

Mensen met een beperking in Nederland

De AWBZ in perspectief

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan
de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2005

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2005
ISBN-10 90-5732-164-5
ISBN-13 978-90-5732-164-1

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van
publicatienummer 05/15. De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mensen met een beperking moeten in de samenleving kunnen meedoen, niet met behulp van de AWBZ, maar op eigen kracht of door de WMO.

Welk probleem lost dit advies op?

Vermindering aantal knippen. Opheffen onderscheid care-cure. Achterblijvende participatie mensen met een beperking nieuw elan geven. Stagnering scheiden wonen-zorg opheffen. Zwakke positie gemeenten versterken. Ongunstige kostenontwikkeling beheersbaar maken.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Minder knippen. Meer verbindingen tussen 'zorg' en 'ondersteuning'. Eén loket integratie care en cure. Verruiming PGB. Laagdrempelige community based eerstelijnscentra om de hoek.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Blijft aanbieder van zorg- én ondersteuningsdiensten. Twee in plaats van drie bekostigingsbronnen. Naar een nieuwe eerstelijns. Scheiden wonen-zorg. Andere beroepen en opleidingen. Directere ruilrelatie met consument.

Wat kost het?

Herverkaveling AWBZ-zorg over WMO en ZVW in principe kosten-neutraal. Wel vermindering bureaucratie door afschaffing AWBZ. Door private financiering wonen en welzijn vermindering collectieve lastendruk.

Wat is nieuw?

- Strikte scheiding "medisch" en "maatschappelijk".
- WMO: onder meer eigen belastinggebied gemeente.
- Care en cure integreren in ZVW en ziekenhuizen.
- AWBZ-zorg deels voor eigen rekening (wonen etc.).
- Een nieuwe eerstelijnszorg, inclusief medische AWBZ-zorg en nieuwe beroepen.
- Niet alles voor iedereen, maar inkomenafhankelijkheid.
- Doelgroepenbenadering.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Vraag, probleem en aanpak	15
1.1	Vraag- en probleemstelling	15
1.2	Hoe beantwoordt de RVZ de vragen van VWS?	16
1.3	Leeswijzer	17
2	Langdurige zorg en ondersteuning in Nederland: een visie	19
2.1	Begin bij het begin: autonomie en regie over het eigen leven	19
2.2	Soms is er meer nodig: ondersteuning van maatschappelijke participatie	20
2.3	Tenslotte is er een verplichte zorgverzekering	20
2.4	Deze visie levert de uitgangspunten voor dit advies	21
3	Voldoet de huidige langdurige zorg en ondersteuning aan de uitgangspunten?	23
4	Conclusies en uitdagingen	26
5	Naar een andere financiering en organisatie van AWBZ-zorg	29
5.1	Financiering	29
5.2	Organisatie	32
6	AWBZ-zorg in internationaal perspectief	38
6.1	De eerste vraag van VWS	38
6.2	De tweede vraag van VWS	41
7	De realisatie van dit advies	44
7.1	Lost dit advies de problemen in de AWBZ op?	44
7.2	Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan?	45
7.3	Implementatie	45
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	51
2	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	53
3	Verslagen regiodebatten	55

4	De betekenis van de visie van de RVZ voor de keten van langdurige zorg en ondersteuning: een programma van eisen	63
5	Analyse van de uitgavenstijging in de AWBZ	67
6	NIZW IC: Langdurige zorg in het buitenland, lessen voor Nederland?	87
7	Lijst van afkortingen	99
8	Literatuur	101
	Overzicht publicaties RVZ	103

Bij dit advies zijn de volgende achtergrondstudies uitgebracht:

- Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (05/11)
- Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (05/12)
- Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (05/13)
- De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (deze achtergrondstudie bevat: Langdurige zorg in het buitenland, lessen voor Nederland? en Langdurige zorg: Nederland vergeleken met andere EU-landen) (05/14)

Mensen met een beperking in Nederland

Samenvatting

1. Adviesopdracht en analyse

Drie vragen beantwoordt de RVZ

- 1.1 Minister en staatssecretaris van VWS legden de RVZ drie vragen voor:
1. *Hoe is 'AWBZ-zorg' in andere landen georganiseerd?*
 2. *Hoe presteert Nederland op dit terrein in vergelijking met andere landen?*
 3. *Hoe kunnen organisatie en financiering van de AWBZ-zorg worden verbeterd?*

Definitie van AWBZ-zorg

- 1.2 'AWBZ'-zorg is op dit moment vanuit de AWBZ gefinancierde zorg- en dienstverlening. In dit advies ziet de RVZ 'AWBZ-zorg' als alle vormen van langdurige zorg en ondersteuning (long term care in brede zin). Dit brengt met zich mee dat dit advies ook betrekking moet hebben op eerstelijnszorg, op informele zorg en op chronisch ziekenzorg. En het doet dan ook niet alleen uitspraken over de AWBZ, maar ook over de ZVW en de WMO.

De internationale vergelijking

- 1.3 De RVZ heeft een intensieve internationale studie laten uitvoeren, waarin Nederland is vergeleken met vijf andere EU-landen. Bijlage 6 bevat een samenvatting. Deze vergelijking leert dat de beschikbare informatie het niet toelaat de eerste twee vragen zó te beantwoorden dat het antwoord op de derde vraag daaruit rechtstreeks voortvloeit. Dit advies bestaat om die reden uit het antwoord op vraag drie. De antwoorden op de eerste twee vragen gebruikt de Raad als adstructie en illustratie van het advies. De kern van dit advies vindt overigens steun in de internationale vergelijking.

De AWBZ heeft drie tekortkomingen

- 1.4 Basis voor dit advies is een oordeel over de AWBZ. Deze heeft drie tekortkomingen:
1. *Na de realisatie van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) zal de plaats van de AWBZ onduidelijk zijn. Dit leidt tot een versnipperd aanbod van langdurige zorg en ondersteuning.*
 2. *Zij kan niet de kwaliteit van leven en wonen én de maatschappelijke participatie bieden die mensen met een beperking wensen.*

3. *Aan de voorkant is het AWBZ-systeem niet goed af te grenzen en dus niet goed beheersbaar: zorg en dagelijks leven zijn vervlochten, de eigen en de collectieve verantwoordelijkheid zijn niet goed uit elkaar te houden. Bovendien voelt niemand buiten de rijksoverheid zich verantwoordelijk voor de kostenbeheersing.*

Tel bij dit alles op dat de echte vergrijzing in Nederland nog moet komen én dat de vraag naar het bestaande aanbod binnen tien jaar niet meer beantwoord zal kunnen worden met de beschikbare zorgverleners.

2. Visie en oplossingsrichtingen

Drie principes voor AWBZ-zorg; die voldoet daaraan niet

2.1 Dit advies leunt op een paar principes:

1. *Mensen met een beperking behoren te kunnen meedoen aan het normale maatschappelijke verkeer.*
2. *Dit meedoen moet men wettelijk kunnen afdwingen over een breed terrein (wonen, werken, communiceren, bewegen) met de Wet gelijke behandeling.*
3. *Naar hun oorzaak, kan men drie soorten beperkingen onderscheiden: de aangeboren of erfelijke, de door een ziekte ontstane en de gevolgen van normale veroudering. In financiering en organisatie van zorg moet men dit onderscheid aanleggen.*

De AWBZ-zorg voldoet niet aan deze principes.

