente is verplicht om invulling te geven aan het compensatiebeginsel. Hoe de gemeente invulling geeft aan het compensatiebeginsel mag iedere gemeente zelf weten. De gemeente kan bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen (zoals een auto-aanpassing) of collectieve voorzieningen (zoals een belbus). Bij het bepalen van de voorzieningen die iemand nodig heeft, houdt de gemeente rekening met de situatie en de behoeften van de aanvrager van de voorzieningen. De gemeente kan bij het beoordelen of en welke soort ondersteuning iemand nodig heeft gebruikmaken van de ICF-classificatie. Indiciestellers voor de AWBZ gebruiken de ICF-classificatie bij de standaard indicatieprotocollen om te kijken welke voorzieningen er zijn voor elke beperking. Gemeenten moeten in hun verordening vastleggen hoe ze het compensatiebeginsel gaan invullen. Om het gemeenten makkelijker te maken zal de VNG een modelverordening opstellen voor gemeenten, waarin het compensatiebeginsel nader wordt geoperationaliseerd. Hierbij houdt de VNG rekening met de ervaringen uit de Wet voorziening gehandicapten. De modelverordening is naar verwachting in april 2006 beschikbaar.

<sup>158</sup> Zorgverzekeraars Nederland, *Chronische zorg verzekerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging*, Werkgroep toekomst AWBZ, juni 2005.

aangebracht, waarmee het zorgproces van een klant gedeeltelijk onder het ene en gedeeltelijk onder een ander sturingsregime valt, zoals bij de overheveling van de geneeskundige GGZ het geval is. Een scheidslijn op basis van duur van het zorgproces sluit meer aan bij het zorgpatroon in de GGZ (overwegend kortdurend en intensief/duur), dan bij dat van de gehandicaptenzorg (een langdurige, vaak redelijk voorspelbare zorgvraag) of van de ouderenzorg (met een oplopende zorgvraag in de laatste levensjaren). Er wordt bij voorkeur ook geen scheidslijn gelegd binnen een klantgroep op een kenmerk als regie/geen regie, omdat rond die scheidslijn allerlei strategisch gedrag zal ontstaan (zeker waar regie/geen regie een zeker grijs gebied kent, een grijs gebied waar juist doelmatigheidswinst moet worden geboekt). Een dergelijke scheidslijn is alleen te overwegen onder specifieke omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer vanaf zeer jonge leeftijd sprake is van 'geen regie' enerzijds én een zeer specifiek zorgaanbod anderzijds. Tot slot is het uitgangspunt dat tussen de huidige AWBZ-aanspraken op 'zorg' en 'ondersteuning'<sup>159</sup> alleen een knip gemaakt wordt indien beargumenteerd kan worden dat een dergelijke knip doelmatigheidswinst oplevert. De achtergrond hiervan is dat de klantvriendelijkheid van het systeem zo wordt bevorderd én dat voorkomen wordt dat bij een bepaalde scheidslijn tussen twee systemen kostenafwenteling ontstaat.

Bij de beantwoording van de vraag of en hoe –in aanvulling op de huishoudelijke verzorging- eventuele andere vormen van ondersteuning<sup>160</sup> van de AWBZ overgeheveld dienen te worden naar de Wmo zal per klantgroep in kaart moeten worden gebracht welke consequenties dat heeft, met name op de samenhang en continuïteit van het zorgproces en de risico's op afwenteling.<sup>161</sup> Die consequenties en risico's moeten worden afgewogen tegen de mogelijke winst van een meer inclusief beleid dat mensen zoveel mogelijk als gewone burger behandelt en de samenhang met welzijn, wonen, onderwijs en arbeid vergroot. Daarbij is een aandachtspunt in welke mate deze consequenties en risico's per klantgroep verschillen.

De IBO-werkgroep adviseert het kabinet hierbij het CVZ onderzoek af te wachten waarin in kaart zal worden gebracht hoe groot de groep gebruikers is waar een 'knip' zou ontstaan en welke consequenties dit heeft voor de samenhang en continuïteit van zorg en ondersteuning. Het CVZ heeft aangekondigd daarbij ook oplossingsrichtingen te verkennen, waaronder een oplossingsrichting die een integrale benadering ondersteunt. De uitkomsten van dit onderzoek worden in de tweede helft van 2006 verwacht. Ook de resultaten van de Wmo-pilots kunnen bij de analyse worden betrokken. Op dit moment

---

<sup>159</sup> De IBO-werkgroep richt zich op de AWBZ na overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw en na overheveling van de huishoudelijke zorg naar de Wmo. Inhoudelijk kan worden opgemerkt dat huishoudelijke verzorging zich onderscheidt van de functies begeleiding en persoonlijke verzorging, doordat het een functie is die gezonde mensen ook graag ontvangen (groter risico op moral hazard).

<sup>160</sup> Bij begeleiding gaat het om activerende en ondersteunende begeleiding:

Activerende begeleiding heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden van een verzekerde te verbeteren of verergering te voorkomen. Zowel individuele begeleiding als begeleiding in groepsverband is mogelijk.

Ondersteunende begeleiding is gericht op het handhaven van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving, meestal in verband met beperkt regelvermogen of andere beperkingen die tot een sociaal isolement dreigen te leiden. Ondersteuning kan zich ook richten op degenen die langdurig en intensief voor een ander zorgen (respijtzorg of ondersteuning). Het onderscheid met welzijn wordt bepaald door de vraag of het probleem wordt veroorzaakt door een beperking van de verzekerde zelf of door het ontbreken van adequate algemene voorzieningen in de omgeving.

<sup>161</sup> Afwenteling dient daarbij vanuit twee kanten te worden gezien: de kans dat onvoldoende ondersteuning leidt tot een beroep op zwaardere AWBZ-zorg én de kans dat een recht op individuele ondersteuning leidt tot onvoldoende inclusief beleid om algemene voorzieningen toegankelijk te maken.

ontbreken naar de mening van de IBO-werkgroep de gegevens om een adequate analyse te maken.

Verder wordt er gekeken naar objectief af te bakenen klantgroepen waarbij per klantgroep de kenmerken van die groep worden beschouwd. Daarbij gaat het niet om een momentopname van een groep (bijvoorbeeld het aantal mensen met en zonder regie), maar hoe bij een individu uit zo'n groep de zorgvraag zich ontwikkelt (hoe lang zijn de periodes met en zonder regie gemiddeld). Uitgangspunt is dat –waar dit doelmatig is– mensen binnen een zorgproces zo min mogelijk te maken krijgen met systeemovergangen. Een te kiezen systeem moet zich dus richten op het zorgproces en niet de gezondheidstoestand van iemand op een bepaald moment. Het te kiezen sturingsmodel moet aansluiten bij de belangrijkste kenmerken van de zorgvraag van een groep én de relevante trends in de komende decennia, in relatie tot andere voor de leeftijd van betrokkene relevante levensdomeinen (arbeid, onderwijs, vervoer).

### **Criteria**

In hoofdstuk 5 zijn de modellen in het algemeen beoordeeld op basis van een aantal aspecten die aangeven in welke mate de modellen doelmatigheidsprikkels bevatten en in hoeverre de modellen de publieke belangen in de langdurige zorg kunnen borgen. Hierbij is ingegaan op de aspecten risicoselectie, overconsumptie, (gebrek aan) samenhang/afwenteling. Risicoselectie is –zoals ook in hoofdstuk 3 beschreven– vooral van belang voor het borgen van de toegankelijkheid. De criteria overconsumptie en samenhang/afwenteling zijn relevant voor de betaalbaarheid. Voor de borging van de kwaliteit zijn –zoals in hoofdstuk 5 duidelijk is geworden– een aantal randvoorwaarden in elk model van belang. Het gaat hier in elk geval om een goed functionerende zorgaanbodmarkt en voldoende transparantie van kwaliteit. Het criterium samenhang/afwenteling wordt conform hoofdstuk 4 vanuit twee invalshoeken benaderd: zowel vanuit de samenhang tussen curatieve en langdurige zorg als tussen de langdurige zorg en het gemeentelijke domein (zoals welzijn/ wonen etc.). Waar samenhang belangrijk is wordt in dit hoofdstuk ingeschat welke consequenties daaraan verbonden moeten worden. Tot slot is vanuit het oogpunt van de borging van kwaliteit en betaalbaarheid relevant of cliënten in staat zijn zelf te kiezen. De genoemde aspecten zullen hieronder bij elke klantgroep aan bod komen. Ten aanzien van de modellen geldt dat conform hoofdstuk 5 het model van concurrerende inkopers en het cliëntmodel niet meer als aparte sturingsmodellen worden behandeld maar respectievelijk als variant van of in combinatie met de andere modellen aan bod komen.

### **A. Ouderen en chronisch zieken**

De groep chronisch zieken en ouderen is redelijk goed (ouderen) tot zeer goed (chronisch zieken) in staat zelf te kiezen. De periode met volledig regieverlies is vaak van relatief korte duur<sup>162</sup> en de groep die vandaag geen regie meer kan voeren kon dat niet al te lang geleden wel. Dat betekent dat uitvoerders die slecht werk leveren snel reputatieschade oplopen. Waar nodig kan specifiek toezicht op de kwaliteit van zorg worden uitgeoefend. De behoefte aan een substantiële component zorg (behandeling, verpleging en lijfsgebonden verzorging) is een belangrijke factor. Daardoor is de samenhang met de curatieve zorg (zowel eerste lijn als ziekenhuis) groot. Dit geldt in elk geval sterk voor het merendeel van de chronische zorg. Te denken valt onder meer aan hersenbloedingen, waarbij de structurele beperkingen en daarmee de langdurige

---

<sup>162</sup> De gemiddelde verblijfsduur in een verpleeghuis was in 2003 206 dagen voor somatische cliënten en 598 dagen voor psychogeriatrische cliënten; de verblijfsduur in een verzorgingshuis was in 2004 3,67 jaren; de periode in het verpleeghuis valt in belangrijke mate samen met de periode van 'geen regie'. Cijfers ontleend aan Arcare, *Jaarverslag 2004*, augustus 2005.

zorgvraag mogelijk in belangrijke mate worden bepaald door de kwaliteit van de verleende curatieve zorg daaraan voorafgaand. Bovendien geldt voor ouderen dat verwacht wordt dat in de komende decennia de samenhang tussen de ouderenzorg en de curatieve zorg verder zal toenemen, onder meer resulterend in mogelijkheden om via ketenzorg een hogere kwaliteit van zorg en lagere kosten voor de AWBZ te realiseren. Het huidige financiële schot tussen het eerste compartiment (AWBZ) en het tweede compartiment (Zvw) werkt hiervoor belemmerend.

De genoemde kenmerken van de groep ouderen en chronisch zieken en met name de zorginhoudelijke samenhang met de curatieve zorg in combinatie met het feit dat via integratie in de Zorgverzekeringswet met concurrerende private verzekeraars als uitvoerders in beginsel de meeste doelmatigheidsprikkels te realiseren zijn, pleiten ervoor om voor deze klantgroep in eerste instantie naar de mogelijkheden van dit sturingsmodel te kijken.

### ***Gereguleerde concurrentie***

Door de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zowel de curatieve zorg in de Zvw als de langdurige zorg in een hand te leggen kan een betere coördinatie in de zorgketen worden gerealiseerd die in belangrijke mate kan bijdragen aan meer doelmatigheid en kwaliteit in de zorgprocessen van chronisch zieken en ouderen. Daarnaast worden door het in een hand leggen van de uitvoering de huidige prikkels tot afwenteling tussen curatieve en langdurige zorg voor deze groep grotendeels weggenomen. Het wordt zelfs mogelijk om financiële prikkels voor goede ketenzorg in te gaan bouwen (zowel voor aanbieders, verzekeraars als zorggebruikers).

Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven is een randvoorwaarde voor het model van gereguleerde concurrentie een goed werkend risicovereveningssysteem (zoals in de Zvw) waarbij verzekeraars zoveel mogelijk vooraf worden gecompenseerd voor de dure risico's die zij lopen door op basis van objectieve criteria te voorspellen hoe de zorgkosten van elke verzekeraar zullen verlopen.

De IBO-werkgroep heeft laten nagaan in hoeverre risicoverevening mogelijk is voor de zorgkosten van deze groep. Definitieve uitspraken hierover vergen uitgebreid onderzoek, eerste verkenningen zetten echter het sein voorzichtig op groen hoewel het naar verwachting complexer zal zijn dan de huidige risicoverevening in de Zvw.<sup>163</sup> In het risicovereveningssysteem dat voor de zorgverzekeringswet wordt gebruikt, worden de zorgkosten van sommige chronisch zieken voor zover zij zijn aangewezen op curatieve (Zvw) zorg al meegenomen. Tot op zekere hoogte is het voorspellen van zorgkosten voor de klantgroep ouderen en chronisch zieken in de AWBZ een vergelijkbaar vraagstuk. Het huidige risicovereveningsmodel is echter voor diverse groepen chronisch zieken nog niet in staat de zorgkosten afdoende te voorspellen.<sup>164</sup> Wanneer een vereveningsmodel op basis van objectieve criteria niet haalbaar blijkt, kan de verevening wellicht gebaseerd worden op de onafhankelijke indicatiestelling. In dat geval worden zorgverzekeraars voor deze onderdelen van de zorg 'concurrerende zorginkopers'.<sup>165</sup>

---

<sup>163</sup> Goudriaan e.a., *Risicoverevening in de romp AWBZ*, APE, november 2005. Ven, prof. dr. van de, *Second opinion risicoverevening AWBZ*, iBMG / Erasmus Universiteit, december 2005. Beide rapporten zullen na openbaarmaking van het IBO-rapport op de internetsite van het ministerie van VWS dan wel op de site van het betreffende bureau worden geplaatst.

<sup>164</sup> Prinsze, e.a., *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering; van groot belang voor chronisch zieken*, iBMG / Erasmus Universiteit, maart 2005.

<sup>165</sup> Ten opzichte van het model met concurrerende inkopers (zoals in hoofdstuk 5 beschreven) heeft dit het voordeel dat de uitvoering in een hand ligt en dus meer garantie biedt op een doelmatige afstemming van zorg.

Naast een adequaat risicovereveningssysteem is -zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven- een goed werkende verzekeringsmarkt een belangrijke randvoorwaarde voor de werking van dit model. Dit bepaalt voor een deel of concurrentie tussen verzekeraars voldoende van de grond komt en of dit tot meer doelmatigheid leidt. Doordat cliënten van verzekeraar kunnen wisselen en verzekeraars risicodragend zijn, zijn er in beginsel veel meer prikkels voor een doelmatige zorginkoop dan in het huidige model. Een belangrijk aspect voor de verzekeraars om deze doelmatigheidswinsten bij de zorginkoop te kunnen realiseren is dat ze voldoende ruimte hebben om tot de inkoop van een optimaal zorgarrangement te komen. Hierbij is de vormgeving van de indicatiestelling relevant.