Een visie op AWBZ-zorg

2.2 Begin, ook voor mensen met een beperking, bij het begin, zegt de Raad, en dat is: regie over het eigen leven, individuele verantwoordelijkheid en autonomie in een kader van gelijke behandeling. Slagen mensen er door buiten hun invloedssfeer liggende redenen, niet in de regie over hun leven te voeren, dan moet de gemeente inspringen met een gericht aanbod van individuele ondersteuning van wonen, werken, communiceren en bewegen. In eerste instantie in de reguliere sociale kaders, in tweede instantie op grond van de WMO. De verplichte zorgverzekering (ZVW) is er voor de medische en verpleegkundige dienstverlening die vaak instrumenteel van aard zal zijn voor mensen met een beperking.

Vier conclusies:

1. De AWBZ is niet meer te verbeteren
2. Naar een nieuw, drieledig sturingsconcept
3. Begin met de keuze tussen individueel en collectief
4. Andere beroepen nodig

2.3 De Raad trekt hieruit vier conclusies, tegelijkertijd oplossingsrichtingen.

1. De AWBZ kan de eisen die deze tijd stelt aan de kwaliteit van leven respectievelijk zorg niet meer inwilligen, de grenzen van de aanpassing zijn bereikt. Wij moeten op zoek naar een wezenlijk ander concept van sturing, financiering en uitvoering van langdurige zorg en ondersteuning.
2. Dat concept moet à la 2.2 zijn gebaseerd op:

- burgerschap en ondernemerschap op een vrije markt als de startpositie ten behoeve van wonen en welzijn;
 - verzwaring taken en uitbreiding autonomie lokaal bestuur ten behoeve van participatie;
 - een flankerende zorgverzekering voor cure én care.
3. Men kan de bestaande AWBZ-aanspraken herverkavelen over deze drie sturingsprincipes door te starten bij de keuze tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid (individueel, tenzij), daarna te kiezen voor begroting of verzekering en daarbinnen tenslotte voor rijk of gemeente respectievelijk private of publieke verzekering.
 4. Een nieuw concept voor langdurige zorg en ondersteuning vereist ook een andere inzet van menselijk kapitaal: andere beroepen én een andere mix van formele en informele zorg.

3. De antwoorden op de vragen: het advies

Hef AWBZ op; herverkavel de aanspraken:

1. eigen rekening
2. WMO
3. ZVW

- 3.1 De RVZ stelt voor de AWBZ op te heffen en de aanspraken op langdurige zorg en ondersteuning op drie manieren te financieren:
 1. *Voor eigen rekening kunnen komen wonen, welzijn en (een groot deel van de) verzorging.*
 2. *Naar de WMO kunnen onder meer huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, vervoer en kleine onderdelen van activerende begeleiding, verblijf en verpleegartikelen.*
 3. *Naar de ZVW kunnen onder meer worden overgeheveld: behandeling, verpleging, dieetadvisering en onderdelen van activerende begeleiding en verblijf.*

PGB, beter nog participatiebudget, in WMO en ZVW

- 3.2 De Raad stelt voor van het PGB in de WMO én (na 6–12 maanden) in de ZVW een onderdeel te maken van een ‘participatiebudget’ en dit zo breed mogelijk voor langdurige zorg en ondersteuning aan te bieden.

Sla vier loopbruggen tussen WMO en ZVW

- 3.3 De knip tussen ‘zorg’ (ZVW) en ‘ondersteuning’ (WMO) creëert een onderscheid tussen medische en maatschappelijke dienstverlening. Daarvan mag de cliënt geen hinder ondervinden en dus zal in de organisatie van de dienstverlening op vier fronten een brug tussen de twee systemen moeten worden geslagen:
 1. *Een krachtige rol van eerstelijnscentra in de coördinatie van zorg en ondersteuning (een coproductie van ZVW en WMO aan de basis).*
 2. *Een in samenhang organiseren van formele en informele zorg.*
 3. *De ontwikkeling van nieuwe beroepen, deels buiten de zorg, op en rond de knip.*
 4. *Samenhang tussen medische care en cure in de ZVW.*

Nederland gaat hiermee in de pas lopen met andere EU-landen

3.4 De Raad heeft in zijn internationale vergelijking steun gevonden voor deze herverkaveling van AWBZ-zorg. In veel EU-landen onderscheidt men de medische van de maatschappelijk zorg, maar combineert men care en cure, speelt het lokaal bestuur een belangrijke rol ten aanzien van de maatschappelijke zorg (die over het algemeen gebudgetteerd en inkomensafhankelijk is) en zoekt men ten behoeve van samenhang naar liaisonfuncties tussen de twee systemen. De eerstelijns staat daarbij centraal. Daarin ziet men nieuwe beroepen ontstaan, die gericht zijn op ondersteuning van de cliënt. Verder bevordert een aantal landen de keuze voor mantelzorg actief. De meeste landen kiezen voor decentrale aansturing van langdurige zorg en ondersteuning. De OECD stelt voor de noodzakelijke zorg te verankeren in een sociale verzekering. In veel landen heroverweegt men de breedte en de diepte van het collectief gefinancierd pakket.

Nederland: veel 'zorg', weinig 'participatie'; AWBZ is integraal, ruim; slecht voorbereid op vergrijzing

3.5 De Nederlandse langdurige zorg vergelijken met andere landen is op dit moment vrijwel niet mogelijk. Er is geen uniformiteit van indicatoren en definities. Toch is er wel iets te zeggen over de Nederlandse prestaties. Nederland scoort beter in 'zorg' dan in 'ondersteuning'. In Nederland participeren mensen met een beperking relatief weinig in de samenleving. De intramurale AWBZ-zorg is omvangrijk in vergelijking met andere landen, de extramurale zorg is niet minder groot. Dit wordt niet verklaard door vergrijzing; Nederland is minder vergrijsd. De kwaliteit van zorg, personeel en gebouwen in Nederland is goed. De zorguitgaven liggen in Nederland op een gemiddeld niveau als men de verzorgingshuizen niet meerekent. Het 'zorgbereik' is in Nederland relatief hoog. Alleen Nederland kent met zijn AWBZ de combinatie van zorg, wonen en welzijn in één systeem en de scheiding van cure en care. Het AWBZ-pakket is internationaal gezien ruim bemeten en voor iedereen toegankelijk. De taak van het lokaal bestuur en diens financiële mogelijkheden zijn in Nederland relatief klein.

4. De realisatie van het advies

Realisatie advies: vier randvoorwaarden

4.1 Aan vier randvoorwaarden moet zijn voldaan, wil dit advies gerealiseerd kunnen worden.

1. Participatiebudget, Wet gelijke behandeling, compensatieplicht WMO

1. Onder meer met behulp van een brede toepassing van de Wet gelijke behandeling, gekoppeld aan de door de RVZ bepleite compensatieplicht van de WMO én een participatiebudget, zal de inclusieve samenleving voor mensen met een beperking dichterbij moeten komen. Alleen zo zullen zij regie over hun leven kunnen voeren.

- | | |
|---|--|
| 2. Rol en middelen lokaal bestuur verzwaren | 2. De rol van het lokaal bestuur zal verzaamd moeten worden, de financiële mogelijkheden moeten worden uitgebreid en de positie van de cliënt ten opzichte van de gemeente moet worden versterkt. Verder zullen bepaalde taken op regioniveau moeten worden uitgevoerd. |
| 3. ZVW: cure en care | 3. De ZVW moet dekking bieden voor de medische cure en care die veel meer in samenhang moeten worden uitgevoerd. Bij overheveling van AWBZ-zorg naar de ZVW, dient het verzekeringskarakter en diens dynamiek leidend beginsel te zijn. |
| 4. Bruggen tussen WMO en ZVW | 4. Tussen WMO en ZVW moeten bruggen worden gebouwd, in het bijzonder met behulp van een centrum voor eerstelijnszorg, door de informele zorg te versterken en door nieuwe beroepen te creëren (het advies bevat concrete voorbeelden). |
| Transitiefase nu starten met een kabinetsvisie | <p>4.2 De Raad beveelt aan al in deze kabinetsperiode een transitiefase te starten op weg naar de nieuwe situatie. Dit kabinet zou een langetermijnstrategie moeten presenteren die richting geeft aan een uitvoeringsprogramma voor de periode 2006-2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stapsgewijze verdere overheveling van delen van de AWBZ naar de ZVW; - onderzoek naar private spaar- en verzekeringsvormen voor wonen, verzorging en welzijn voor ouderen; - gefaseerde uitbreiding van de WMO en besluitvorming over een eigen belastinggebied van de gemeente; - verdere ondersteuning van de mantelzorg; - de ontwikkeling van nieuwe beroepen; - een visie op de reorganisatie, lees: versterking, van de eerstelijnszorg; - een publieksdiscussie over de plaats van mensen met een beperking in de samenleving. |
| Dit kabinet: geen nieuwe stappen; volgend regeerakkoord | 4.3 De Raad gaat ervan uit dat in deze kabinetsperiode geen verdere uitbreiding van ZVW en WMO plaats zal vinden. Hij vindt het echter wel noodzakelijk dat het kabinet de langetermijnstrategie uit 4.2 presenteert. Deze kan dan in het volgend regeerakkoord haar beslag krijgen. |

5. Aanbevelingen

- | | |
|-----------------------------|--|
| De aanbevelingen van de RVZ | 1. Het kabinet zal een aantal voorwaarden voor een succesvolle WMO moeten creëren: een compensatieplicht, een eigen belastinggebied voor gemeenten (in plaats van een deel van de AWBZ-premieheffing), regiovorming, sterke rol GGD'en, inspraak burgers met |
|-----------------------------|--|

- een beperking. In het algemeen: een sterkere decentralisatie én brede invoering Wet gelijke behandeling.
2. In de desbetreffende wet- en regelgeving toepassen van een doelgroepenbenadering (ouderen, psychiatrische patiënten (onderdeel van de groep chronisch zieken) en gehandicapten).
 3. Ook voor de 'langdurige zorg' afstappen van het (AWBZ-) idee 'alles voor iedereen'. Introductie in de WMO van een inkomens- en vermogenstoets in ieder geval voor wonen, welzijn en verzorging is noodzakelijk.
 4. De aanspraken op AWBZ-zorg kunnen voor een deel voor eigen rekening komen, bijvoorbeeld de verzorgingshuizen. Een ander deel kan worden ondergebracht bij de ZVW (circa 2/3), een derde deel bij de WMO (circa 1/3). Het advies bevat een concreet voorstel. De AWBZ kan worden opgeheven; er resteren twee wettelijke regimes: de ZVW en de WMO. Deze zullen dan wel aan een aantal randvoorwaarden moeten voldoen, die deels afwijken van lopend beleid.
 5. De medische care en cure, in één financieringskader, namelijk de ZVW, met zo min mogelijk onderlinge regimeverschillen. Het karakter van de ZVW dient behouden te blijven.
 6. De door de Raad aanbevolen herverdeling van AWBZ-aanspraken impliceert een uiteenrafeling van de AWBZ-functies (zie ook punt 4).
 7. Nederland moet actie ondernemen in EU en OECD om de vergelijkbaarheid van zorgstelsels te vergroten.
 8. Na overheveling van een groot deel van de AWBZ-zorg naar de ZVW, zullen care (de medische AWBZ-zorg) en cure (de curatieve zorg) in samenhang in één zorgketen moeten worden gecontracteerd en aangeboden. Tussen care en cure moet een aantal liaisonfuncties ontstaan, op professioneel en op institutioneel niveau (het advies bevat voorbeelden). De ZVW zal te zijner tijd geen curatieve zorg verzekeren, maar zorg. Care moet een integraal onderdeel zijn van de kwaliteitsindicatoren voor het ziekenhuis.
 9. De eerstelijnszorg gaat een beslissende rol spelen in de toekomstige keten van langdurige zorg en ondersteuning. Zij wordt enerzijds de drager van alle medische en verpleegkundige zorg voor mensen met een beperking en in die rol een noodzakelijk complement van de community care. Anderzijds biedt zij een loket- en ondersteuningsfunctie aan voor deze mensen. Deze dubbelrol veronderstelt:
 - een stevige infrastructuur voor de eerste lijn in de vorm van wijk- of dorpsgebonden centra voor zorg en ondersteuning;
 - een laagdrempelige brugfunctie tussen ZVW en WMO die door zorgverzekeraars en gemeenten wordt gefinancierd.De extra kosten voor deze centra kunnen worden gefinancierd uit de opheffing van de bestaande indicatieorganen en uit andere besparingen in de uitvoering van de AWBZ.

10. De indicatiestelling in de keten van langdurige zorg en ondersteuning vindt plaats op de gebruikelijke manier: de professionele indicatiestelling in de ZVW; onder verantwoordelijkheid van de gemeente in de WMO (en wel bij voorkeur regionaal).
11. De informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) moet actiever worden bevorderd door de rijksoverheid. De Raad beschouwt dit als een *conditio sine qua non* voor het functioneren van de zorgketen in de toekomst.
Dit kan op tenminste zes manieren:
 - gemeenten in de WMO verplichten voldoende respijtzorg in te kopen bij zorgaanbieders of vrijwilligerswerk;
 - de totstandkoming van de eerstelijnscentra bevorderen, in samenwerking met zorgverzekeraars en gemeenten, en deze tot taak te geven de mantelzorg te ondersteunen;
 - onderzoeken of de WTZi aangewend kan worden om de samenhang van formele en informele zorg te bevorderen;
 - zorgaanbieders verzoeken ondersteuning van de mantelzorger (als medecliënt) in de DBC's op te nemen;
 - de keuze voor mantelzorg belonen door vrijstellingen, tegemoetkomingen, vervoersfaciliteiten, een vouchersysteem voor respijtzorg en een iets hogere PGB-uitkering (zie voor de concrete suggesties advies en achtergrondstudie);
 - sociale partners vragen de combinatie van betaalde arbeid en informele zorg te faciliteren in de CAO's.
12. In de keten van langdurige zorg en ondersteuning zijn nieuwe beroepen en opleidingen nodig. Deze liggen onder meer op de overgang van ZVW en WMO. Zij hebben vooral betrekking op coaching, zorgmakelaarschap en ondersteuning van maatschappelijke participatie. Buitenlandse voorbeelden kunnen richtinggevend zijn. VWS zou een concreet plan de campagne moeten laten ontwikkelen.
13. Het PGB zou onderdeel moeten worden van een 'participatie-budget'. De mogelijkheden hiervoor dienen vergroot te worden, ook in de ZVW (bijvoorbeeld na 6 of 12 maanden voor chronisch zieken). De overheid dient beleid te ontwikkelen dat erop is gericht de bekostiging van de zorg en de ondersteuning waar mogelijk te laten plaatsvinden via participatiebudgetten. Deze budgetten dienen dan, om concurrerend te zijn met de zorginkoop door verzekeraars, kostendekkend te zijn.
14. Het kabinet zou op basis van onder meer dit advies zo spoedig mogelijk met een plan de campagne moeten komen voor de AWBZ. Dit zou een lange termijn strategie moeten bevatten en een visie op de plaats van mensen met een beperking in de Nederlandse samenleving. Het plan omvat ZVW, AWBZ en WMO. Het geeft in stappen aan hoe de ontmanteling van de AWBZ in de komende jaren moet verlopen (het RVZ-advies bevat een stappenplan).