In de huidige Zvw is er geen onafhankelijke indicatiestelling maar vindt de indicatiestelling door de zorgaanbieders plaats. De verzekeraars voeren de claimbeoordeling uit. Gegeven het feit dat verzekeraars het risico lopen over de zorgkosten, lijkt het redelijk om verzekeraars in dit model meer invloed te geven bij de indicatiestelling. Het meest vergaand is om de indicatiestelling door indicatieartsen in dienst van de verzekeraar te laten uitvoeren. Een belangrijke voorwaarde is hierbij dat de rechtszekerheid van de cliënt goed wordt gewaarborgd. Dit kan bijvoorbeeld worden bewerkstelligd door de verzekeraar protocollen op te laten stellen op welke zorg een cliënt in welke situatie recht heeft. Deze protocollen zouden dan vervolgens moeten worden goedgekeurd door de overheid. In de huidige Zvw wordt de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid voor de cliënt gewaarborgd via onder meer landelijke protocollen, geschillenbeslechting door een onafhankelijke commissie die het (onafhankelijke) advies van het CVZ moet inwinnen en de civielrechtelijke rechtsgang. Een alternatief is om voor de over te hevelen AWBZ-zorg een onafhankelijke indicatiestelling te houden maar deze dusdanig vorm te geven dat de indicatie een normuitkering vastlegt, waarna de verzekeraar zelf kan bepalen welke zorg hij precies inkoop om aan de zorgbehoefte te voldoen. Dit alternatief wijkt dus af van de huidige situatie in de Zvw.

Doordat in de Zvw sprake is van een nominale premie die per verzekeraar kan verschillen, is er meer ruimte voor concurrentie op kwaliteit die het niveau van de verantwoorde zorg te boven gaat. Doordat verzekeraars met elkaar concurreren om de gunsten van verzekerden en een gebrek aan oriëntatie op de wensen van de cliënt tot een verlies van marktaandeel kan leiden, hebben verzekeraars een sterke prikkel om zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen van hun verzekerden.<sup>166</sup> De vraag is echter in hoeverre verzekerden zullen overstappen van verzekeraar, m.a.w. in hoeverre zijn cliënten gevoelig voor verschillen in premie, in de kwaliteit van de verzekerde zorg en aspecten als de dienstverlening. In dit kader zijn de ervaringen in de Zvw de komende tijd van groot belang, zeker gegeven de mogelijkheid dat ouderen minder snel geneigd zijn van verzekeraar te veranderen.<sup>167</sup> Anderzijds hechten met name chronisch zieken – gegeven de permanente zorgvraag - naar verwachting veel waarde aan de kwaliteit van de ingekochte zorg. Verder is in dit kader een aandachtspunt of de scheiding tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen geen belemmering opwerpt voor het stemmen met de voeten.

---

<sup>166</sup> Het is overigens wel van belang dat in dit model de verzekerde aanspraken conform de Zvw goed wettelijk worden geregeld.

<sup>167</sup> Buchmueller, *Price and the health plan choices of retirees*, Journal of Health Economics 25, 2006.

Hierbij komen ook de algemene randvoorwaarden in beeld. Het bovenstaande vereist namelijk voldoende informatie en goede prestatie-indicatoren ten aanzien van kwaliteit. Hierop wordt verder in paragraaf 6.4 ingegaan.

### ***Regionale inkopers***

In dit model is er per regio één (private) inkoper, maar deze wordt wel op prestaties afgerekend zodat er meer doelmatigheidsprikkels dan in de huidige situatie worden geïntroduceerd. Risicoselectie speelt geen rol omdat de uitvoerder voor iedereen in de regio zorg moet inkopen. Een nadeel ten opzichte van het model van gereguleerde concurrentie is dat de samenhang tussen langdurige zorg en curatieve zorg voor de chronisch zieken en ouderen in dit model niet automatisch tot stand komt. Prikkels voor een doelmatige en kwalitatief goede ketenzorg zijn met twee verschillende uitvoerders voor de curatieve en langdurige zorg niet gegarandeerd. Doordat in dit model sprake is van een (romp-)AWBZ, blijven er twee schotten bestaan zodat afwenteling tussen Zvw, romp-AWBZ en Wmo mogelijk blijft. Met een uitvoerder per regio is het in vergelijking met het model met concurrerende verzekeraars wel beter mogelijk om samenhang met het gemeentelijke domein te realiseren.

Voor cliënten impliceert dit model dat er (net als nu) geen keuzevrijheid is ten aanzien van de uitvoerder van de inkoop van langdurige zorg. Dit kan vooral gevolgen hebben voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. Ten dele kan een combinatie met een PGB-model cliënten in staat stellen om met de voeten te stemmen en op deze wijze de regionale inkopers te disciplineren. Verder biedt dit model mits kwaliteit voldoende contracteerbaar is de mogelijkheid om de regionale uitvoerder af te rekenen op kwaliteitsaspecten. De transitiekosten voor dit model zijn –in vergelijking tot de andere opties- beperkt doordat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de huidige uitvoeringsstructuur.

### ***Uitvoering door de overheid***

Een ander alternatief voor het model van gereguleerde concurrentie is uitvoering door de overheid. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen en vanuit de organisatie van samenhang tussen verschillende voorzieningen voor de cliënt ligt dan in eerste instantie een gemeentemodel het meest voor de hand. Naar analogie van de Wet werk en bijstand kunnen gemeenten (ook in een model met behoud van individuele rechten voor burgers) op basis van een objectief verdeelmodel risico dragen voor de langdurige zorg voor chronisch zieken en ouderen. Via een dergelijke constructie hebben gemeenten belang bij een strikte claimbeoordeling en een ‘scherpe’ zorginkoop. De prikkel van gemeenten tot een scherpe zorginkoop hoeft echter niet parallel te lopen met een prikkel tot een betere kwaliteit.

Waar in het model van gereguleerde concurrentie cliënten in principe kunnen overstappen naar een andere verzekeraar is dit stemmen met de voeten in het gemeentemodel niet echt mogelijk, tenzij men verhuist. Omdat de financiële prikkel voor gemeenten niet direct op kwaliteit is gericht, hebben gemeenten hiermee vooral een prikkel om te bekibbelen op kwaliteit. Ook is het mogelijk dat gemeenten gaan bekibbelen op toegankelijkheid (door wachtlijsten te laten ontstaan). Anderzijds kunnen belanghebbenden via democratische weg hun rechten afdwingen.

Een voordeel van het gemeentemodel is dat de gemeente sterke prikkels heeft om tot een doelmatige samenhang tussen verschillende voorzieningen op gemeentelijk niveau te komen. Indien gemeenten verantwoordelijk worden voor de langdurige zorg, inclusief de intramurale zorg, kan dit de extramuralisering van de ouderenzorg stimuleren. Samenhang met de curatieve zorg is daarentegen niet direct adequaat geregeld. Gelet op het belang van coördinatie van verschillende zorgvormen en het realiseren van

integrale ketenzorg<sup>168</sup> wordt de samenhang tussen curatieve zorg en langdurige zorg als een belangrijk punt gezien.

Risicoselectie is nog steeds een aandachtspunt bij het gemeentemodel, hoewel minder sterk dan bij het model van gereguleerde concurrentie. Bij uitvoering door gemeenten is immers beleidsconcurrentie denkbaar. Als bepaalde zorgvormen verliesgevend zijn dan kunnen gemeenten (zeker bij beperkte middelen) een prikkel hebben om de vestiging van verliesgevende burgers te ontmoedigen bijvoorbeeld door voor hen weinig adequate voorzieningen of geschikte woonvormen beschikbaar te stellen. Dit stelt eisen aan de werking van het objectieve verdeelmodel. Als dit goed functioneert kunnen de kosten voor dergelijke klantgroepen worden gecompenseerd en kan hiermee de prikkel tot risicoselectie (grotendeels) worden weggenomen.

Aandachtspunt bij dit model zijn tot slot de transitiekosten. Gemeenten hebben momenteel nog geen ervaring met het (grootschalig) inkopen van langdurige zorg.

### **Conclusie ouderen en chronisch zieken**

Op langere termijn biedt uitvoering van de langdurige zorg voor chronisch zieken en ouderen door risicodragende verzekeraars in de vorm van integratie met de Zvw het beste perspectief. Dit model is – er vanuit gaande dat het mogelijk is een adequaat risicovereveningssysteem op te zetten en de ervaringen de komende tijd positief uitpakken - potentieel het beste in staat de publieke belangen ten aanzien van langdurige zorg te borgen. Van belang is verder om te werken aan de algemene randvoorwaarden ten aanzien van kwaliteit en een functionerende zorgaanbodmarkt (zie ook paragraaf 6.4). Verder is de aansluiting met het gemeentelijke domein een aandachtspunt.

### **B. Mensen met aangeboren stoornissen**

De cliëntgroep gehandicapten is heel divers en varieert van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking tot zintuiglijk gehandicapten en van mensen met een lichamelijke beperking die volledig aan de maatschappij deelnemen tot complexe verstandelijke en lichamelijke handicaps. Bovendien is de zorgvraag bij jongeren sterk wisselend, terwijl deze bij volwassenen veel stabiel is.

In hoofdstuk 4 is aangegeven dat verstandelijk gehandicapten binnen deze groep het leeuwendeel van de AWBZ-zorg voor hun rekening nemen. De kenmerken van deze groep wijken op een aantal wezenlijke punten af van de groep chronisch zieken en ouderen, wat gevolgen heeft voor de keuze van een sturingsmodel dat voor deze groep op langere termijn het meest geëigend is. Er zijn grofweg drie categorieën te onderscheiden:

- de jong gehandicapten met een lichte of matige verstandelijke beperking;
- de volwassenen met een lichte of matige verstandelijke handicap;
- de zware complexe gevallen (vaak met een combinatie van handicaps en/of gedragsproblemen).

Tot welke categorie iemand behoort, ligt vanaf geboorte dan wel jonge leeftijd vast.

Een belangrijk verschil met de groep chronisch zieken en ouderen is dat stemmen met de voeten voor deze groep minder goed werkt. Wel hebben ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen doorgaans een sterke betrokkenheid. Voor mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking is er een sterke samenhang tussen de langdurige zorg en het gemeentelijke domein, met name voor jonggehandicapten. Voor de groep

---

<sup>168</sup> OECD, *Long term care for older people*, 2005.

volwassenen met een lichte of matige verstandelijke handicap geldt dat de zorginhoudelijke samenhang met de curatieve zorg vaak groter is, maar het belang van deze samenhang is door een gebrek aan informatie moeilijk te wegen. Op basis hiervan zijn voor verstandelijk gehandicapten in beginsel meerdere sturingsmodellen mogelijk die hieronder worden langsgelopen.

De groep lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten doet slechts een beperkt beroep op de AWBZ (0,2 miljard euro aan AWBZ-zorg). Deze groep (10.000-15.000 personen inclusief complexe handicaps) verschilt van de groep verstandelijk gehandicapten wat betreft de werking van het stemmen met de voeten en wat betreft de zwaarte van hun zorggebruik. In die opzichten zijn er meer overeenkomsten met de groep chronisch zieken en ouderen. Alleen bij de leeftijd waarop de beperking zich voordoet en het punt van de participatie op de arbeidsmarkt is sprake van een duidelijk verschil. Gelet op de aard en de zwaarte van de zorg is voor deze groep aansluiting bij het sturingsmodel voor chronisch zieken en ouderen een optie. Een alternatief is het gemeentemodel gelet op de samenhang met andere beleidsterreinen.

### ***Gereguleerde concurrentie***

Gegeven de kenmerken van de groep verstandelijk gehandicapten zijn er bij die groep waarschijnlijk minder doelmatigheidswinsten te halen bij integratie in de Zvw dan bij de groep chronisch zieken en ouderen het geval is. Enerzijds komt dit doordat het mechanisme van stemmen met de voeten bij verstandelijk gehandicapten minder goed zal functioneren waardoor de disciplinerende werking richting verzekeraars minder effectief is. Bovendien zijn verzekerden zonder een beperking mogelijk minder of niet geïnteresseerd in de kwaliteit van de gehandicaptenzorg, omdat de kans dat zijzelf of hun directe verwanten daarop ooit een beroep zullen moeten doen, uiterst gering is. Van het keuzegedrag van de meeste verzekerden zal weinig druk uitgaan om zorgverzekeraars aan te sporen tot het organiseren van goede gehandicaptenzorg. Voorts is er weinig informatie beschikbaar over het belang van samenhang van langdurige zorg met curatieve zorg. Het is onduidelijk wat het verschil in karakter van het proces van ouder worden bij mensen met een handicap betekent voor de mogelijkheden om door afstemming van langdurige en curatieve zorg doelmatigheidswinst te boeken.<sup>169</sup>

Hier komt bij dat door de aard van het risico van deze groep (al vroeg is duidelijk dat mensen die tot deze groep behoren de rest van hun leven aangewezen zijn op zorg) een risicovereveningsmodel volgens de gedane onderzoeken grotendeels zal leunen op normuitkeringen op basis van de indicatiestelling in plaats van objectieve gezondheidskenmerken. In een dergelijk model ondervinden verzekeraars volgens deze onderzoeken minder doelmatigheidsprikkels dan bij een risicoverevening op basis van objectieve gezondheidskenmerken mogelijk is. Dit impliceert tevens dat de indicatiestelling objectief moet zijn. Elke bemoeienis van de verzekeraar met de indicatiestelling is in dit model riskant omdat de verzekeraar belang heeft bij een ruime indicatiestelling. Om toch doelmatigheidswinsten bij de zorginkoop te kunnen realiseren is het belangrijk dat de verzekeraars in de rol van zorginkopers binnen de onafhankelijke indicatiestelling voldoende ruimte hebben om tot de inkoop van een optimaal zorgarrangement te komen. Dit impliceert dat verzekeraars - gegeven de indicatiestelling - zoveel mogelijk zelf moeten kunnen bepalen welke (en hoeveel) zorg precies wordt ingekocht om aan de zorgbehoefte te voldoen. De indicatiestelling zou in dit geval idealiter primair de beperkingen van de cliënt in kaart moeten brengen. Aan de

---

<sup>169</sup> Australian Institute of Health and Welfare, *Disability and Ageing, Australian Population Patterns and Implications*, December 2000 ([www.aihw.gov.au](http://www.aihw.gov.au)).



onafhankelijk vastgestelde beperkingen wordt een bijbehorende normuitkering vastgesteld. De verzekeraar heeft vervolgens de plicht om de zorg in te kopen en kan vervolgens het meest passende zorgarrangement bepalen. De rechtszekerheid van de cliënt is gewaarborgd door de (functioneel omschreven) aanspraken.

Een dergelijk systeem met normuitkeringen verschilt van een systeem met persoonsvolgende budgetten, doordat de zorginkoper die voor minder dan de normuitkering adequate zorg weet in te kopen, het bespaarde geld vrij mag besteden.<sup>170</sup>

### ***Uitvoering door de overheid***

Gegeven dat er voor de groep lichamelijk en licht verstandelijk gehandicapten, zeker voor de jonggehandicapten, een sterke samenhang is tussen de zorg die zij in het kader van de AWBZ ontvangen en andere voorzieningen in het gemeentelijke domein, is uitvoering door gemeenten voor deze groepen een optie. De samenhang is voor de jong verstandelijk gehandicapten anders dan voor de volwassenen. Voor de jongeren geldt dat enerzijds de samenhang met onderwijs erg belangrijk is en anderzijds dat er een sterke relatie is met het jeugdbeleid en de jeugd GGZ. Dit betekent dat er voor de jonggehandicapten duidelijk relaties liggen met de aanpalende beleidsterreinen van de lokale overheden. Er valt veel voor te zeggen om op deze beleidsterreinen een aantal samenhangende bevoegdheden in handen van de gemeente(n) te leggen, zodat afwenteling kan worden voorkomen en samenhang tussen verschillende voorzieningen kan worden bewaakt. Als dat gekoppeld kan worden aan een goede ondersteuning van gezinnen (levensbreed, inclusief respijtzorg) is er nog veel te winnen. Uitvoering door gemeenten verdient dan ook vanuit dit perspectief voor de groep jonggehandicapten de voorkeur. Daar komt bij dat bij uitvoering door gemeenten beter kan worden ingespeeld op de sterk wisselende zorgvraag bij jongeren dan in een model met uitvoering door verzekeraars.