15. De Raad beveelt tenslotte aan dit kabinet over de plaats in de samenleving van mensen met een beperking een publiekspanel te laten houden. Dit zou maatschappelijk draagvlak moeten opleveren voor een beleidsvisie op de zorg en de ondersteuning van mensen met een beperking. Het volgend kabinet moet dan de definitieve beslissing over de 'romp-AWBZ' nemen.

1 Vraag, probleem en aanpak

1.1 Vraag- en probleemstelling

Minister en Staatssecretaris van VWS hebben de RVZ gevraagd een advies uit te brengen over 'de AWBZ in internationaal perspectief'. Zij stellen de Raad drie vragen.

Bewindslieden VWS stellen RVZ drie vragen

1. Hoe is de AWBZ-zorg in Europese landen georganiseerd en gefinancierd?
2. Hoe zijn de resultaten (in termen van investeringen en uitkomsten) van het Nederlandse systeem in vergelijking met die van andere landen?
3. Welke mogelijkheden zijn er, op basis van deze vergelijking, om de AWBZ-zorg beter te organiseren en te financieren, rekening houdend met vergrijzing en met andere trends?

Achtergrond: twijfel houdbaarheid AWBZ

Dit heeft een achtergrond. In april 2004 stuurden de bewindslieden van VWS de nota Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning naar de Tweede Kamer. De bewindslieden vragen zich in deze nota af of de AWBZ wel houdbaar is. In de nota en in andere publicaties treft de Raad drie motieven aan voor deze twijfel.

Is er na de komst van ZVW en WMO nog een functie voor de AWBZ?

In de eerste plaats heeft het kabinet met de introductie van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) een (potentiële) herverdeling van bestaande aanspraken op AWBZ-zorg teweeg gebracht. Een deel van deze aanspraken - de 'curatieve' - hevelt het kabinet over naar de ZVW, een ander deel - de 'maatschappelijke ondersteuning' - naar de WMO. Omdat in zijn visie een romp- of rest-AWBZ blijft bestaan voor de aanspraken die in ZVW noch in WMO thuishoren, raakt de langdurige zorg (de 'AWBZ-zorg') versnipperd over drie verschillende arrangementen. Is dat verstandig, vanuit het perspectief van de burger?

Levert de AWBZ-zorg wel wat de samenleving vraagt?

In de tweede plaats: vormt onze AWBZ-zorg wel een antwoord op de vraag in de samenleving? Kan zij de diensten leveren waaraan mensen met een beperking behoefte hebben? En draagt zij bij aan de noodzakelijke verbetering van de positie van deze mensen in Nederland? Een gestage stroom rapporten roept ernstige twijfels op. Mensen met een beperking - de cliëntèle van de AWBZ-zorg - zijn in Nederland slechter af dan in andere landen als het gaat om maatschappelijke participatie (wonen, werken, bewegen en communiceren). En bovendien kunnen de AWBZ-voorzieningen, vooral op terreinen als wonen en welzijn, niet meer de kwaliteit van leven bieden waarnaar de 'middengroepen' in de samenleving vragen.

Is de toenemende vraag naar AWBZ-zorg wel beheersbaar?	In de derde plaats is er de toenemende vraag naar de AWBZ-zorg én het probleem deze vraag te beheersen. Die tast de houdbaarheid van ons systeem voor AWBZ-zorg aan, op dit moment al, maar zeker in de komende decennia waarin Nederland immers pas echt zal vergrijzen. Deze houdbaarheid heeft twee kanten: de kosten van de zorg en de voor die zorg noodzakelijke menskracht. Op beide fronten doemen grote problemen op.
Herijking nodig!	Dit zijn dringende redenen om de Nederlandse variant voor de langdurige zorg - de AWBZ - aan een principiële herijking te onderwerpen.

1.2 Hoe beantwoordt de RVZ de vragen van VWS?

Materiaalverzameling	De Raad heeft, om de vragen van VWS te kunnen beantwoorden, materiaal verzameld en een aantal andere activiteiten ondernomen (zie voor een uitvoerig overzicht bijlage 2).
Vijf achtergrondstudies	De onderbouwing van dit advies op hoofdlijnen is terug te vinden in vijf achtergrondstudies van NYFER, het NIZW en van de RVZ zelf. De Raad heeft verder gebruik gemaakt van een groot aantal recente publicaties van onder meer SCP, OECD, WHO en CVZ.
Klankbordbroep en debatten	De Raad heeft de steun gehad van een klankbordgroep. De hoofdlijnen van het advies heeft de Raad in vier debatten met belanghebbenden besproken. Een verslag hiervan treft u aan in bijlage 2.
Eerdere adviezen RVZ	Dit advies stoelt in belangrijke mate op eerdere adviezen en signaleringen van de Raad: <ul style="list-style-type: none"> - Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw - Samen leven in de samenleving. Community care en community living - Gemeente en zorg - Wet maatschappelijke ondersteuning (een briefadvies) - Exploderende zorguitgaven (een signalement) - Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (een signalement) Deze kan men als volgt samenvatten.

1. Mensen met een beperking zouden moeten kunnen kiezen tussen community care (en living) en de institutionele zorg. Zij kunnen op dit moment meestal niet kiezen voor community care, omdat de samenleving niet is ingericht op hun mogelijkheden (op de terreinen wonen, werken, bewegen en communiceren). De Wet gelijke behandeling zou dit mogelijk moeten maken. Community care en living kunnen per definitie alleen in de lokale gemeenschap ontstaan.
2. Willen wij mensen met een beperking een reële keuze bieden, dan zal niet alleen de samenleving moeten veranderen, maar ook de gezondheidszorg. Die zal de medische en verpleegkundige zorg voor mensen met een beperking vanuit een community based eerstelijnszorg moeten aanbieden.
3. En in die zorg mag geen principieel onderscheid worden gemaakt tussen cure en care en tussen het somatische en het psychische. Preventie moet een integraal onderdeel van zorg zijn (en vice versa).
4. In de financiering moet men (medische en verpleegkundige) zorg enerzijds, wonen en welzijn (service- en dienstverlening) anderzijds consequent scheiden.
5. De zorg is collectief verzekerd, voor zover het gaat om evidence based en kwalitatief verantwoorde voorzieningen (een restrictief verzekeringspakket). Wonen en welzijn komen in principe voor eigen rekening.
6. Voor mensen met een beperking heeft de gemeente de wettelijke verantwoordelijkheid de maatschappelijke participatie te ondersteunen. Alleen de gemeente is in staat integraal beleid voor mensen met een beperking te voeren. Dit doet zij op drie fronten: het financieren van ondersteunende voorzieningen, het bevorderen van de 'inclusieve' samenleving en het voeren van een adequaat sociaal beleid voor kwetsbare groepen (vangnetten werk en inkomen). Integraal gemeentelijk beleid vooronderstelt: autonomie, eigen middelen en een brede taakopdracht.

1.3 Leeswijzer

De achtergrondstudies bij dit advies maken duidelijk dat de drie vragen van de bewindslieden van VWS niet in hun oorspronkelijke volgorde zijn te beantwoorden. De eerste twee vragen hebben betrekking op de internationale vergelijking; het antwoord op de derde vraag zou uit de antwoorden op de eerste twee vragen moeten voortvloeien. Dit nu laat de huidige situatie, dat wil zeggen de beschikbaarheid van informatie, in de internationale vergelijking niet toe. De vergelijkbaarheid van gegevens schiet helaas nog te kort.

Dit bracht de Raad ertoe eerst vraag 3 te beantwoorden en daarna de vragen 1 en 2. De antwoorden op de vragen 1 en 2 leveren dus niet het bewijsmateriaal, maar de ondersteuning voor de beantwoording van vraag 3.

Op weg naar de antwoorden op de hem gestelde vragen, zet de Raad deze stappen.

Leeswijzer

Leeswijzer

- Een visie op langdurige zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de burger met een beperking.
- Resultierend in uitgangspunten voor financiering en organisatie van formele én informele zorg.
- Toetsing van de AWBZ-zorg hieraan levert knelpunten op.
- Dit resulteert in conclusies en oplossingsrichtingen m.b.t. financiering en organisatie van langdurige zorg en ondersteuning.
- Dit maakt het mogelijk de vragen van VWS te beantwoorden: het advies.
- Gevolgd door een slotbeschouwing waarin: toetsing advies aan knelpunten, de randvoorwaarden bij en implementatie van dit advies.

Een advies voor het volgende regeerakkoord

Op deze manier denkt de Raad een bijdrage te kunnen leveren aan de besluitvorming over de AWBZ in dit en een volgend kabinet. Die besluitvorming is nodig en wel hoe eerder hoe beter; de motieven noemde de Raad al. De beleidsvoornemens van dit kabinet over ZVW en WMO vormen het kader voor deze besluitvorming én voor dit advies.

2 Langdurige zorg en ondersteuning in Nederland: een visie

Aanvliegroute advies: het leven van mensen met een beperking

De aanvliegroute voor dit advies over de AWBZ is het dagelijks leven van mensen met een beperking in de Nederlandse samenleving. Dat leven moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. ‘Gelijke behandeling’ in de zin van de wet is daarvan de belangrijkste en wel in een perspectief van maatschappelijke participatie. Mensen met en mensen zonder beperking behoren een gelijke behandeling te krijgen als zij willen meedoen aan het normale maatschappelijke verkeer. Gelijke behandeling impliceert rechten en plichten, ook voor mensen met een beperking. ‘Zorg’ is voor de meeste mensen met een beperking niet de belangrijkste definitie van maatschappelijke participatie; wonen, werken, communiceren en bewegen wél. Zorg kan daarbij helpen en is soms zelfs een voorwaarde.

2.1 Begin bij het begin: autonomie en regie over het eigen leven

Start: gelijke behandeling én eigen verantwoordelijkheid

Als het uitgangspunt is ‘gelijke behandeling’, dan moet een beschouwing over het leven van mensen met een ernstige beperking beginnen met hun eigen (ook financiële) verantwoordelijkheid voor dat leven. Zij zijn volwaardig burger en individu, ervan uitgaande dat de staat de samenleving zo heeft ingericht dat zij hun beperking zelf kunnen compenseren. Zo heeft ingericht dat zij leven in een ‘inclusieve samenleving’: toegankelijke openbare voorzieningen, een recht op gelijke behandeling, prikkels tot participatie. Het is wel van belang na te gaan of dit het geval is, of mensen hun beperking redelijkerwijze kunnen compenseren, beïnvloeden of zelfs voorkomen, of zij regie hebben over de gevolgen van de beperking.

Niet iedereen kán dat; hou daarmee rekening!

Mensen met een beperking kunnen hierin sterk verschillen. Zo kunnen in beginsel beperkingen die het gevolg zijn van normale veroudering in de private sfeer worden opgevangen door verzekeringen of andere besparingen, onderling hulpbetoon en gedeeltelijk zelfs in preventieve zin. Dat ligt anders bij aangeboren verstandelijke beperkingen en bij beperkingen die het gevolg zijn van ernstige psychische ziekten. Mensen met dergelijke beperkingen zullen, bijvoorbeeld bij wegvallende mantelzorg, vaak niet in staat zijn een autonoom leven te leiden, soms door gedragsstoornissen en een geringe wilsbekwaamheid. Als dit het geval is, zal de overheid de gevolgen van de beperking moeten (laten) compenseren.

2.2 Soms is er meer nodig: ondersteuning van maatschappelijke participatie

Als de eigen regie faalt, moet lokaal bestuur bijspringen

Die regievoering lukt dus niet altijd. De samenleving is lang niet altijd inclusief. Niet iedereen kan zijn beperking compenseren. Vooral mensen met een ernstige beperking, met gedragsstoornissen en wilsonbekwaamheid, een laag inkomen en een laag opleidingsniveau lukt het vaak niet het eigen leven adequaat te regisseren. Dan is ondersteuning, compensatie door anderen, nodig wil gelijke behandeling effect hebben en wil er sprake kunnen zijn van adequate maatschappelijke participatie. Een actieve ondersteuning van die maatschappelijke participatie door in het bijzonder het lokaal bestuur is dan noodzakelijk. Alleen op het lokale vlak kan participatie gerealiseerd worden. Centrale sturing werkt hier niet.

Dit is 'ondersteuning', geen 'zorg': WWB en WMO

Dit is het werkgebied van de Wet werk en bijstand (en andere sociale vangnetten, zoals huursubsidie) en van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het gaat dan niet om 'zorg', maar om 'ondersteuning' of 'sociale hulpverlening', wanneer eigen verantwoordelijkheid en rekening tekort schieten. Al met al dus een driedubbele taak voor het gemeentebestuur: het spannen van sociale vangnetten, actieve en doelgerichte ondersteuning van mensen met een beperking die het niet zelf redden én het dichterbij brengen van de inclusieve samenleving (2.1).

2.3 Tenslotte is er een verplichte zorgverzekering

Tenslotte: soms is 'zorg' nodig; dan is er de ZVW

Zorg is instrumenteel aan de eigen verantwoordelijkheid en aan de maatschappelijke participatie. Die zijn soms pas realiseerbaar met steun van professionele zorgverlening. In aanvulling op de eigen verantwoordelijkheid, is er in Nederland een verplichte zorgverzekering. Deze verzekering kent een private uitvoering, waarin uitvoeringspartners (verzekeraars en aanbieders) risico's lopen binnen publieke randvoorwaarden met een landelijk karakter.

Deze heeft drie kenmerken, óók voor mensen met een beperking

Deze verzekering heeft idealiter drie kenmerken.