Voor de groep volwassenen is vooral de samenhang met voorzieningen op het terrein van welzijn en wonen en met dagbesteding (werk) op gemeentelijk niveau van belang. Door gemeenten de verantwoordelijkheid te geven voor deze laatste groep wordt gerealiseerd dat de groep gehandicapten gedurende hun leven bij dezelfde verantwoordelijke uitvoerder terecht kan voor noodzakelijke ondersteuning en zorg. Dit moet afgewogen worden tegen de –op basis van beschikbare informatie moeilijk in te schatten- mogelijkheid om via integratie met de curatieve zorg voor deze groep doelmatigheidswinsten te bewerkstelligen en het feit dat volwassenen vaak op bovengemeentelijk, regionaal niveau hun keuzes rond wonen, werken en leven maken, mede gegeven het beschikbare aanbod.

Doelmatigheidsprikkels voor gemeenten kunnen op decentraal niveau via een model a la de Wwb worden ingebouwd (zie hoofdstuk 5). Een aandachtspunt hierbij vormt de kwaliteitsdimensie; gemeenten hebben niet direct een prikkel om een goede kwaliteit zorg in te kopen. Ook kunnen gemeenten wachtlijsten laten ontstaan, waardoor de toegankelijkheid onder druk komt. Dit kan worden versterkt doordat cliënten niet met hun voeten kunnen stemmen: men is afhankelijk van de gemeente waar men woont. Door de zorg en ondersteuning voor deze groep in een verzekerd recht vorm te geven en niet als voorziening bij gemeenten (zie paragraaf 6.2) kunnen de potentiële risico's ten aanzien

---

<sup>170</sup> Dit vereist een goede contracteerbaarheid van kwaliteit en voldoende waarborgen via o.a. toezicht. Indien dit niet gerealiseerd kan worden, is een systeem van persoonsvolgende budgetten een alternatief. In die constructie is de zorginkoper er alleen op gericht voor de cliënt zoveel mogelijk eruit te slepen in de onderhandelingen met de zorgaanbieders, zonder dat een prikkel bestaat om de maatschappelijke kosten te beheersen. De kostenbeheersing ligt dan uitsluitend bij de indicatiestelling.

van kwaliteit en toegankelijkheid wellicht worden teruggebracht tot aanvaardbare proporties. Daarnaast geldt dat het gemeentemodel gecombineerd kan worden met een PGB-model voor dat deel van de groep gehandicapten dat zelf keuzes kan en wil maken ten aanzien van hun zorg.

Een aanvullend aandachtspunt bij een gemeentemodel is of gemeenten de juiste schaal bezitten om voor deze klantgroep als inkopers van zorg en ondersteuning op te treden ten opzichte van zorgaanbieders. De gehandicaptenzorg (voor verstandelijk gehandicapten) is voor het merendeel namelijk regionaal georiënteerd. Naarmate de aanbodzijde sterker (regionaal) geconcentreerd is, wordt het belang van een meer centraal geregelde of georganiseerde inkoop van zorg groter. In die zin geldt dat concurrerende verzekeraars ten opzichte van gemeenten een relatief sterkere positie richting zorgaanbieders hebben. Eventueel zouden gemeenten via samenwerking een sterkere positie kunnen creëren, zoals zij momenteel ook bij de uitvoering van de Wwb doen.

Voor mensen met complexe zware handicaps zowel verstandelijk als lichamelijk ligt uitvoering door de lokale overheid minder voor de hand. Het schaalniveau is daarvoor te klein en de samenhang met ondersteuning uit een oogpunt van maatschappelijke participatie gering. Voor deze groep ligt een centrale zorginkoop door de overheid met prijs- en kwaliteitsregulering meer voor de hand. Hiermee kan eveneens voorkomen worden dat gemeenten de lasten van de kostbare zware gehandicaptenzorg op elkaar proberen af te schuiven. Aandachtspunt is dat de groep zwaar gehandicapten (voordat het zorgproces is gestart) goed te onderscheiden moet zijn van de groep mensen waarvoor maatschappelijke participatie juist wel belangrijk is, dit om afwentelingsproblemen te voorkomen.

### ***Regionale inkopers***

In het verlengde van dit laatste punt ten aanzien van de schaalgrootte zou een model met regionale inkopers te overwegen zijn; een regionale inkoper heeft namelijk een sterkere positie ten opzichte van zorgaanbieders dan gemeenten en concurrerende verzekeraars waardoor de inkoper wellicht scherper zorg in kan kopen dan beide andere partijen. Risicoselectie is bij een regionale inkoper uitgesloten. Hier staat tegenover dat het in dit model niet mogelijk is meer doelmatigheid te realiseren via het tot stand brengen van een betere samenhang met andere domeinen (ofwel met de curatieve zorg ofwel met het gemeentelijke domein). De cliënt heeft op het terrein van ondersteuning en zorg nog steeds te maken met drie verschillende regelingen en uitvoerende partijen, met alle afstemmings- en afwentelingsproblemen van dien. In dit verband lijkt het model op langere termijn minder wenselijk als sturingsmodel.

### ***Conclusie mensen met aangeboren stoornissen***

Het bovenstaande leidt tot het volgende beeld.

Voor mensen met zware complexe verstandelijke en/of lichamelijke handicaps ligt een model met centrale inkoop door de overheid het meest voor de hand.<sup>171</sup> Het gaat dan om mensen die vanaf zeer jonge leeftijd een dergelijke complexe handicap hebben en waarvan bekend is dat daarin geen of weinig verbetering zal optreden. De exacte afbakening van de groep vormt nog wel een aandachtspunt.

---

<sup>171</sup> Eventueel kan de zorginkoop via een aantal regiokantoren plaatsvinden (vergelijkbaar met de situatie bij het UWV).

Vanwege de sterke samenhang met aanpalende beleidsterreinen (Wsw, onderwijs, jeugdzorg) is voor de groep licht en matig verstandelijk gehandicapten uitvoering door gemeenten, maar wel met duidelijke aanspraken het meest geëigende sturingsmodel. Dit geldt in ieder geval in sterke mate voor de jonggehandicapten die veelal in gezinsverband wonen en een wisselende zorgvraag hebben (samenhangend met de levensloop). Voor de volwassen groep is vanwege een gebrek aan informatie over de zorginhoudelijke samenhang moeilijker a priori te bepalen welk sturingsmodel vanuit dit perspectief optimaal is. Een goed alternatief voor het gemeentemodel is, mede met het oog op de concentratie in het zorgaanbod in deze sector, de variant binnen gereguleerde concurrentie van concurrerende verzekeraars met normuitkeringen op basis van de indicatiestelling.

Voor de beperkte groep lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten lijken er meer overeenkomsten met de karakteristieken van chronisch zieken en ouderen dan van verstandelijk gehandicapten, waardoor aansluiting bij het sturingsmodel voor chronisch zieken en ouderen mogelijk is. Een alternatief is het gemeentemodel, gelet op de samenhang met andere beleidsterreinen. Eventueel is net als bij verstandelijk gehandicapten een onderscheid tussen jongeren en volwassenen mogelijk.

Indien jonggehandicapten onder een andere uitvoerder vallen dan volwassenen, dan leidt dit er toe dat alle gehandicapten gedurende hun leven éénmaal te maken krijgen met een overstap van de éne uitvoerder naar de andere. Hierbij kan worden gedacht aan een scheidslijn bij een leeftijd van 18 (meerderjarig) of 23 jaar (mogelijkheid verlengde jeugdzorg). Zowel het gemeentemodel als het model met concurrerende verzekeraars met normuitkeringen kan worden gecombineerd met een PGB-model, waardoor ook de mondige gehandicapte en de gehandicapte met een mondige zaakwaarnemer, sturing op maat kan worden geboden.

### **C. Chronisch psychiatrische patiënten**

Binnen de groep chronisch psychiatrische patiënten zijn er enerzijds gevallen waarbij de chronisch psychiatrische problemen zich al op jonge leeftijd voordoen. Dergelijke gevallen zijn redelijk vergelijkbaar met de vroeg gehandicapten. Het is dan ook niet voor niets dat er momenteel vrij vage scheidslijnen zijn tussen de gehandicaptenzorg en de chronische GGZ.<sup>172</sup> Anderzijds zijn er ook gevallen waarbij de problemen zich pas op latere leeftijd materialiseren. Qua risico vertoont de groep dan meer overeenkomsten met de chronisch zieken.

Hoewel de kenmerken van de groep op punten kunnen afwijken zijn de sturingsvraagstukken voor de langdurige intramurale GGZ redelijk vergelijkbaar met de zwaardere, complexe gehandicaptenzorg. De betrokken klantgroep is vaak kwetsbaar. Incidenten rond voorzieningen voor deze groep kunnen het draagvlak voor vermaatschappelijking snel aantasten. Daarnaast zijn mensen door hun gezondheidssituatie vaak niet in staat om zelf goede keuzes te maken. Hier staat tegenover dat voor een deel van de groep de samenhang met voorzieningen in het gemeentelijke domein belangrijk is omdat er directe relaties zijn met onder meer de maatschappelijke opvang. Tegelijkertijd geldt dat door de voorgenomen overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw de cliënt gedurende het zorgproces te maken krijgt met een verandering van uitvoerder. Voor een groot deel van de groep is er bij de GGZ die onderdeel blijft van de AWBZ (intramuraal, na het eerste jaar plus de functie

---

<sup>172</sup> Onder de huidige AWBZ worden sommige multifunctionele centra gefinancierd op basis van de tarieven GGZ, terwijl andere op basis van tarieven verstandelijk gehandicaptenzorg worden gefinancierd.

ondersteunende begeleiding)<sup>173</sup> sprake van continuering van behandeling. Continuïteit van die behandeling is voor deze groep vaak van groot belang.

Bovenstaande kenmerken maken dat er in beginsel meerdere sturingsmodellen voor de groep chronische psychiatrische patiënten mogelijk zijn.

### ***Gereguleerde concurrentie***

Voor een groot deel geldt voor deze groep hetzelfde als bij de groep mensen met aangeboren stoornissen is beschreven. In sterkere mate geldt dat de meeste cliënten binnen de groep met chronische psychiatrische stoornissen niet in staat zijn zelf keuzes te maken. Bovendien zijn –net als bij de gehandicaptenzorg- de meeste verzekerden niet geïnteresseerd in de kwaliteit van de chronische psychiatrische zorg omdat de kans dat zij daarop een beroep zullen doen zeer gering is. Doordat van stemmen met de voeten geen disciplinerende werking uitgaat richting concurrerende verzekeraars kan de kwaliteit van de ingekochte zorg onder druk komen te staan. De ontwikkeling van een adequaat vereveningssysteem is waarschijnlijk het moeilijkst voor deze groep en zal naar verwachting grotendeels gebaseerd zijn op een onafhankelijke indicatiestelling.

Hier staat tegenover dat via de overheveling van de geneeskundige GGZ wel al een stap is gezet richting integratie in de Zvw. Het niet overhevelen van de overige langdurige GGZ leidt voor de betrokken groep tot een systeemovergang met bijbehorende afstemmings- en afwentelingsproblemen. Indien dezelfde verzekeraar zowel de curatieve als langdurige zorg uitvoert dan kunnen wellicht doelmatigheids- en kwaliteitswinsten behaald worden door een betere samenhang. Het in een hand leggen van de uitvoering is vooral relevant als de continuïteit in het zorgproces voor de cliënt van groot belang is. In die zin lijkt de voorgenomen overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw zich overigens niet goed te verhouden met de in het IBO-rapport gekozen invalshoek vanuit klantgroepen. Gegeven de geconcentreerde aanbodstructuur in de intramurale GGZ mag worden verwacht dat verzekeraars qua schaalgrootte en expertise beter dan gemeenten in staat zijn tegenmacht te bieden aan sterk geconcentreerde zorgaanbieders.

### ***Uitvoering door de overheid***

Voor een deel van de groep is samenhang met voorzieningen in het gemeentelijke domein belangrijk. Uitvoering door gemeenten is hier een mogelijk alternatief. Afwenteling van kosten op gemeentelijke voorzieningen wordt hiermee voorkomen. Daarnaast zijn gemeenten deels in staat de externe effecten die bij deze groep een rol spelen te internaliseren. Het is wel de vraag of gemeenten na de overheveling geneeskundige GGZ voldoende 'beleidsruimte' zullen zien bij het resterende deel van de GGZ in de romp AWBZ: het gaat immers om intramurale zorg inclusief beschermend wonen én om mensen die al een jaar in behandeling zijn in een sterk geconcentreerde markt.<sup>174</sup> Door de uitvoering bij gemeenten te leggen zouden zoals gezegd langdurige chronische psychiatrische patiënten te maken krijgen met een systeemovergang.

In sterkere mate dan bij de groep gehandicapten geldt dat de schaalproblematiek aan de aanbodzijde hier speelt: de zorgaanbieders in de GGZ zijn regionaal geconcentreerd. Zorgaanbieders hebben hierdoor een sterke positie tegenover vooral kleinere gemeenten.

---

<sup>173</sup> Het feit dat de functie activerende begeleiding wél en de functie ondersteunende begeleiding niet bij de overheveling geneeskundige GGZ is overgegaan, kan worden gezien als een uitwerking van een knip op genezing gerichte zorg waarbij ondersteunende begeleiding daar niet toe gerekend wordt.

<sup>174</sup> Schut, van der Geest en Varkevisser, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?, een economische analyse*, iBMG / Erasmus Universiteit, april 2005.

Het model van centrumgemeente kan gemeenten in een stevigere positie ten opzichte van deze aanbieders brengen. Natuurlijk kunnen gemeenten zelf beslissen om samen de zorg voor de betrokken groep te regelen en als zodanig gezamenlijk op te trekken in de onderhandelingen met zorgaanbieders. De vraag is echter gerechtvaardigd of gemeenten de juiste schaalgrootte en expertise bezitten om de zorginkoop voor deze groep adequaat te regelen.

Hier komt bij dat voor de groep met een zware psychiatrische stoornis die langdurig moet worden opgenomen vaak een permanent beschermde woonomgeving nodig is. Maatschappelijke participatie is voor deze groep niet aan de orde, waardoor de samenhang met ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein beperkt is. Dit maakt dat het in ieder geval voor de groep die langdurig moet worden opgenomen –net als bij de groep met complexe zware handicaps- een optie is de uitvoering in handen te leggen van de overheid via centrale prijs- en kwaliteitsregulering. Afwenteling van de kosten tussen gemeenten wordt hiermee tegengegaan.

### ***Regionale inkopers***

Vanuit het oogpunt van optimale schaalgrootte en countervailing power bij de zorginkoop zou uitvoering door regionale inkopers een alternatief kunnen zijn. Dat geldt zeker voor de categorie die langdurig of permanent moet worden opgenomen. Hierbij wordt meer inkoopmacht gecreëerd dan bij gereguleerde concurrentie of bij gemeenten als uitvoerder. In termen van samenhang en afwenteling biedt dit model zoals eerder gezegd geen voordelen ten opzichte van de huidige organisatie van de AWBZ. Verder biedt dit model voor de groep die langdurig moet worden opgenomen weinig toegevoegde waarde ten opzichte van een meer centrale zorginkoop door de overheid.