- De verzekerde medische en verpleegkundige dienstverlening dient alle doelen van zorg: voorkomen, genezen en draaglijk maken (met andere woorden: preventie, cure en care); verzekering is slechts mogelijk op basis van bewezen werkzaamheid en doelmatigheid, bij medische noodzaak en bij het niet voldoen van eigen verantwoordelijkheid.
- De verzekerde diensten - preventie, cure en care - zijn strikt gescheiden van de sociale dienstverlening en de ondersteuning van de maatschappelijke participatie (wonen, welzijn, verzorging).

- De financieringsgrondslag is die van een geclausuleerde risicosolidariteit (zie het signalement Houdbare solidariteit van de RVZ uit 2005).

2.4 Deze visie levert de uitgangspunten voor dit advies

Vier uitgangspunten	Deze drietrapsraket (2.1, 2.2, 2.3) levert ons de uitgangspunten voor een advies over de financiering en de organisatie van langdurige zorg en ondersteuning.
1. Drie soorten beperkingen	<p>1. <i>Consequent toepassen van de verschillen tussen mensen met een beperking</i></p> <p>Naar ontstaan en aard, zijn er drie soorten beperkingen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De bij de geboorte aanwezige beperkingen, van verstandelijke of lichamelijke aard, met een levenslang karakter. 2. De beperkingen die het gevolg zijn van een tijdens het leven, al dan niet op grond van een erfelijke factor, optredende psychische of somatische ziekte of stoornis met chronisch verloop. De beperking kan van lichamelijke, cognitieve, emotionele of communicatieve aard zijn. In dit advies gaat het om de langdurige beperkingen (jaren of levenslang). 3. De beperkingen die het gevolg zijn van een normaal verouderingsproces (waarvan het verloop beïnvloed wordt door lichamelijke, psychische en sociale factoren) en die onderdeel zijn van wat de derde levensfase wordt genoemd.
En dus: drie doelgroepen van AWBZ-zorg	Deze drie soorten beperkingen refereren aan de drie ‘doelgroepen’ van de AWBZ. Deze kunnen onderling sterk verschillen in mogelijkheden en in behoeften. Het dagelijks leven en het levensperspectief van mensen in deze groepen is voor de praktijk van wonen, werken, communiceren en bewegen, maar ook voor de zorgverlening, niet goed vergelijkbaar. Of een beperking daadwerkelijk leidt tot een beroep op een collectieve voorziening voor langdurige zorg, hangt in hoge mate af van drie (onderling samenhangende) factoren: opleiding, werk en inkomen. Met dit gegeven en met de verschillen tussen de groepen moet men rekening houden bij financiering en organisatie van collectieve voorzieningen.
Geen onderscheid AWBZ-cliënten en chronisch zieken!	De Raad wijst erop dat in de bovenstaande typering van beperkingen het onderscheid tussen de ‘gebruikers van de AWBZ-zorg’ en ‘chronisch zieken’, zoals diabetes- of reumapatiënten, is opgeheven.
2. Sturing door PGB en Wet gelijke behandeling	<p>2. <i>Autonomie en regie vooronderstellen sturing door een persoonsgebonden budget</i></p> <p>Het compenseren van een beperking zal het meest effectief verlopen gesteund door een PGB in combinatie met de Wet gelijke behandeling.</p>

Dit laat onverlet de systeemverantwoordelijkheid van de overheid. Later in dit advies houdt de Raad een pleidooi voor het onderbrengen van het PGB bij een ‘participatiebudget’.

3. Gemeente verantwoordelijk voor participatie, dus bevoegdheden en middelen

3. De gemeente is verantwoordelijk voor participatie

Participatie kan alleen op het lokaal vlak gestalte krijgen. Als de gemeente hiervoor verantwoordelijk is, dan zal zij in autonomie eigen beleid moeten kunnen voeren. Dat impliceert bevoegdheden in de keten en eigen middelen. Het impliceert, gegeven de kwetsbaarheid van veel mensen met een beperking, ook aansturing van de gemeente via de Wet gelijke behandeling én via een wettelijke countervailing power bij de burger (al naar gelang diens beperking).

4. Participatie vraagt soms om zorg

4. Participatie kan soms niet zonder professionele zorgverlening

Mensen met een beperking kunnen soms alleen maar meedoen aan de samenleving met de hulp van professionele zorgverlening. Die zal dan wel in die samenleving georganiseerd moeten worden (nabijheid, klantgerichtheid en laagdrempeligheid). En het zal altijd een mix van care en cure moeten zijn. De samenleving moet haar óók kunnen afrekenen op outcomes die van betekenis zijn voor mensen met een beperking, dus: zelfbepaling, kwaliteit van leven, meedoen. En dat brengt vaak weer met zich mee: een gecombineerd aanbod van professionele en informele zorg

5. Op de werkvloer: samenhang ‘zorg’ en ‘participatie’

5. Samenhang in het aanbod van collectieve voorzieningen: participatie en zorg

In de werkelijkheid van mensen met een beperking hangen meedoen aan de samenleving en zorg ontvangen vaak samen. In de keten van collectieve voorzieningen voor langdurige zorg en ondersteuning moet dus op cliëntniveau (de werkvloer) samenhang bestaan. De werkelijkheid van de instituties mag de werkelijkheid van de burger niet domineren. De Raad sluit zich aan bij het pleidooi van de OECD de keten van langdurige zorg en ondersteuning een robuuste, publieke grondslag te geven. Dat garandeert het meest adequaat dat samenhang ontstaat.

De Raad heeft deze uitgangspunten, die hij overigens alle terugvindt in de internationale vergelijking, concreet gemaakt in een ‘programma van eisen’. Dit is opgenomen in bijlage 4 van dit advies.

3 Voldoet de huidige langdurige zorg en ondersteuning aan de uitgangspunten?

De AWBZ-zorg voldoet niet aan de vijf uitgangspunten!

Als wij de AWBZ-zorg confronteren met de uitgangspunten die wij in hoofdstuk 2 formuleerden, dan moet de conclusie zijn dat zij daaraan niet kan voldoen. Op de werkvloer worden de drie doelgroepen weliswaar onderscheiden, op stelselniveau (de functiegerichte benadering) niet. Het PGB is nog te gereguleerd en te weinig inzetbaar voor participatie. Het is ook nog geen dominant sturingsprincipe samen met de Wet gelijke behandeling. De gemeente kan nog onvoldoende vorm geven aan een eigen verantwoordelijkheid voor participatie en de ontwerp-WMO is te vrijblijvend. Professionele zorgverlening, hoewel op zichzelf van voldoende kwaliteit, kán de participatie als zodanig niet realiseren. Is qua organisatie en uitvoering ook nog te weinig community care based. Care en cure zijn te veel van elkaar gescheiden. De combinatie formele-informele zorg ontwikkelt zich traag. De AWBZ biedt formeel op een aantal terreinen een samenhangend aanbod van zorg en participatie, maar slaagt er niet in de beide componenten afzonderlijk te optimaliseren.

Drie knelpunten zijn de oorzaak

Men sleutelt al geruime tijd aan de AWBZ. Er is veel geprobeerd. Toch blijft er veel onvrede. Analyse van deze onvrede, van de gesignaleerde problemen, levert het volgende beeld op.