### ***Conclusie chronisch psychiatrische patiënten***

Aan een modelkeuze voor de groep chronische psychiatrische patiënten gaat een belangrijke afweging vooraf. Gegeven de overheveling van de geneeskundige GGZ en gezien vanuit de continuïteit van het zorgproces voor de cliënt ligt het model van concurrerende verzekeraars voor de hand. Verzekeraars kunnen waarschijnlijk eveneens meer tegenmacht bieden aan zorgaanbieders dan gemeenten. De ontwikkeling van een adequaat risicovereveningssysteem lijkt voor de groep chronisch psychiatrische patiënten echter zeer moeilijk. Bovendien is het niet waarschijnlijk dat van het keuzegedrag van verzekeren een effectieve druk op verzekeraars uitgaat om deze zorg goed in te kopen en te organiseren.

Anderzijds geldt dat voor een deel van de groep de samenhang met het gemeentelijke domein van belang is waardoor een gemeentemodel wenselijk kan zijn. Door de schaalgrootte van GGZ-aanbieders is het te betwijfelen of gemeenten voldoende countervailing power zullen hebben om effectief over de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten te kunnen onderhandelen. Het risico bestaat bovendien dat gemeenten de lasten op elkaar proberen af te schuiven. Vandaar dat een model met een centrale zorginkoop door de overheid met prijs- en kwaliteitsregulering een optie vormt om zo schaalvoordelen bij de zorginkoop te verzilveren. Dat geldt zeker voor de categorie cliënten die langdurig dan wel permanent moeten worden opgenomen.

### **D. Potentiële ziekten en stoornissen**

Voor bijzondere zorgfuncties met substantiële externe effecten (zoals forensische psychiatrie, maatschappelijke opvang, verslavingszorg) geldt dat uitvoering door de overheid het meest voor de hand ligt. Concurrerende uitvoerders hebben er in beginsel geen belang bij om rekening te houden met de externe effecten: vooral de directe omgeving van de zorgvrager ondervindt last en de kosten daarvan komen niet bij de private uitvoerder terecht. Indien de externe effecten vooral op decentraal niveau spelen

zoals bij maatschappelijke opvang en verslavingszorg dan is uitvoering op dat niveau het meest geëigende. Voor preventie geldt over het algemeen hetzelfde: indien preventie met name op de iets langere termijn werkt, dan zullen concurrerende uitvoerders weinig zekerheid hebben dat zij degene zijn die de vruchten zullen plukken van preventie. In dat geval ligt uitvoering door de overheid wederom voor de hand, maar bij preventie in den brede is er juist een rol voor de centrale overheid.

## 6.4 Randvoorwaarden en flankerend beleid

In de voorgaande paragrafen is per cliëntgroep geïdentificeerd wat de meest voor de hand liggende sturingsmodellen zijn per groep, sturing op maat dus. Los van dit maatwerk zijn er een aantal problemen en randvoorwaarden die aangepakt moeten worden, welk model ook wordt gekozen.

### **Informatievoorziening over kwaliteit**<sup>175</sup>

Zoals in de probleemanalyse is geschetst, is het lastig om goed inzicht te krijgen in de kwaliteit van de AWBZ-zorg op dit moment. Tot op heden is de informatie over kwaliteit slechts op onsamenhangende wijze beschikbaar en sluiten de toetsinstrumenten van de IGZ en de cliëntenorganisaties niet op elkaar aan. De indicatoren op basis waarvan toezicht wordt gehouden zijn te divers waardoor een eenduidig oordeel niet te geven is. Onderlinge vergelijking is niet mogelijk, een positief oordeel van de IGZ en een negatief oordeel vanuit de cliëntentoetsing kunnen zeer goed naast elkaar bestaan.

Aangezien een aantal sturingsmodellen uitgaan van een bepaalde mate van keuzevrijheid is betrouwbare informatie over kwaliteit in ieder geval noodzakelijk: zonder goede informatie immers geen goed onderbouwde keuze. De informatie over de kwaliteit van de zorg, dat wil zeggen de veiligheid, doelmatigheid en klantgerichtheid van zorg, moet voor meerdere partijen inzichtelijk worden gemaakt. Voor cliënten moet er keuze ondersteunende informatie beschikbaar komen, informatie op basis waarvan ze kunnen bepalen voor welk zorgaanbod ze kiezen en op basis waarvan het reputatiemechanisme kan werken. Deze informatie moet bestaan uit feitelijke informatie en uit kwalitatieve informatie vanuit cliëntenervaringen. Voor overheid en maatschappij moet er informatie komen over de prestaties van de zorg, ook wel verantwoordingsinformatie genoemd. Deze verantwoordingsinformatie moet inzicht geven in drie aspecten: veiligheid, kwaliteit van leven en kwaliteit van bedrijfsvoering. Deze informatie moet zijn ingebed in een systeem waarbij systematisch aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt en innovatie lonend wordt.

In 2005 zijn door de partijen in de verpleging en verzorging de eerste belangrijke stappen op dit pad gezet. Er is een visiedocument opgesteld 'op weg naar normen voor verantwoorde zorg' en vervolgens is dit visiedocument vertaald in indicatoren voor verantwoorde zorg (toetsingskader voor verantwoorde zorg). Voor 2006 is een overgangsjaar voorzien. De eerste stap in dit overgangsjaar is de implementatie van de opgestelde indicatoren in bestaande toetsinstrumenten zoals cliëntentoetsing en het gefaseerde gelaagde toezicht van de IGZ. Eind 2006 zal na een pilot inzichtelijk zijn of deze indicatoren voldoende informatie leveren voor de IGZ, overheid, verzekeraars en zorgkantoren en voor het jaardocument maatschappelijke verantwoording dat zorgaanbieders moeten publiceren. Ook in de gehandicaptenzorg en de GGZ wordt gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

---

<sup>175</sup> Ministerie van VWS, *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen, brief minister en staatssecretaris over kwaliteit in de zorg*, Kamerstukken II, 2005-2006, 28 439, nr. 12, 21 februari 2006.

Ten aanzien van keuze-informatie voor de cliënt geldt het volgende. In 2006 komt er (via Kiesbeter.nl) keuze-informatie beschikbaar over de verpleging en verzorging en de thuiszorg, vanaf 2007 aangevuld met de prestatie-indicatoren verantwoorde zorg. Keuze-informatie over de gehandicaptenzorg en de GGZ komt eveneens in de loop van 2006 en 2007 beschikbaar.

Naast de ontwikkeling van normen voor verantwoorde zorg in de langdurige zorg wordt ten behoeve van de borging van de veiligheid van de zorg toegewerkt naar een certificering / accreditatie van zorgaanbieders via de ontwikkeling van een gecertificeerd Veiligheids Management Systeem (VMS). Het is de inzet om zoveel mogelijk zorgaanbieders met een operationeel VMS te laten werken.

### **Bekostiging**

In hoofdstuk 3 is al aandacht besteedt aan de problemen bij de bekostiging. De wijze van bekostiging van vooral de intramurale zorg leidt ertoe dat dit deel van de zorgmarkt niet goed functioneert. De bekostiging heeft in het geval van intramurale zorg weinig relatie met de producten die daarvoor geleverd moeten worden. Anders is dit in de extramurale zorg. Daar wordt voor duurdere zorgproducten een hogere vergoeding gegeven die grosso modo overeenkomst met de kosten van de behandeling. Dit leidt tot twee typen problemen. Ten eerste wordt het speelveld tussen de extramurale en intramurale zorgproducten hiermee verstoord. In dit kader is opvallend dat er veel AWBZ-cliënten zijn die wél de indicatie verblijf hebben maar er geen gebruik van maken. Ten tweede zijn zware patiënten in ieder geval niet aantrekkelijk in de huidige bekostiging: de zware patiënten kosten de verzekeraar meer dan zij ervoor zullen ontvangen. Het is dan ook noodzakelijk om over te schakelen op een bekostigingssysteem dat aansluit bij de zwaarte van de zorgvraag van de cliënt. Wat dit betreft zijn de voornemens van het kabinet die al in hoofdstuk 2 werden gememoreerd belangrijke stappen in de goede richting. Dat geldt eveneens voor de plannen om toe te werken naar integrale prestatiebekostiging waarin de kapitaallasten in de (integrale) tarieven moeten worden opgenomen, zodat zorgaanbieders risico gaan lopen over het vastgoed.

Daarnaast is de beschikbaarheidsfunctie van delen van de AWBZ relevant. In de financiering van de (romp-)AWBZ en in een aantal van de in dit IBO geschetste sturingsmodellen voor de langere termijn wordt de sturing verschoven van beschikbaarheid naar productie/kwaliteit. Dit stelt scherpere eisen aan zaken die te maken hebben met de AWBZ-zorg die dicht tegen de acute zorg uit de curatieve zorg aanzit.

Het gaat om zaken in de sfeer van zorg op afroep, bijvoorbeeld om zorginfrastructuur<sup>176</sup> en alarmering.<sup>177</sup> Bij de zorginfrastructuur is het de vraag of financiering via tarieven een doelmatige uitkomst geeft. Bovendien kan een dergelijke financiering leiden tot toetredingsdrempels<sup>178</sup> of tot ruimtelijke problemen.<sup>179</sup> Bij alarmering speelt bovendien

---

<sup>176</sup> Bij zorginfrastructuur gaat het om "ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg in het algemeen en om ruimten en technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van de onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie in het bijzonder. Zie de brief *Liever thuis wonen* van de Staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van CTG-Zaio, 22 juli 2005.

<sup>177</sup> CVZ, *Personenalarmering*, 26 augustus 2004.

<sup>178</sup> Bij een van de werkbezoeken kwam het IBO-secretariaat de situatie tegen dat een grote thuiszorgorganisatie weigerde een concurrent tegen kostprijs gebruik te laten maken van een alarmcentrale die door de eerstgenoemde organisatie geheel op kosten van de AWBZ was opgebouwd.

het punt dat het op een gegeven moment niet doelmatig is om gemeenten verantwoordelijk te laten zijn voor zogenaamde sociale alarmering en via de AWBZ andere vormen van alarmering te regelen.

Overwogen moet worden of financiering van dergelijke infrastructuur niet beter via gemeenten kan lopen. Daarbij kan gekeken worden naar de manier waarop de onderwijshuisvesting is georganiseerd.<sup>180</sup> In het onderwijs is daarbij gedefinieerd hoeveel m<sup>2</sup> per leerling een gemeente aan huisvesting moet leveren, terwijl de kwaliteit daarvan aan de gemeente wordt overgelaten. Een dergelijke module lijkt ook mogelijk in de AWBZ-zorg.

## 6.5 Conclusies

In dit hoofdstuk is geprobeerd een aantal rode draden die eerder in het IBO aan de orde zijn geweest bij elkaar te pakken. De vraag die aan de werkgroep is gesteld, namelijk hoe de doelmatigheid (dus een goede prijs én kwaliteit) van de AWBZ kan worden vergroot, wordt in dit hoofdstuk beantwoord. De hoofdlijn daarvan is dat countervailing power aan de vraagzijde van de AWBZ moet worden georganiseerd, waar deze nu ontbreekt en wenselijk is omdat er aan de aanbodzijde sprake is van machtsposities van zorgaanbieders. Dit kan echter niet zomaar zonder dat de toegankelijkheid in de knel komt. Maatwerk is daarom hierbij het devies.

Tabel 6.1 vat per klantgroep de voornaamste conclusies van dit hoofdstuk samen ten aanzien van de sturing op langere termijn. Ook geeft de tabel de belangrijkste specifieke randvoorwaarden bij de sturingsmodellen weer. Zoals in hoofdstuk 5 is beschreven zijn er een aantal algemene randvoorwaarden waaraan altijd moet worden voldaan. Deze staan niet in de tabel verwoord. Het gaat hierbij om een goed functionerende zorgaanbodmarkt, transparantie van kwaliteit en een goed functionerende indicatiestelling. Wat betreft kwaliteit geldt dat bij een gemeentelijk model en een verzekeraarsmodel er verschillen in de kwaliteit van de ingekochte zorg tussen uitvoerders zullen zijn en aldus bij keuze voor een van deze modellen geaccepteerd zullen moeten worden. Indien de aanspraken zijn vormgegeven in verzekerde rechten is dit punt overigens minder een aandachtspunt dan bij aanspraken in de vorm van voorzieningen.

Alles overziend impliceert het toekomstbeeld zoals geschetst in dit hoofdstuk en samengevat in tabel 6.1 dat op langere termijn de huidige AWBZ-uitvoeringsstructuur met regionale zorginkopers (zorgkantoren) waarschijnlijk vervalt. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorgvormen die nu nog onder de AWBZ vallen komt deels te liggen bij de zorgverzekeraars (maar niet voor elke klantgroep in dezelfde uitvoeringsmodaliteit) en deels bij de gemeenten. Bij deze modellen is eveneens een combinatie met een PGB-model mogelijk. Voor een relatief beperkt deel kan een aparte centrale regeling vanuit de overheid nodig zijn. Dit geldt specifiek voor de groep zwaar en complex gehandicapten en de zware chronische GGZ-patiënten. AWBZ-taken die niet gekoppeld zijn aan klantgroepen (prenatale zorg, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinaties) kunnen elders worden ondergebracht, hetzij in de Zvw, hetzij in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

<sup>179</sup> Als in een wijk een gebouwtje nodig is voor alarmopvolging, dan is het soms ook een probleem om binnen het bestaande bestemmingsplan daar een adequate ruimte voor te vinden. Vergelijk het probleem dat destijds optrad bij de uitbreiding van de kinderopvang.

<sup>180</sup> Mentink, prof. dr. mr., *Omstreden gemeentelijk onderwijsbeleid*, Elsevier, 2004.



**Tabel 6.1 Voorkeursopties lange termijn sturingsmodel per klantgroep met belangrijkste specifieke aandachtspunten per sturingmodel**

Klantgroep	Voorkeursoptie(s) sturingsmodel	Noodzakelijke randvoorwaarden	Aandachtspunten
Ouderen en chronisch zieken	Gereguleerde concurrentie	- Mogelijkheid tot risicoverevening - Concurrentie tussen verzekeraars - Stemmen met de voeten verzekerden	- Samenhang met gemeentelijk domein - Financierings/ bekostigingsstelsel
<b>Mensen met aangeboren stoornissen</b>			
- Licht en matig verstandelijk gehandicapten			
- Jongeren	Gemeente	- Mogelijkheid tot objectief verdeelmodel - Lokale democratische beïnvloeding van de zorginkoop	- Samenhang met curatieve (Zvw)zorg - Financierings/ bekostigingsstelsel
- Volwassenen	Gemeente Concurrerende verzekeraars met normuitkering o.b.v. indicatiestelling	- Zie hierboven - Concurrentie tussen verzekeraars - Stemmen met de voeten verzekerden - Mogelijkheid tot vaststellen normuitkeringen	- Zie hierboven - Samenhang met gemeentelijk domein
- Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten			
	Concurrerende verzekeraars met normuitkering o.b.v. indicatiestelling	- Zie hierboven	- Zie hierboven
	Gemeente	- Zie hierboven	- Zie hierboven
- Zwaar complex gehandicapten			
	Centrale zorginkoop overheid	- Adequaate bekostigingsstelsel - Effectief toezicht / verantwoordingsstructuur	- Effectieve prikkels voor doelmatigheid
Chronische psychiatrische patiënten			
	Centrale zorginkoop overheid	- Zie hierboven	- Zie hierboven
	Gemeente	- Zie hierboven	- Zie hierboven
	Concurrerende verzekeraars met normuitkering o.b.v. indicatiestelling	- Zie hierboven	- Zie hierboven
Potentiële ziekten en stoornissen met belangrijke externe effecten			
	Overheid evt. aansluiting bij Wcpv	- Zie hierboven	- Zie hierboven



## **7      Stappen naar een betere uitvoering van de langdurige zorg**

### **7.1     Inleiding**

In het vorige hoofdstuk is een toekomstbeeld voor de huidige AWBZ op langere termijn geschetst. Voorgesteld is om per klantgroep een sturingsmechanisme te kiezen dat voor die groep de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid het best borgt. Er zijn daarbij een aantal algemene randvoorwaarden geschetst, waaraan voldaan moet worden voor een doelmatige uitkomst. Bovendien zijn er per sturingsmodel specifieke randvoorwaarden aangegeven, waaraan eveneens voldaan moet worden.