Knelpunt 1:

Knelpunt 1:
Onduidelijke plaats van de AWBZ temidden van ZVW en WMO; versnippering langdurige zorg over drie financieringssystemen met als gevolg: twee ‘knippen’.

Straks knippen in én de zorg én de participatie

In de komende jaren zal de AWBZ een plaats krijgen tussen de curatieve zorgverzekering (ZVW) en de op de ondersteuning van de maatschappelijke participatie gerichte WMO. Daardoor ontstaan knippen in twee ketens:

- die van de care (AWBZ) en de cure (ZVW), die vooral in de geestelijke gezondheidszorg en in de ouderenzorg in samenhang zouden moeten worden aangeboden;
- die van de ondersteuning van de maatschappelijke participatie (deels AWBZ, deels WMO).

De Raad verwacht dat dit er toe leidt dat beide ketens onvoldoende effectief zullen zijn.

AWBZ amalgaam van tegenstrijdige waarden

Verder zijn de missie en de functie van de AWBZ temidden van ZVW en WMO onduidelijk. Het AWBZ-systeem is een amalgaam van publieke en private verantwoordelijkheid én van medische en maatschappelijke zorg. Verschillende, soms tegenstrijdige waarden komen in elkaars vaar-

water en treden onbedoeld in concurrentie. In de gegeven verhoudingen, zal dit tot een blijvende dominantie van de 'zorgwaarde' over de 'participatiewaarde' leiden. Dit maakt het voor vragers, aanbieders en financiers moeilijk om hun gedragslijn te bepalen, dat wil zeggen, te komen tot passende zorg (-consumptie en -verlening) en tot maatschappelijk verantwoord handelen. Wat mag men van de AWBZ verwachten?

Waardoor niemand weet wat hij aan de AWBZ heeft

Dit kan leiden tot problemen voor vragers, aanbieders en financiers van de zorg- en dienstverlening. Deze problemen kunnen zich uiten in de toegang van en tot de zorg (het loket, de doorverwijzing, de indicatiestelling), in de zorgverlening (bijvoorbeeld continuïteit van zorg in de keten, verschillende kwaliteitsdefinities) en in financiering en administratie (verschillende regimes voor eigen bijdragen, administratieve lastendruk en overleg op de overgangen, afwijkende procedures en omschrijvingen).

Knelpunt 2:

Knelpunt 2:

De AWBZ levert onvoldoende kwaliteit van leven en realiseert te weinig maatschappelijke participatie.

AWBZ niet meer voor middengroepen

Voor wie is AWBZ-zorg bestemd: voor iedereen of voor de armen? In theorie voor iedereen, in de praktijk niet. In toenemende mate ziet men, vooral in de ouderenzorg, minder in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg, door verschraving van het zorgaanbod de AWBZ veranderen in een armenvoorziening. De middengroepen, die het financieel draagvlak moeten creëren, kunnen zich niet vinden in het aanbod van AWBZ-zorg. Zij gaan op zoek naar eigen, andere oplossingen in de private sfeer, zijn bereid voor meer kwaliteit dan de AWBZ biedt te betalen. Hier ziet men het resultaat van de confrontatie van verschraving van AWBZ-zorg: een kritische consument en toegenomen welvaart. Het AWBZ-systeem kan geen antwoord bieden op deze confrontatie. Het zit gevangen in een vicieuze cirkel.

AWBZ realiseert geen participatie

In de sfeer van de systeemperformance heeft de AWBZ nog een probleem: zij realiseert onvoldoende maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Deze hebben in Nederland een slechtere positie dan in andere landen, terwijl zij nu juist steeds meer vragen om participatie. Kennelijk garandeert de zorgoriëntatie geen maatschappelijke participatie. Hier is tot op zekere hoogte sprake van de wet op de remmen-de voorsprong. Nederland heeft veel geïnvesteerd in - vooral residentiële - zorg en dat is dan ook onze kracht. Hierin verandering brengen is niet eenvoudig. De incentives voor aanbieders en verzekeraars, maar vaak ook voor de cliënten, zijn zorg- en niet participatiegericht. Het is een zorg-systeem.

AWBZ institutioneel, niet vraaggericht	De responsiviteit van de AWBZ-zorg schiet dus in twee opzichten tekort: in kwaliteit van leven en in maatschappelijke participatie. De verklaring ligt waarschijnlijk in de oriëntatie op aanbod, op instituten en op bekostiging. Het zijn niet de vraag, de gelijke behandeling en de local community die de zorg sturen. En - symptomatisch - waar dat wel het geval is, bijvoorbeeld door PGB's, ziet men nogal eens dat burgers hun eigen alternatief voor AWBZ-zorg ontwikkelen.
Knelpunt 3:	Knelpunt 3: Een toenemende én moeilijk beheersbare vraag tast de houdbaarheid van de AWBZ aan.
AWBZ: deels 'dagelijks leven', dus moeilijk beheersbaar	Het AWBZ-systeem is aan de voorkant kwetsbaar. AWBZ-zorg ligt dicht aan tegen het dagelijkse leven, dat wil zeggen wonen, werken en welzijn. De overgang tussen formele en informele zorg is soms vloeiend. Dat maakt indicatiestelling per definitie lastig objectiveerbaar, ook na introductie van het begrip 'gebruikelijke zorg'. De kwetsbaarheid van het systeem is ook groot, omdat in de AWBZ geen van de veldpartijen - vragers, aanbieders, financiers - kostenbeheersing als hun probleem zien. Dat is in hun ogen een zaak van de overheid.
'Alles voor iedereen' verergert dat	Dit probleem is ook inherent aan de AWBZ door het daaraan ten grondslag liggend principe 'alles voor iedereen'. Rechterlijke uitspraken in de afgelopen jaren hebben het probleem verergerd door een 'recht op zorg' te proclameren. Dit recht is, gegeven de breedte van het AWBZ-pakket, het alles voor iedereen-principe en de vaak moeilijk te objectiveren vraag, nauwelijks in de hand te houden.
Er is c.q. er komt een kostenprobleem	De moeilijk beheersbare vraag naar AWBZ-zorg veroorzaakt een kostenprobleem (stijging van de collectieve uitgaven). Het kostenprobleem treedt voornamelijk op in de ouderenzorg, in het bijzonder bij de verzorgingshuizen en de thuiszorg, en zal daarin door de nog komende vergrijzing ook toenemen. Bovendien zal uiteindelijk door de vergrijzing ook in de geestelijke gezondheidszorg de vraag sterk stijgen (volgens onderzoek van het Trimbos-instituut en VU medisch centrum zelfs met 34% tot 2020). Verder is in alle AWBZ-sectoren sprake van een verbroken relatie tussen investering en opbrengst. Dit tast de legitimering van de uitgaven aan en is op termijn een bedreiging voor de solidariteit. Het arbeidsmarktprobleem doet zich in alle AWBZ-sectoren voor.
Zie bijlage 5 voor kosten	Bijlage 5 van dit advies bevat een analyse van de uitgavenstijging in de AWBZ.