Dit rapport wil de politiek een basis bieden voor het maken van een keuze voor de sturing op langere termijn, waarna vervolgens een transitiepad kan worden uitgezet. Het ligt voor de hand om bij die keuze voor de langere termijn ook te kijken naar terugvalopties, voor het geval aan randvoorwaarden niet of onvoldoende kan worden voldaan.

### **7.2     Transitie**

Een belangrijk element in het transitiepad is de timing. Er zal een afweging moeten worden gemaakt of het wenselijk is om op korte termijn bovenop het al ingezette beleid een grote wijziging in de hele AWBZ door te voeren of om dit pas over enkele jaren te doen. De IBO-werkgroep onderstreept het belang van een goede balans tussen twee overwegingen:

- Start niet te snel. Kies de start zo dat een optimale voorbereiding van de AWBZ-operatie mogelijk is en dat mogelijke invoeringsproblemen van Zvw en Wmo zijn opgelost. Te denken valt aan een start van de operatie in 2008 of 2009.
- Wacht niet te lang. Bij een te lange overgangstermijn bestaat het risico dat vernieuwende initiatieven langere tijd de ijskast ingaan. Delen van de AWBZ die op termijn naar een andere uitvoerder gaan, lopen bovendien bij het op de langere baan schuiven van veranderingen in de AWBZ het risico 'verweesd' te raken in de zin dat de huidige uitvoerder al min of meer afscheid heeft genomen van zijn uitvoeringstaak en de toekomstige uitvoerder nog langs de zijlijn staat.

Het is wenselijk om bij het uitzetten van een transitiepad voor het toekomstbeeld van de AWBZ-zorg het implementatiepad van de al in gang gezette wijzigingen in het zorgstelsel te betrekken, zoals de invoering van de Zvw en de Wmo. De invoering van beide beleidstrajecten zal veel vergen van alle betrokken partijen in de zorg.

Het ligt voor de hand om de eerste jaren de effecten van de Zvw te monitoren en eventuele kinderziekten eerst op te lossen alvorens de reikwijdte uit te breiden tot delen van de AWBZ. Bij de Zvw moet bedacht worden dat dit weliswaar een nieuw model is, maar dat de regimes van de ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering belangrijke overeenkomsten kennen met het regime van de Zvw. In vergelijkbare mate geldt dit voor de Wmo waarvan belangrijke delen onder een vergelijkbaar regime door gemeenten worden uitgevoerd (Wvg, Welzijnswet). Ook met de systematiek van de Wet werk en bijstand is sinds 2004 ervaring opgedaan.

Uitgaande van invoering van de Zvw per 1 januari 2006 en de Wmo uiterlijk per 1 januari 2007 en wetgeving tot wijziging van de AWBZ door een nieuw kabinet zouden per 2008 of 2009 delen van de AWBZ naar gemeenten en/of de Zvw over kunnen gaan.

Het bovenstaande impliceert dat de komende jaren –bij gebrek aan een korte termijn alternatief- de huidige uitvoeringsstructuur met zorgkantoren nog zal bestaan. Gegeven dit feit is het van belang om op korte termijn in de AWBZ meer doelmatigheidsprikkelers aan te brengen. De huidige zorgkantoren zijn met ingang van dit jaar voor een periode van drie jaar opnieuw aangewezen als uitvoerders van de AWBZ. Tot die tijd hebben we dus nog zeker te maken met de huidige zorgkantoren. Afhankelijk van de keuze voor een bepaalde invoeringsdatum van het langere termijn sturingsmodel voor de AWBZ kan worden bezien in welke mate meer verstrekkende maatregelen kunnen worden genomen om de huidige uitvoering te verbeteren. Op korte termijn kan in elk geval verder worden gegaan met het vergelijken van de prestaties van zorgkantoren en het zonodig bijsturen daarvan. Het is in ieder geval van belang om zorgkantoren helderheid te verschaffen over de duur van hun voortbestaan en over wat er in die periode van ze verwacht wordt. Daarbij moeten afspraken gemaakt worden over 'no regret' inspanningen die te zijner tijd ook door individuele zorgverzekeraars overgenomen kunnen worden (een goed systeem van zorginkoop, registratiesystemen, administratieve organisaties etc.).

Verder is het in het licht van het langere termijn perspectief voor de AWBZ van belang dat de huidige aanspraken in termen van functies scherper worden afgebakend. Het huidige onderscheid tussen enerzijds de functies die aangrijpen op het gebrek of de aandoening en anderzijds de functies gericht op het effect van de beperking of stoornis in termen van het maatschappelijk kunnen participeren dient te worden verhelderd alvorens wordt overgegaan op de overheveling van bepaalde AWBZ-zorg naar Zvw of Wmo.

Tot slot is het in het kader van het langere termijn perspectief voor de langdurige zorg nodig dat er nader onderzoek plaatsvindt naar potentiële synergievoordelen tussen zowel langdurige en curatieve zorg als tussen langdurige zorg en het gemeentelijke domein voor met name gehandicapten en de chronische psychiatrische patiënten. Hierbij is het onderscheid tussen zorg en ondersteuning relevant. Bij ondersteuning die niet onlosmakelijk met zorg is verbonden is de vraag aan de orde of en hoe deze overgeheveld moet worden naar de Wmo. Hierbij moet per klantgroep worden bezien waar het schot tussen zorg en het gemeentelijke domein het beste kan staan en welke consequenties dit heeft voor de samenhang van en continuïteit in het zorgproces en wat de risico's op afwenteling zijn. De IBO-werkgroep adviseert het kabinet het aangekondigde CVZ-onderzoek hiernaar af te wachten. De uitkomsten van dit onderzoek worden in de tweede helft van 2006 verwacht.

### **7.3 Voldoen aan randvoorwaarden**

In de tijd tot de feitelijke overheveling kan worden gewerkt aan het onderzoeken van, en het zoveel mogelijk toewerken naar het voldoen aan de randvoorwaarden voor beide primaire sturingsmodellen.

#### **Ontwikkelen risicovereveningsmodel / objectief verdeelmodel**

Voor het onderbrengen van een deel van de huidige AWBZ-klantgroepen naar de Zvw geldt dat een goed werkende risicoverevening mogelijk moet zijn. Invoering van het model van gereguleerde concurrentie staat of valt eigenlijk met een dergelijk systeem.

In dit kader is het nu al gewenst een systeem van risicoverevening voor de onderscheiden klantgroepen in de AWBZ te ontwikkelen. De ontwikkeling van een dergelijk risicovereveningssysteem is een proces van lange adem, maar een goede

voorbereiding is het halve werk (zoals bij de overheveling van de geneeskundige GGZ is gebleken). Het is onmogelijk om direct perfectie van het model te realiseren, maar conform de ervaring met het huidige vereveningsmodel zal werkende weg een uitvoerbaar risicovereveningsmodel moeten worden ontwikkeld. Het ligt dan voor de hand om de financiële risicodragendheid van verzekeraars aan te passen aan de kwaliteit van het risicovereveningssysteem; naarmate de kwaliteit van het model toeneemt kan de risicodragendheid van verzekeraars worden verhoogd. In de beginfase zal het waarschijnlijk nodig zijn om met ex ante en ex post compensatiemechanismen te werken. Ten opzichte van de huidige AWBZ zal daarbij overigens naar verwachting al snel doelmatigheidswinst ontstaan.

Aanvullend aandachtspunt zijn de financiële gevolgen van overheveling van een substantieel deel van de AWBZ naar de Zvw. Aangezien in de Zvw een ander premie- en lastenregime geldt dan in de huidige AWBZ gaat overheveling gepaard met forse financiële verschuivingen. Het is van belang de komende tijd varianten uit te werken hoe deze verschuivingen op een adequate wijze kunnen worden geacommodeerd.

Voor eventuele overheveling naar gemeenten geldt dat onderzocht moet worden hoe -op basis van de kenmerken van de klantgroepen in de huidige AWBZ- voor de over te hevelen delen van de AWBZ een objectief verdeelmodel à la de Wet werk en bijstand en à la de Wmo kan worden ontwikkeld. Daarnaast kan worden gekeken naar de manier waarop de Wvg is ingepast in het gemeentefonds. Belangrijk is de financiële consequenties van een dergelijke overheveling goed in kaart te brengen.

Het verdient naar de mening van de IBO-werkgroep aanbeveling om beide trajecten zo spoedig mogelijk op te starten zodat de resultaten hiervan uiterlijk in het voorjaar 2007 beschikbaar zijn. Op deze wijze kan een volgend kabinet de onderzoeksuitkomsten meenemen in de keuze voor een lange termijn sturingsmodel voor de langdurige zorg.

Gegeven de mogelijkheid beide sturingsmodellen te combineren met een PGB-model om zodoende de keuzemogelijkheden en zelfredzaamheid van cliënten die graag zelf de regie voeren over hun zorg te vergroten, is het relevant om te bezien hoe en in welke vorm PGB's binnen deze sturingsmodellen een plek kunnen krijgen.

### **Indicatiestelling verder verbeteren**

De indicatiestelling is recentelijk gecentraliseerd. Bovendien zijn voor alle functies inmiddels protocollen ontwikkeld. Verder is beleid ontwikkeld om de indicatiestelling in een aantal (eenduidige) gevallen te mandateren aan zorgaanbieders.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit IBO-rapport zijn er een viertal concrete aandachtspunten rond de indicatiestelling waaraan verder gewerkt dient te worden, zeker als voor de langere termijn een model wordt gekozen dat in sterke mate leunt op een onafhankelijke indicatiestelling:

- ontwikkeling van een prestatiegerichte financiering van het CIZ;
- verbetering van het informatiesysteem, zodat finetuning van indicatieprotocollen mogelijk wordt;
- invoering van voorliggende sancties bij misbruik van mandatering, zoals een boete, naast het instrument van intrekking van de bevoegdheid om onder mandaat indicaties te stellen;
- zorgen dat het uitgangspunt 'geen geldige indicatie, dan geen bekostiging van zorg' daadwerkelijk wordt gehandhaafd.

De IBO-werkgroep is daarnaast van mening dat een belangrijk aandachtspunt bij de indicatiestelling is om een goede balans te vinden tussen enerzijds de rechtszekerheid

van de cliënt en anderzijds voldoende ruimte voor de zorginkoper om een doelmatig zorgarrangement voor de betreffende cliënt te kunnen bepalen. Zeker wanneer op termijn wordt uitgegaan van een risicodragende uitvoerder is het van belang deze meer invloed te geven op de bepaling van het zorgarrangement, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De huidige indicatiestelling legt dit zorgarrangement voor een groot deel vast. Het verdient aanbeveling de mogelijkheid te onderzoeken de indicatiestelling dusdanig aan te passen dat deze alleen de beperkingen van de cliënt aangeeft en dat hieraan bijvoorbeeld een normuitkering wordt gekoppeld. De risicodragende uitvoerder bepaalt vervolgens op basis van de vastgestelde beperkingen het optimale zorgarrangement (welke zorg en hoeveel zorg is nodig om aan de zorgbehoefte te voldoen).

In het geval van overheveling naar de Zvw geldt in beginsel het systeem van de Zvw. Zorgaanbieders doen de indicatiestelling en verzekeraars de claimbeoordeling. In de Zvw zijn er een aantal waarborgen, zoals landelijke protocollen, de geschillenbeslechting door een onafhankelijke commissie en de civielrechtelijke rechtsgang, om de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid voor de cliënt te waarborgen. Eventueel moet worden bezien of voor de over te hevelen AWBZ-zorg een enigszins aangepaste invulling van de indicatiestelling wenselijk is.

### **Kwaliteit meetbaar maken**

In alle sturingsmodellen is het van belang om kwaliteit meetbaar te maken. Zoals in hoofdstuk 6 geschetst moeten een aantal dit en komend jaar ingezette en in te zetten beleidslijnen worden doorgetrokken.

Die aanpak moet niet alleen gericht zijn op het meetbaar maken van de kwaliteit van het zorgaanbod, maar ook op de kwaliteit van de zorg(keten)inkoop. Dit laatste is zowel van belang bij modellen met concurrerende private verzekeraars (keuze-informatie voor verzekerden) als bij modellen waarbij inkopende gemeenten onderling worden gebenchmarkt ten behoeve van de verantwoording aan hun burgers.

### **Verbeteren functioneren zorgaanbod**

Een ander beleidsspoor in de randvoorwaardelijke sfeer is om te komen tot een goed functionerende zorgaanbodmarkt. Om dit te realiseren zijn verschillende sporen te onderscheiden.

Ten eerste zal moeten worden gewerkt aan het introduceren van meer prikkels gericht op innovatie, transparantie en externe (klant)gerichtheid. Het moet mogelijk zijn om via de bekostiging en de zorginkoop goed beleid op deze aspecten te belonen. Het huidige kabinet heeft in dit kader aangegeven per 1 januari 2007 te willen komen tot financiering van zorg binnen verblijfsinstellingen op basis van zorgzwaartepakketten, de zogenaamde zorgzwaartefinanciering. Een cliënt met een lichtere zorgbehoefte valt in een pakket met minder uren. Iemand die zware zorg nodig heeft, krijgt een indicatie voor een pakket met meer uren. De zorgzwaartepakketten bestaan uit een vastgesteld gemiddeld aantal uren zorg en de soorten zorg die iemand nodig heeft in de zorginstelling. Instellingen zullen zo meer verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit en de hoeveelheid zorg die zij voor verschillende groepen patiënten / cliënten leveren. De doelmatigheidsprikkels voor zorgaanbieders nemen door de zorgzwaartefinanciering ten opzichte van de huidige situatie toe.

Ten tweede dient de contracteerplicht te worden afgeschaft. Het huidige kabinet heeft al diverse keren het voornemen tot opheffing van de contracteerplicht uitgesproken. Opheffing van de contracteerplicht betekent dat zorginkoper(s) geen zorg meer hoeven in te kopen bij partijen die geen bevredigende tegenprestatie leveren. Keerzijde daarvan is

dat de keuzevrijheid van de cliënt wordt beperkt, in die zin dat de cliënt zich binnen het zorgaanbod alleen nog kan wenden tot gecontracteerde aanbieders (in geval van zorg in natura). Daarbij moet bezien worden of het wenselijk is om –naast de mogelijkheid van het PGB– de mogelijkheid van restitutie in de AWBZ-zorg te introduceren, analoog aan de Zvw. Specifiek voor de AWBZ is een belangrijk aandachtspunt hoe om te gaan met mensen die al in zorg zijn bij een aanbieder die de zorginkoper niet langer wil contracteren (continuïteit van zorg). Bij afschaffing van de contracteerplicht blijft de zorginkoper gehouden om voldoende zorg in te kopen voor zijn verzekerden, maar kan deze beter sturen op bijvoorbeeld kwaliteit. Tussen het ministerie van VWS en de organisaties van zorgaanbieders is nog discussie over de randvoorwaarden waaronder dit kan plaatsvinden. Verder zijn de noodzakelijke spelregels in ontwikkeling ingeval sprake is van één zorginkoper (zorgkantoor) per regio.

Tot slot is volgens de IBO-werkgroep het financieel scheiden van wonen en zorg van groot belang. Door het financieel scheiden van wonen en zorg kan het aanbod van combinaties van wonen en zorg belangrijk meer concurrerend worden gemaakt. Het financieel scheiden van wonen en zorg heeft een nauwe relatie met het huidige kabinetsbeleid ten aanzien van integrale prestatiebekostiging voor het vastgoed dat deel uitmaakt van de AWBZ. In 2012 dienen volgens het kabinet de kapitaallasten van het intramurale vastgoed integraal deel uit te maken van de tarieven voor de AWBZ-zorg, zodat instellingen risicodragend zijn over deze kapitaallasten.<sup>181</sup> De verwachting is dat instellingen dan een betere prikkel hebben om over te gaan tot het scheiden van wonen en zorg.<sup>182</sup>

Een meer ambitieuze aanpak dan het invoeren van integrale tarieven is om naar een situatie te streven waarin wonen niet meer ten laste van de AWBZ komt. Als voor dat perspectief wordt gekozen, zijn er een aantal mogelijkheden om hier naar toe te werken:

- Maak afrekenbare afspraken met lokale partijen (voortbouwend op door het kabinet in december 2005 vastgestelde beleidsvisie toekomst van woningcorporaties) over de bouwopgave en voer het actieplan wonen en zorg (2004 t/m 2006) voor het tot stand brengen van voldoende geschikte woningen uit.
- Stimuleer instellingen die grondig moeten renoveren of nieuwbouw willen plegen tot het scheiden van wonen en zorg. Ondersteun deze instellingen bij de omslag en verzamel 'best practices'.
- Vergelijk het indicatiegedrag van verschillende locaties van het CIZ en kijk of dat aanknopingspunten biedt om op basis van objectieve maatstaven de interne werkdocumenten CIZ zodanig aan te passen, dat alleen verblijf wordt geïndiceerd als dat noodzakelijk is.
- Definieer en kwantificeer de wooncomponent in de AWBZ en maak daarvan een aparte tariefcomponent zodat deze op termijn uit de AWBZ-aanspraken kan worden gehaald.

---

<sup>181</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister over de aanpak van het kapitaallastenvraagstuk bij zorginstellingen en notitie over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, Kamerstukken II, 2004-2005, 27 659, nr. 52, 14 maart 2005.

<sup>182</sup> Het kabinet heeft toegezegd om voor het zomerreces in 2006 een plan van aanpak aan de Tweede Kamer te sturen naar aanleiding van de motie Van Miltenburg / Smits om alleen bouwplannen te honoreren die gebaseerd zijn op het beleid van scheiden van wonen en zorg (Kamerstukken II, 2005-2006, 27659, nr. 59, 13 oktober 2005).

Bij een voortvarende aanpak worden hiermee naar verwachting van de IBO-werkgroep belangrijke stappen gezet waarvan de resultaten over twee à drie jaar kunnen worden geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd of geïntensiveerd. Als sluitstuk kan in het vooruitzicht worden gesteld dat de wooncomponent na enkele jaren, bijvoorbeeld in 2012, uit de AWBZ verdwijnt. Alle mensen in instellingen gaan dan 'gewoon' huur betalen met een eigen bijdrage voor geleverde zorg. Waar nodig heeft men aanspraak op huursubsidie.

Door een transitieperiode tot 2012 te hanteren kan een groot deel van de 'boekwaardeproblematiek' naar verwachting worden voorkomen c.q. opgelost en kunnen instellingen zich voorbereiden op de nieuwe situatie.<sup>183</sup> Voor zover er na 2012 nog steeds instellingen zijn met een groot boekwaardeprobleem, zal men hiervoor eerst zelf (eigen vermogen van de instelling en de daaraan gelieerde stichtingen en grondwaarde) en in tweede instantie met lokale partijen (bestemming grond, gemeenten en corporaties) een oplossing moeten vinden. Pas als dat aantoonbaar niet reëel is, kan op basis van individueel maatwerk naar een oplossing worden gekeken op het niveau van de ministeries.

In tabel 7.1 wordt samengevat welke maatregelen volgens de IBO-werkgroep de komende tijd in gang moeten worden gezet om tot een nieuwe sturing voor de langdurige zorg te komen.

**Tabel 7.1 Overzicht maatregelen voor de transitie en voor het voldoen aan randvoorwaarden**

Vorbereiding op lange termijn sturingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoren ervaringen Zvw en Wmo</li> <li>- Versterken doelmatigheidsprikkels zorgkantoren</li> <li>- Aanscherpen afbakening functies</li> <li>- Nader onderzoek naar potentiële synergievoordelen samenhang langdurige zorg en Zvw-zorg en gemeentelijke domein</li> <li>- Gevolgen eventuele knip tussen zorg en ondersteuning per klantgroep in kaart brengen</li> <li>- Onderzoek naar onderbrengen langdurige zorg in risicoverevening Zvw en objectief verdeelmodel gemeenten</li> <li>- Uitwerken varianten voor financiële gevolgen overheveling langdurige zorg naar Zvw en gemeente</li> <li>- Mogelijkheden bezien van PGB in verschillende sturingsmodellen</li> </ul>
Voldoen aan algemene randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbeteren indicatiestelling</li> <li>- Meetbaar maken van kwaliteit</li> <li>- Verbeteren functioneren zorgaanbod onder meer via invoeren prestatiebekostiging, afschaffen intramurale contracteerplicht en financieel scheiden van wonen en zorg</li> </ul>

<sup>183</sup> Ministerie van VWS, *Brief minister over de aanpak van het kapitaallastenvraagstuk bij zorginstellingen en notitie over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, Kamerstukken II, 2004-2005, 27 659, nr. 52, maart 2005. Recentelijk heeft de RVZ op verzoek van VWS een rapport over deze problematiek uitgebracht. VWS zal dit rapport meenemen in de voortgangsrapportage over de genoemde kapitaallastenbrief die dit voorjaar aan de Tweede Kamer is toegezgd. RVZ, *Management van vastgoed in de zorgsector*, 2006.



## Geraadpleegde literatuur

- Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, S.A. Van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser, *Zorgvuldig dereguleren, een analysekader voor de curatieve zorg, OCFEB / iBMG*, Rotterdam, 2003.
- Andersson Elffers Felix BV, *Startnotitie participatiebudget*, in opdracht van Per Saldo, Utrecht, november 2005.
- Arcares, *Contourenvisie Toekomstbestendige Ouderenzorg*, Utrecht, juni 2004.
- Arcares, *Jaarverslag 2004*, Utrecht, augustus 2005.
- Australian Institute of Health and Welfare, *Disability and Ageing Australian Population Patterns and Implications*, Disability Series no.2, Canberra, december 2000.
- Bakker, P.F. en G. Vernhout, *Thuiszorgconsumptie vroeggehandicapten*, onderzoek in opdracht van de IBO-werkgroep organisatie romp AWBZ, Hoeksma, Homans & Menting (HHM), Enschede, december 2005.
- Barr, N., *The Economics of the Welfare State*, 4th edition, Oxford University Press and Stanford University Press, 2004.
- Becker, dr. H.M., *Levenskunst op leeftijd, gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld*, 2003.
- Berg, B. van den e.a., *Mantelzorg en persoonsgebonden budget*, RIVM / iMTA, Bilthoven, februari 2003.
- Blok, A.J., H.J. Messchendorp, *Werk in beeld brancherapport 2004, tweede meting medewerkersraadpleging verpleeg- en verzorgingshuizen*, Prismant/Atos, Utrecht, september 2004.
- Boekholdt, dr. M, e.a., *Ruimte om te kiezen*, Stichting Zorg voor Later, mei 2004.
- Boer&Croon, *Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen*, Amsterdam, augustus 2004.
- Brown, J.R., A. Finkelstein, *Supply or Demand: Why Is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?*, NBER Working Paper 10782, Cambridge, september 2004.
- Buchmueller, T., *Price and the health plan choices of retirees*, Journal of Health Economics 25, 2006.
- Centraal Planbureau (CPB), *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Den Haag, januari 2003.

Centraal Planbureau (CPB), *Momentopname van de AWBZ, een analyse van de sterke en zwakke punten*, Den Haag, maart 2004.

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), *Plan van aanpak mandatering*, juni 2005.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Functiegerichte aanspraken, een gids voor uitleg in de praktijk*, Diemen, november 2003.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ*, Diemen, november 2004.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Toekomst AWBZ*, Diemen, augustus 2004.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Personenalarmering*, Diemen, augustus 2004.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Signalement AWBZ: Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan*, Diemen, december 2004.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *CVZorgcijfers 1998-2003*, Diemen, 2004.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ*, Diemen, juli 2005.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl juli 2004-juli 2005*, Diemen, oktober 2005.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Zorg en participatie gegarandeerd, een uitwerking van het rapport toekomst AWBZ*, Diemen, november 2005.

College voor zorgverzekeringen (CVZ), *Voorliggende voorzieningen, afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen, december 2005.

College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2004*, Diemen, 2004.

College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), *Prestatiemeting AWBZ 2004*, Diemen, juli 2005.

Dragt, drs. W., mw. drs. S.J.M. Schutte en mw. drs. M. Kingma, Hoeksma, Homans & Menting (HHM), *Het PGB nieuwe stijl in beeld*, Enschede, oktober 2004.

Essen, G., E. Josten en H. Meihuizen, *Arbeid in zorg en welzijn, samenvatting, conclusies en aanbevelingen, integrerend OSA-rapport 2004*, Tilburg, oktober 2004.

Evenhuis, prof. dr. H.M., *Want ik wil nog lang leven, achtergrondstudie bij het RVZ-advies 'Samen leven in de samenleving'*, Zoetermeer, 2002.

Federatie van Ouderverenigingen en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, *Structuurvisie gehandicaptenzorg, brief aan de vaste kamercommissie van VWS*, Utrecht, januari 2006.

Finkenflügel, H., e.a., *Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang*, iBMG/ Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, onderzoek in opdracht van het Centraal Planbureau, Rotterdam, januari 2006.

Gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht en de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in deze steden, *Kwetsbaar in de grote stad, G4 Visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)*, juli 2005.

Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), *Kerncijfers uit de GGZ 2001 t/m 2003*, Amersfoort, 2005.

Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), *De krachten gebundeld, ambities van de GGZ*, Amersfoort, november 2004.

Gezondheidsraad, *Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*, Den Haag, mei 2004.

Gezondheidsraad, *Vergrijzen met ambitie*, Den Haag, februari 2005.

Goudriaan, R., H. Bartelings en V. Thio, *Risicoverevening in de romp AWBZ*, onderzoek in opdracht van de IBO-werkgroep organisatie romp AWBZ, Aarts, De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), Den Haag, november 2005.

Have, A., B. van Hulst en M. Visser, *Internationale vergelijking langdurige zorg*, Ecorys-NEI, Rotterdam, februari 2004.

Heijmans, M.J.W.M., P. Spreeuwenberg, P.M. Rijken, *Patiëntenpanel chronisch zieken, kerngegevens maatschappelijke situatie 2004*, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, april 2005.

Hilten, O. van, *Volumestijging in de zorg lastig in te schatten*, Economische Statistische Berichten, Den Haag, 6 augustus 2004.

Hoeksma, ir. B. H., ir. C.F. Homans, dr. P.G.M. Jansen, Hoeksma, Homans & Menting (HHM), *Verstandelijk gehandicapten: Financiële aspecten van community care in de zorg*, Enschede, 2002.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), *Manifest, twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, Rotterdam, 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*, Den Haag, september 2004.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt*, Den Haag, maart 2005.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*, Den Haag, maart 2005.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend*, Den Haag, oktober 2005.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Rapport naar aanleiding van het interventiebezoek aan Tepeklooster 12 en 18 januari 2006 te Driebergen*, Den Haag, maart 2006.

Kersten, M.C.O. e.a., *Kwaliteit in Perspectief. Resultaten van onderzoek naar de kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief*, Bisschop Bekkers Instituut (NIZW), Utrecht, april 2002.

Kok, L., e.a., *Kosten en baten van extramuralisering*, SEO in samenwerking met SCP, onderzoek in opdracht van het CVZ, Amsterdam, juli 2004.

Kommer, G.J. e.a., *Risicosolidariteit en zorgkosten*, achtergrondstudie bij RVZ-advies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, RIVM, Bilthoven, 2005.

Kommer, G.J., J.J. Polder, *Profielen in het zorggebruik van Nederlanders op macroniveau*, Projectvoorstel t.b.v. het Ministerie van VWS, Centrum VTV, RIVM, Bilthoven, oktober 2005.

Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), *Werkdocument gebruikelijke zorg*, Den Haag, oktober 2003.

Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT, thans Z-org), *Naar een toekomstbestendige thuiszorg*, Bunnik, juli 2004.

Loon, J. van, *Van zorg naar ondersteuning, kiezen voor kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking leidt tot ontmantelen van de instituutszorg*, Goes, februari 2006.

Lundsgaard, J, *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care*, OECD Health working papers no. 20, Paris, 2005.

Mentink, prof. dr. mr. D., *Omstreden gemeentelijk onderwijsbeleid*, Den Haag, 2004.

Ministerie van EZ, *De ontvoogding van de AWBZ*, rapport van de MDW-werkgroep AWBZ, Den Haag, mei 2000.

Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris met het Actieplan Zorg Verzekerd*, Kamerstukken II, 2000-2001, 27 488, nr. 1, 6 november 2000.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris bij het aanbieden van 'Zorg nabij: notitie over mantelzorgondersteuning'*, Kamerstukken II, 2000-2001, 27 401, nr. 65, 20 juni 2001.

Ministerie van VWS, *Geconcentreerd dereguleren*, Den Haag, 30 oktober 2002.

Ministerie van VWS, *Jaarbeeld Zorg 2003*, Den Haag, mei 2004.

Ministerie van VWS, *Rijksjaarverslag VWS 2004*, Den Haag, 2005.

Ministerie van VWS, *Zorgvuldige aanpak, gezonde markt, stappen naar eerlijke concurrentieverhoudingen in de AWBZ*, Eindrapport Werkgroep Gelijk Speelveld, Den Haag, september 2003.

Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris over begrip 'op genezing gerichte zorg'*, Kamerstukken II, 2003-2004, 23 619 en 26 631, nr. 19, 21 november 2003.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over verhoging eigen bijdrage thuiszorg*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 60, 7 november 2003 en Kamerstukken II, 2003-2004, 29 200 XVI, nr. 168, 26 januari 2004.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met plan van aanpak indicatiestelling*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 72, 13 februari 2004.

Ministerie van VWS, *Nota 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing'*, Kamerstukken II, 2003-2004, 29 389, nr. 5, 19 april 2004.

Ministerie van VWS, *Brief minister en staatssecretaris over o.a. de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Op weg naar een stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, Kamerstukken II, 2003-2004, 29 538, nr. 1, 23 april 2004.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met antwoord op vragen over brief 'afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs', en werkinstructie voor indicatiestellers AWBZ*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 94, 27 mei 2004.

Ministerie van VWS, *Evaluatie Wet Bopz; Kabinetsstandpunt over de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)*, Kamerstukken II, 2003-2004, 25 763 en 28 950, nr. 4, 20 augustus 2004.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over het gebruik van de AWBZ-middelen*, Kamerstukken II, 2003-2004, 26 631, nr. 106, 17 september 2004.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over invoering Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en eigenbijdragesystematiek*, Kamerstukken II, 2004-2005, 29 538, nr. 7, 26 november 2004.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met de voortgangsrapportage AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) over de periode juli t/m oktober 2004*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631, nr. 118, 29 november 2004.

Ministerie van VWS, *Brief Staatssecretaris over het landelijk dementie programma (LDP)*, Kamerstukken II, 2004-2005, 25 424, nr. 59, 22 december 2004.

Ministerie van VWS, *Zorg voor beter*, Den Haag, januari 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over verpleeghuizen, Betere verpleeghuiszorg*, Kamerstukken II, 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 120, 10 februari 2005.

Ministerie van VWS, *Brief minister over de aanpak van het kapitaallastenvraagstuk bij zorginstellingen, en notitie transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, Kamerstukken II, 2004-2005, 27 659, nr. 52, 14 maart 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met uiteenzetting van het beleid inzake de omslagpunten in de AWBZ*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631, nr. 134, 13 april 2005.

Ministerie van VWS, *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2004*, Den Haag, mei 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over de positionering van de zorg aan licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen*, Kamerstukken II, 2004-2005, 26 631 en 29 185, nr. 142, 29 juni 2005.

Ministerie van VWS, *Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg); Voorstel van wet*, Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr. 2, 6 juli 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met haar visie op fusievorming in de AWBZ-zorg*, Kamerstukken II, 2005-2006, 30 186, nr. 6, 24 oktober 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over functiegerichte bekostiging*, Kamerstukken II, 2005-2006, 26 631, nr. 152, 2 november 2005.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris met het plan van aanpak zorgzwaartebekostiging*, Kamerstukken II, 26 631, nr. 162, 30 januari 2006.

Ministerie van VWS, *Brief over plan van aanpak maatschappelijke opvang van de G4*, Kamerstukken II, 2005-2006, 29 325, nr. 8, 7 februari 2006.

Ministerie van VWS, *Brief staatssecretaris over dementie*, Kamerstukken II, 2005-2006, 25 424, nr. 65, 7 februari 2006.

Ministerie van VWS, *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, brief minister en staatssecretaris over kwaliteit in de zorg*, Kamerstukken II, 2005-2006, 28 439, nr. 12, 21 februari 2006.

Ministerie van VWS, *Kabinetsplan aanpak administratieve lasten, Brief staatssecretaris over maatregelen m.b.t. administratieve lasten op gebied van indicatiestellingen*, Kamerstukken II, 2005-2006, 29 515, nr. 134, 24 maart 2006.

Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud), *Inkomsten en uitgaven van zorgbehoevende ouderen*, onderzoek in opdracht van de Unie KBO, Utrecht, juli 2003.

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), *Visiedocument AWBZ-zorgmarkten*, Den Haag, januari 2004.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Long term care for older people*, Paris, 2005.

Partij van de Arbeid - projectgroep Zorg, *Zorg voor een gezond leven, een sociaal-democratische visie op de gezondheid, zorg en ziektekosten van burgers in de samenleving*, Amsterdam, april 2005.

Prinsze, F.J., W.P.M.M. Van de Ven, D. de Bruijn en F.T. Schut, *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering; van groot belang voor chronisch zieken*, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), iBMG / Erasmus Universiteit, Rotterdam, maart 2005.

Prismant, *Brancherapport care 2000-2003*, onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS, Utrecht, 2003.

Prismant, *Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*, onderzoek in opdracht van het CVZ, Utrecht, februari 2005.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), *Advies Beperkingen en Mogelijkheden, onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking*, Den Haag, maart 2005.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *De rollen verdeeld*, Zoetermeer, 2000.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Care en Cure*, Zoetermeer, 2001.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Gemeente en zorg*, Zoetermeer, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ), *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2005.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Mensen met een beperking in Nederland*, Zoetermeer, 2006.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Management van vastgoed in de zorgsector*, Zoetermeer, 2006.

Ramakers, C., M. van den Wijngaart, *Persoonsgebonden budget en mantelzorg, Onderzoek naar de aard en omvang van betaald en onbetaalde mantelzorg*, ITS, Nijmegen, oktober 2005.

Revalidatiecentrum Breda, Stichting, *Zichtbaar betere resultaten, beleidsplan medische staf 2005-2009*, Breda, 2005.

Royers, T., *Het is nu alsof het mijn thuis is, een onderzoek naar de omslag van traditionele verpleeghuiszorg naar intramuraal kleinschalig wonen*, NIZW-Zorg / De Stromen, Utrecht, augustus 2005.

Schut, F.T., S.A. van der Geest en M. Varkevisser, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*, rapport in opdracht van GGZ-Nederland, iBMG / Erasmus Universiteit, Rotterdam, april 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Mantelzorg, over de hulp van en aan mantelzorgers*, Den Haag, maart 2003.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Mantelzorg in getallen*, Den Haag, oktober 2003.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Advies ramingen verpleging en verzorging*, Den Haag, februari 2004.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Verpleging en verzorging verklaard*, Den Haag, oktober 2004.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg, een vraagmodel*, Den Haag, augustus 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Vermaatschappelijking in de zorg, ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*, Den Haag, augustus 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Kijk op informele zorg*, Den Haag, september 2005.

Speet, M., A.L. Francke, A. Courtens, L.M.G. Curfs, *Zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking, een inventariserend onderzoek*, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), maart 2006.

Staten Generaal, Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ), *Miljardenzorg*, Kamerstukken II, 2003-2004, 28 852, nr. 2 en 3, maart 2004.

Staten Generaal, *Motie Van Miltenburg en Smits om alleen bouwplannen te honoreren die gebaseerd zijn op het beleid van scheiden van wonen en zorg*, Kamerstukken II, 2005-2006, 27659, nr. 59, 13 oktober 2005.

Staten Generaal, *Motie Mosterd en Bakker met verzoek de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg op termijn op nul te stellen*, Kamerstukken II, 2005-2006, 30 131, nr. 76, 26 januari 2006.

Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H.P. van Dalen, *De calculus van het publieke belang*, Den Haag, 2003.

Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen, de deelmarkt voor reguliere klinische zorg*, OCFEB/iBMG, Rotterdam, 2004.

Ven, prof. dr. W. van de, *Second opinion risicoverevening AWBZ*, onderzoek in opdracht van de IBO-werkgroep organisatie romp AWBZ, iBMG / Erasmus Universiteit, Rotterdam, december 2005.

Vollaard, B. *Doelmatigheidswinsten in de AWBZ*, CPB-memorandum 121, Den Haag, mei 2005.

Welschen, R.W., *Ouderenzorg met toekomst*, advies van de commissie Modernisering Ouderenzorg, Den Haag, mei 1994.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *De Gordiaanse jeugdknop, jeugdbeleid met meer gezin en meer gezag*, Den Haag, augustus 2005.

Wielink, R., *Zorgverlening aan mensen met een ernstige verstandelijke handicap en (zeer) ernstig probleemgedrag*, Groningen, 1998.

Ypsilon, *Visiesheet wonen en zorg*, Voorburg, november 2005.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), *Chronische zorg verzekerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging*, Zeist, juni 2005.



# Bijlage 1 Samenstelling van de werkgroep

## Voorzitter

Drs. G. de Jong

## Leden

Mw. drs. M.R. Leijten	Ministerie van Algemene Zaken
Drs. M.A.H.M. Hamelers	Ministerie van Economische Zaken
Drs. W.A.J.J. Houtman	Ministerie van Financiën
Mw. drs. A. Sipkes	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Drs. ing. A.H.J. Moerkamp	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Adviserend Leden

Drs. C. van Gent (tot 1-9-2005)	CTG-Zaio (zorgautoriteit in oprichting)
Drs. M. Mikkers (vanaf 1-9-2005)	CTG-Zaio (zorgautoriteit in oprichting)
Mw. dr. E.S. Mot	Centraal Planbureau

## Externe deskundigen

Prof. dr. F.T. Schut	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Prof. mr. dr. E.M. Kneppers-Heijnert	Rijksuniversiteit Groningen

## Plaatsvervangend leden

Drs. R.J. van den Brink	Ministerie van Algemene Zaken
Mw. drs. M.M. Cluitmans (tot 1-9-2005)	Ministerie van Economische Zaken
Drs. F. A. Hoogendijk (vanaf 1-9-2005)	Ministerie van Economische Zaken
Drs. E. J. van Kempen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. M. Mikkers (vanaf 1-9-2005)	CTG-Zaio (zorgautoriteit in oprichting)
Dr. M. Pomp	Centraal Planbureau

## Secretariaat

Drs. C.G.A. Wijnker (tot 15-10-2005)	Ministerie van Financiën
Mw. drs. M.M. Cluitmans (vanaf 15-10-2005)	Ministerie van Financiën
Drs. A. Noordermeer	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



## Bijlage 2 Taakopdracht van de werkgroep

### 1. Aanleiding

Bij de AWBZ wordt met de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) zorg zoals huishoudelijke verzorging en delen van ondersteuning en activering per 2006 naar gemeenten overgeheveld (€ 1,6 mld.). Ook wordt de curatieve GGZ in 2006 overgeheveld naar de standaardverzekering (€ 2,2 mld.). Verder worden ook beperkte delen van de functies begeleiding overgeheveld naar de domeinen arbeid en onderwijs. Het kabinet wil bezien of verdere overheveling van kortdurende AWBZ-aanspraken naar de standaardverzekering mogelijk is. Om de zorgverzekeringswet op korte termijn niet te belasten wordt deze overheveling per 2006 niet nagestreefd. Het voorgaande is de huidige stand van de beleidsvoornemens voor 1 januari 2006. Er blijft een "romp" AWBZ over met een geschatte omvang van € 20 mld.

Voor het deel dat overblijft in de AWBZ staat de vormgeving van de uitvoering ter discussie. In de huidige organisatie spelen zorgkantoren een belangrijke rol. Ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en organen van publiekrechtelijke regelingen zijn formeel de uitvoerders van de AWBZ. Materieel zijn deze taken via een mandaatconstructie overgedragen aan de zorgkantoren, die in de regel worden beheerd door het grootste ziekenfonds in de regio. Met de modernisering van de AWBZ worden zorgkantoren geacht te onderhandelen over prijs en kwaliteit van zorg en ervoor te zorgen dat zorg in voldoende omvang aanwezig is en aansluit bij de behoefte en wensen van verzekerden. In december 2003 nam de Tweede Kamer de motie Vietsch aan. Deze motie vroeg om opheffing van de zorgkantoren per 1 januari 2006. Het kabinet heeft in een brief aan de Tweede Kamer d.d. 29 april 2004 aangegeven dat de zorgkantoren op termijn geen logische constructie zijn, maar dat opheffing per 1 januari 2006 nog niet mogelijk is.

Dit IBO zal een bijdrage leveren aan de te zijner tijd te nemen beslissing over de positie van de zorgkantoren. Bij de bepaling van de positie van de zorgkantoren zal ook worden gekeken naar de regionale taken, die de zorgkantoren los van de directe uitvoering van de AWBZ vervullen.

Hoewel het kabinet de sturing van de ABWZ voor 2006 niet ingrijpend kan veranderen met het oog op de stelselherziening en invoering van de Wmo per 2006, start het kabinet wel een onderzoek naar de mogelijkheden voor vormgeving van de uitvoering van de AWBZ, die overblijft na de overheveling naar gemeenten en de standaardverzekering.

De kernvraag in dit onderzoek is hoe het sturingssysteem van deze "romp" AWBZ zo doelmatig mogelijk kan worden vormgegeven. Een nieuw kabinet kan dan, wanneer de Wmo en de nieuwe zorgverzekeringswet in werking zijn getreden, van deze bouwstenen gebruik maken voor de inrichting van de uitvoering van de AWBZ. Ook kan het kabinet op basis van dit onderzoek een beslissing nemen over verdere overheveling van de "romp" AWBZ naar de standaardverzekering.

## 2. Probleemstelling

Hoe kan de AWBZ, die overblijft nadat de Wmo en de stelselherziening in de cure zijn doorgevoerd, zo doelmatig mogelijk worden uitgevoerd?

## 3. Onderzoeksaanpak

Het onderzoek richt zich op de vraag hoe de uitvoering van de “overblijfselen” van de AWBZ, de zgn. “romp” AWBZ, het beste kan worden vormgegeven. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Hoe ziet de AWBZ markt er uit en zijn er verschillende marktsegmenten te onderscheiden?
- 2) Welk analysekader kan ontworpen worden om te bepalen welk sturingsmechanisme voor de AWBZ het meest geschikt is? Is het hierbij zinvol onderscheid te maken naar marktsegmenten?

*Aansluitend bij de uitgangspunten voor het zorgstelsel zullen toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid op zowel macro- als microniveau, efficiëntie (technisch, allocatief en dynamisch) en transparantie als criteria worden opgenomen in het analysekader. Verder is het voor de analyse relevant of marktwerking bij de zorgverleners wel of niet mogelijk is, of het risico wel of niet te verzekeren is via de markt, en of en in hoeverre er afwentelingsmogelijkheden zijn naar andere zorgvoorzieningen. Op basis hiervan kan besloten worden welk sturingsmechanisme het meest geschikt is.*

- 3) Welke sturingsmechanismen/organisatievormen (o.a. verzekeraarssturing, zelfstandige uitvoering door de overheid of een zelfstandige organisatie, periodieke aanbesteding, volledig vormgeven als individuele inkomenssteun) zijn er te onderscheiden? Hierbij zijn de volgende vragen te onderscheiden:
  - Welk sturings- en beheersingsmechanisme wordt gebruikt?
  - Wie doet de indicatiestelling?
  - Wie koopt de zorg in?
  - Wie draagt het risico?
  - Hoe wordt adequaat toezicht op rechtmatigheid en doelmatigheid vormgegeven?
- 4) Toepassing van dat analysekader op de AWBZ: hoe kan de “romp” AWBZ optimaal worden uitgevoerd?
- 5) Implementatie: Op welke termijn moet de nieuwe uitvoering een feit zijn en hoe loopt het invoeringspad daarna toe?
- 6) Het onderzoek zal plaatsvinden op basis van:
  - Literatuurstudie, analyse van buitenlandse organisatievormen voor vergelijkbare markten, wetenschappelijke publicaties, evaluatiestudies, beleidsnota's en overige publicaties;
  - Expertmeetings (o.a. zorgverzekeraars, gemeenten en wetenschappelijk deskundigen).

#### **4. Samenstelling werkgroep**

De ministeries van VWS, AZ, EZ, SZW, BZK en FIN. Daarnaast zullen het CPB, de zorgautoriteit en twee externe deskundigen worden uitgenodigd deel te nemen aan de werkgroep.



## **Bijlage 3 De AWBZ-functies nader toegelicht**

### **Behandeling**

Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts (BZA, artikel 8, 1<sup>e</sup> lid).

### **Activerende begeleiding**

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (BZA, artikel 7).

### **Ondersteunende begeleiding**

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling (BZA, artikel 6).

### **Verpleging**

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling (BZA, artikel 5).

### **Persoonlijke verzorging**

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling (BZA, artikel 4).

### **Huishoudelijke verzorging**

Huishoudelijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, te verlenen door een instelling (BZA, artikel 3).

**Verblijf**

Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht (BZA, artikel 9).



## **Bijlage 4 Financiële gevolgen overheveling AWBZ naar Zvw**

Overheveling van een substantieel gedeelte van de AWBZ naar het tweede compartiment zorg leidt tot een forse stijging van de financiële omvang van de Zvw. Dat levert een aantal aandachtspunten op. Deze bevinden zich op het terrein van lasten voor bedrijven en burgers, de omvang van de zorgtoeslag en de rol van de eigen bijdragen. Oplossingen hiervoor zullen veel denkwerk vergen en verdienen daarom vroegtijdige aandacht bij keuzes rond (fasering van) overhevelingen. Hieronder volgt een eerste schets van de genoemde aandachtspunten.

### **Lasten bedrijven en burgers**

De Zorgverzekeringswet kent een fifty/fifty verdeling tussen de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Deze ligt vast in de wet. Hiermee wordt voorkomen dat op termijn de hogere zorgkosten eenzijdig worden gelegd bij of burgers of bedrijven. Een overheveling vanuit de AWBZ met bijvoorbeeld 5 miljard euro leidt via de fifty/fifty-verdeling tot een toename van de nominale premie met circa 2,5 miljard euro<sup>184</sup> en tot een toename van de inkomensafhankelijke bijdrage met 2,5 miljard euro. Deze laatste wordt in belangrijke mate gefinancierd door bedrijven.<sup>185</sup> Voor werknemers staat tegenover een hogere nominale premie een verlaging van de AWBZ-premie. Werkgevers hebben echter geen voordeel van de verlaging van de AWBZ-premie, want die komt geheel ten gunste van burgers. Er dreigt dus een lastenverzwaring voor bedrijven die niet gemakkelijk te compenseren is.

Het loslaten van de fifty/fifty-verdeling in de Zvw vergt wetswijziging en zal politiek gevoelig liggen. De fifty/fifty-verdeling is één van de kernpunten van de Zvw waarmee richting werkgevers en werknemers zekere garanties worden gegeven. Loslaten schept een precedent dat in de toekomst de verdeling ook kan worden aangepast voor minder zwaarwegende redenen.

### **Toename zorgtoeslag**

De hogere lasten van de Zvw zullen leiden tot hogere nominale premies. Bij een overheveling van 5 miljard euro zal de nominale premie met ruim 200 euro per volwassene stijgen. Deze hogere nominale ziektekostenpremie gaat gepaard met een forse toename van de zorgtoeslag. Bij het overhevelen van 5 miljard euro gaat het hier minstens om 2 miljard euro extra budgettaire beslag en stijgt het aantal rechthebbende huishoudens met 1 miljoen (waardoor 7 miljoen van de 8 miljoen huishoudens zorgtoeslag gaan ontvangen). Zowel uitvoeringstechnisch als politiek vormt dit een probleem.

---

<sup>184</sup> De echte door burgers op te brengen nominale premie stijgt met circa 2,25 miljard euro en de rijksbijdrage voor kinderen stijgt met 0,25 miljard euro.

<sup>185</sup> Bedrijven betalen niet de gehele inkomensafhankelijke bijdrage omdat personen zonder werkgever hem zelf betalen (zelfstandigen, 65-plussers). Daarnaast betalen werknemers over de vergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage inkomstenbelasting.

Toename van de zorgtoeslag kan worden vermeden door de percentages van de zorgtoeslag aan te passen. Dit betekent dat burgers een groter deel van hun inkomen aan zorg moeten betalen. Ook dit zal politiek zeer gevoelig liggen: de vastgestelde percentages waren een zeer broos politiek compromis. Daar staat tegenover dat door de overheveling van AWBZ naar Zvw de AWBZ-premies dalen. Een alternatief zou kunnen zijn dat tegenover de lagere AWBZ premie een hoger belastingtarief wordt vastgesteld. Dan valt het voordeel van een lagere AWBZ-premie voor lagere en middeninkomens weg en daarmee houdt de overheid ook geld over om bedrijven te compenseren.

### **Eigen bijdragen**

Als een fors deel van de AWBZ wordt overgeheveld ontstaat de vraag wat er met de eigen bijdragen gebeurt. Het laten voortbestaan van de huidige eigen bijdragen regelingen in de Zvw zal leiden tot zeer moeilijk uitvoerbare regelgeving. In de Zvw bestaan er dan immers drie soorten eigen betalingen (no-claim, vrijwillig eigen risico en eigen bijdragen ex-AWBZ), terwijl ook de anticumulatie tussen de eigen bijdragen AWBZ, Wmo en Zvw er niet gemakkelijker op wordt. Als zou worden besloten om de huidige eigen bijdragen te schrappen en deze zorg te laten vallen onder de no-claimteruggaveregeling die in de Zvw bestaat, dat treedt er een forse tegenvaller op als niet gelijktijdig de no-claimteruggave wordt verhoogd. Dat laatste zal wederom politiek gevoelig liggen. Een andere optie is het laten vervallen van de eigen bijdragen, onder het gelijktijdig verhogen van de premie. Hiermee vervalt echter het reminstrument.

## Bijlage 5 AWBZ in internationaal perspectief

De OESO heeft onlangs een rapport geproduceerd over langdurige zorg. Deze bijlage bevat de belangrijkste conclusies en leerpunten voor Nederland.

### **Korte inhoud van het OESO-rapport**

Langdurige zorg is een verzamelterm voor een veelheid aan diensten voor mensen die hulp en ondersteuning nodig hebben bij de dagelijkse activiteiten (ADL) gedurende langere tijd. De OESO geeft geen éénduidige definitie voor langdurige zorg, maar stelt vast dat tussen de betrokken landen qua beleid alsook statistiek sprake is van een grote variatie. Vast staat dat de vraag naar langdurige zorg de komende decennia sterk zal stijgen.

De OESO-studie naar Long Term Care geeft een overzicht van bevindingen uit 19 landen. Op sommige onderdelen hebben niet alle landen informatie aangeleverd. In het rapport zijn lessen gepresenteerd uit hervormingen die de laatste jaren in diverse landen zijn doorgevoerd. De ontwikkelingen gaan snel en veel landen zijn bezig met beleidsmaatregelen.

Het rapport gaat in op realisaties en verwachte ontwikkelingen in vraag, aanbod en uitgaven. Er is aandacht voor programma's om meer vraaggerichtheid en keuzevrijheid te realiseren, mantelzorg (fiscaal) te stimuleren en beleidsmaatregelen om een integrale zorgketen te bereiken (*social and health care*). Tot slot wordt de kwaliteit van zorg bestudeerd.

### **De belangrijkste algemene conclusies laten zich als volgt samenvatten:**

- In steeds meer landen komen universele publieke voorzieningen voor langdurige zorg. Sommige kiezen voor algemene belastingmiddelen, anderen voor sociaal verzekeringsmodel.
- Hoge eigen betalingen en inzet van informele zorg houden de collectieve uitgaven laag.
- Uitgavenverschillen komen voornamelijk door ruimhartigheid van voorzieningen, bijvoorbeeld op terrein van privacy en gemaksdiensten.
- De uitgaven voor langdurige zorg groeien niet sneller dan de kosten voor acute gezondheidszorg.
- Op het grensvlak van gezondheidszorg, welzijnsdiensten en informele zorg liggen veel uitdagingen. Een goede afstemming (ketenzorg) is nodig om tevreden personen en een efficiënte uitkomst te krijgen; mensen kunnen dan immers zo lang mogelijk in huis blijven.
- Bij zorg in de thuissituatie zorgen diverse soorten uitkeringen voor meer onafhankelijkheid en keuze. Soms zijn dit vouchers of persoonsgebonden budgetten, soms is er inkomenssteun voor mantelzorgers.
- Verdere kwaliteitsverbeteringen zijn noodzakelijk.
- Er zijn problemen op het terrein van huisvesting, eenzaamheid, privacy en behandeling van chronische pijn, depressie en doorliggen.

- Meer (publieke) uitgaven en meting van kwaliteit en uitkomsten kunnen hierbij helpen. De langdurige zorg loopt, vergeleken met de curatieve zorg, nog ver achter met kwaliteitsbeleid.
- Veel landen maken zich grote zorgen over toekomstige personeelstekorten, zowel in aantal als in kwaliteit van personeel. Hogere beloningen en betere werkomstandigheden zijn nodig.
- Oostenrijk, Duitsland, Japan en Luxemburg hebben de laatste jaren nieuwe publieke systemen geïntroduceerd, voornamelijk volgens het sociale verzekeringsmodel.
- De universele systemen – zoals ook onze AWBZ – voorkomen dat mensen snel in de bijstand vervallen of dat mensen onredelijk hoge kosten moeten dragen.
- Vanwege financiële houdbaarheid is het wél van belang om stevige eigen betalingen te hanteren, de beschikbare steun te richten op hen die het nodig hebben en ouderdomskwalen (functionele beperkingen) zo veel mogelijk te voorkomen.

### **Naar een goede definitie van langdurige zorg**

De gegevensverzameling is nog niet optimaal, er zijn grote problemen met de vergelijkbaarheid. Extra inzet om te komen tot goede definities is daarom noodzakelijk. Het OESO-rapport bevat, als tussenstap, wel een voorlopige uitwerking van het concept langdurige zorg. Verder werk, bijvoorbeeld in EU-verband, is echter noodzakelijk.

*“Individuals need long-term care when dependent due to a disability, chronic condition, trauma, or illness which limits their ability to carry out basic self-care or personal tasks that must be performed every day, defined as activities of daily living, ADLs (eating, dressing, bathing, getting in and out of bed, toileting and continence), or practical tasks that enable a person to live independently in a house or apartment, defined as instrumental activities of daily living, IADLs (preparing own meals, cleaning, laundry, taking medication, getting to places beyond walking distance, shopping, managing money affairs and using the telephone).”*

*Persons of all ages can need long-term care, but this paper focuses on older persons. To facilitate international comparisons an age limit of 65 years has been chosen to distinguish care for older persons from care for younger adults. Long-term care needs start to increase exponentially from around 75 or 85 years and this could be an argument for using an age limit higher than 65 years. Any age limit will, however, be somewhat arbitrary, and the 65 years often used in national statistics has therefore been chosen.*

*Long-term care should be distinguished from curative and rehabilitative health care on the one side and from other services provided to older persons on the other.”*

Kortom: veel landen hebben een of ander systeem voor langdurige zorg. Dit is iets anders (namelijk beperkter) dan de Nederlandse AWBZ. Het gaat in dit rapport alleen om diensten ter ondersteuning bij activiteiten van dagelijks leven. Tijdelijke opnames, stellen van een diagnose, gebruik van medicijnen, woonlasten en ook hulp bij eenvoudige beperkingen (schoonmaken, voeding, transport) zitten hier niet in.

## De cijfers

Nederland geeft relatief veel uit (figuur 1.1), zeker gezien de nog achterblijvende vergrijzing (figuur 1.2). Bovendien zijn de cijfers een onderschatting.<sup>186</sup>

Figure 1.1. Public and private expenditure on long-term care as a percentage of GDP, 2000

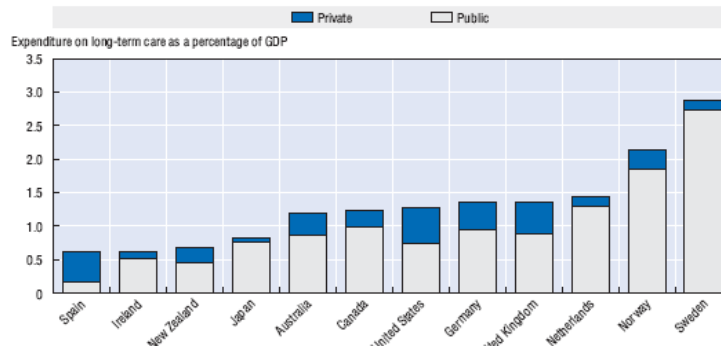
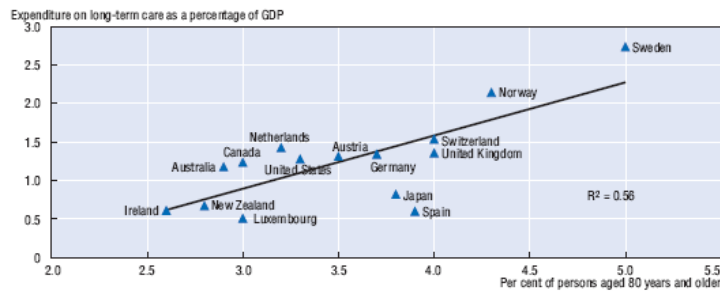
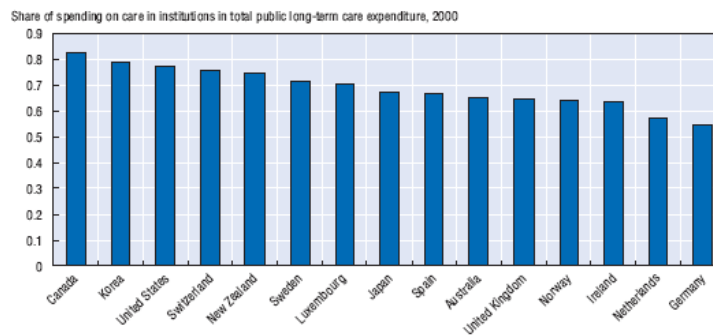


Figure 1.2. The correlation between total long-term care spending and the population share of the very elderly, 2000



Nederland loopt voorop in de extramuralisering van langdurige zorg (figuur 1.4).

Figure 1.4. Share of spending on institutional care in total public long-term care expenditure, 2000



<sup>186</sup> In een noot geeft de OESO zelf aan dat de term langdurige zorg in een nationale context soms veel breder wordt geïnterpreteerd. Nederland wordt aangehaald met als voorbeeld verzorgingshuizen voor ouderen. Ook bevat onze AWBZ relatief veel "medische" zorgdiensten.

### **Aandachtspunten voor Nederland**

Het datamateriaal is (helaas) nog onvoldoende vergelijkbaar, de grenzen zijn niet scherp getrokken. Dit is jammer maar tegelijkertijd onvermijdelijk: ieder land heeft zijn eigen instrumenten en instituties, en werkt op zijn eigen manier het concept zorgcontinuüm uit.

Er komt inmiddels internationaal steeds meer eenduidigheid in de te hanteren definities. Toch is er nog wel verdere afstemming nodig tussen EU en OESO. Eén spoor hiervoor is het traject binnen de EU om via de Open Methode van Coördinatie (OMC) beleidsinformatie uit te wisselen. De komende jaren vindt besluitvorming plaats over de definities en kunnen de statistische bureaus starten met het verzamelen van eenduidige informatie. Het duurt dus nog enkele jaren voordat goede landenvergelijkingen mogelijk zijn.

Dit ontslaat Nederland niet van de gelegenheid om nu al te komen tot een betere en meer gestroomlijnde dataverzameling en informatievoorziening. Bijvoorbeeld om te komen tot beter en bruikbaar materiaal bij de invulling van de Zorgbalans en deze optimaal af te stemmen op overige verantwoordingstrajecten. Het ontwikkelen van gedegen prestatie-indicatoren verdient in het bijzonder aandacht. Tot op heden zijn deze voor de langdurige zorg nog zeer ondermaats ontwikkeld. Extra inzet daarop is nodig.

Kwaliteitsaspecten van langdurige zorg, incl. meting ervan, verdienen daarnaast bijzondere aandacht. Dit spoort met het kabinetsbeleid en kan ook van nut zijn voor toekomstige internationale vergelijkingen.

De Nederlandse discussies hebben in ieder geval pendanten in andere landen. Of het nu gaat over de modernisering van de AWBZ, het overhevelen van onderdelen naar de Zorgverzekering en naar de Wmo, het uitbreiden van mogelijkheden om met een PGB zelf keuzes te maken of maatregelen om de kwaliteit te verhogen.