4 Conclusies en uitdagingen

- De Raad trekt zijn conclusies
- Welke conclusies kunnen wij trekken uit het voorafgaande, uit de bijlagen 4, 5 en 6 en uit de achtergrondstudies?
1. De AWBZ mist een noemer
 2. Wij denken anders over participatie en zorg dan 40 jaar geleden!
 3. Anno 2005 lost de AWBZ onze verwachtingen niet meer in
 4. Dit is inherent aan AWBZ, dus: op zoek naar alternatief!
 5. Maar dat moet echt anders zijn:
1. De AWBZ heeft zich in 40 jaar ontwikkeld van een aan de Ziekentfonsdswet flankerende volksverzekering voor ‘zware medische risico’s’ (het onverzekerbare) tot een breed programma van allerlei vormen van zorg, maatschappelijke opvang en ondersteuning bestemd voor doelgroepen die onderling sterk verschillen in mogelijkheden en behoeften. AWBZ-voorzieningen zijn vandaag de dag soms onverzekerbaar, soms (publiek of privaat) verzekerbaar. Het zijn voorzieningen met uiteenlopende maatschappelijke functies: deels ‘zorg’, deels ‘maatschappelijke participatie’.
 2. In die 40 jaar zijn wij over een aantal zaken anders gaan denken.
 - Het pakket AWBZ-zorg bevat elementen die tot de individuele verantwoordelijkheid moeten worden gerekend, zoals wonen en welbevinden. De AWBZ doet onvoldoende beroep op die individuele verantwoordelijkheid.
 - Ook mensen met een beperking zouden de kans moeten krijgen mee te doen aan het maatschappelijk verkeer. De dominantie van het (residentiële) zorgconcept in de AWBZ staat hieraan in de weg.
 - Care is vandaag de dag meer dan ‘draaglijk maken’. Het is een professionele evidence based vorm van gezondheidszorg die als chronische ziekenzorg vaak vervlochten is met het curatieve. De knip tussen ZVW en AWBZ werkt hier belemmerend.
 3. De in hoofdstuk 3 genoemde knelpunten in de AWBZ zijn inherent, zijn systeemkenmerken. De AWBZ zal daardoor per definitie niet aan de veranderende verwachtingen kunnen voldoen. Wil men de in 2 genoemde verwachtingen kunnen realiseren, dan zal men moeten focussen. Het amalgaam dat de AWBZ is (punt 1) laat dat niet toe. Hierdoor kunnen wij de AWBZ anno 2005 niet meer gebruiken om de met de verwachtingen corresponderende beleidsdoelstellingen te verwezenlijken.
 4. Dit brengt de Raad tot de conclusie dat wij op zoek moeten naar een alternatief voor de AWBZ.
 5. Een alternatief voor de AWBZ zal, kijkend naar deze conclusies, op een wezenlijk ander sturingsconcept moeten zijn gebaseerd.

- burgerschap, autonomie en regie

Burgerschap, autonomie en regie

Deze impliceren voor de meest kwetsbare groepen een inclusieve samenleving met toegankelijke fysieke, sociale en financiële voorzieningen. Bovendien is het noodzakelijk dat de overheid maatregelen treft die informele zorg en nieuwe spaar- en verzekeringsarrangementen te stimuleren. Dominant sturingsprincipe: sturing door de vraag met behulp van een PGB dat een onderdeel vormt van een participatiebudget. Daarmee kunnen mensen met een beperking zelf voorzieningen inkopen ten behoeve van wonen, werken, bewegen, communiceren.

- verzwaren taken gemeente met eigen middelen

Verzwaren taken gemeente

De gemeente zal over een breed front van ondersteuningstaken integraal beleid moeten voeren. Dat is gericht op bevordering van de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Wil dit succesvol kunnen zijn, dan zal de gemeente meer verantwoordelijkheid (maar dus ook meer bevoegdheden) moeten krijgen. Dit betekent: meer autonomie en een eigen belastinggebied. De gemeente zal dus meer eigen middelen moeten krijgen, onder meer financiële. Hierin is op dit moment niet voorzien. De Nederlandse lokale lasten zullen na het verdwijnen van een deel van de OZB tot de laagste in de EU behoren. Een eigen belastinggebied zal uit vrijvallende AWBZ-premies moeten worden gefinancierd. Verder zullen onderdelen van de gemeentelijke taak op regionaal niveau moeten worden uitgevoerd, zal de GGD een centrale rol moeten spelen en zal de positie van de meest kwetsbare groepen sterker moeten worden ten opzichte van de gemeente (countervailing power) onder meer door een compensatieplicht aan de gemeente op te leggen. PGB-houders en mantelzorgers zullen door de gemeente moeten worden ondersteund.

- ZVW: voor én cure én care

Een zorgverzekering voor care en cure

De ZVW moet ook aanspraken op het gebied van de langdurige zorg bevatten, in principe onder deze voorwaarden: evidence based zorg, keten-DBC's, verzekeraarbaarheid onder gebruikelijke voorwaarden, uitvoering door risicodragende zorgverzekeraars, doelgroepbenadering, adequate verevening van exceptionele medische risico's, exclusie van wonen, welzijn en verzorging.

Dit wijkt af van overheidsbeleid!

De Raad constateert dat hieraan op dit moment in het overheidsbeleid niet is voldaan.

6. Gebruik een beslisboom; begin bij: individueel of collectief

6. Bij de toedeling van AWBZ-aanspraken aan één van de genoemde drie sturingsprincipes kan een beslisboom behulpzaam zijn. Deze ziet er zo uit.

1. Individuele verantwoordelijkheid?

Indien ja:

- vrije markt, eigen rekening, aanvullende verzekering al dan niet met reguliere sociale vangnetten of
- semi-collectieve spaar -of verzekeringsarrangementen, al dan niet in een overgangsfase (fiscaal) ondersteund door de overheid; CAO's.
- Indien nee: collectieve verantwoordelijkheid, te weten:

2. Begroting?

Indien ja:

- gemeente: uitsluitend 'bestuurlijke vernieuwing' en inclusieve samenleving of (ook) gericht aanbod van ondersteuning,
- rijk: tijdelijk vangnet.

Indien nee:

3. Collectieve verzekering

- particuliere zorgverzekering, private uitvoering door risicodragende verzekeraars, met publieke randvoorwaarden, al dan niet aangescherpt (bijv. in de verevening),
- sociale zorgverzekering, met of zonder BKZ.

In deze beslisboom combineert men idealiter de eerder genoemde drie doelgroepen (bijvoorbeeld de psychiatrische patiënt) met functionele zorgaanpakken (bijvoorbeeld behandeling).

7. Maar: ook andere beroepen en opleidingen
7. Een nieuwe aanpak van de langdurige zorg en ondersteuning vereist ook een ander arbeidsmarktbeleid. Daarin zal de informele zorg - als zodanig én in relatie tot de formele zorg - opgewaardeerd moeten worden. Dit impliceert onder meer een standpunt van het kabinet over verhoudingen binnen samenlevingsverbanden en op de arbeidsmarkt (actieven/niet-actieven). De formele zorgverlening zal opnieuw geijkt moeten worden op het programma van eisen van de zorg (bijlage 4). Dit zou kunnen leiden tot nieuwe beroepen en opleidingen. De internationaal breed gesignaleerde problemen met betrekking tot de arbeidsvoorziening in de AWBZ-zorg - zie onder meer OECD en NIZW - maken dit noodzakelijk.

De RVZ zal deze conclusies en uitdagingen nu uitwerken in zijn advies.

5 Naar een andere financiering en organisatie van AWBZ-zorg

De derde vraag van VWS eerst

De derde vraag van VWS luidde:

Welke mogelijkheden zijn er, op basis van deze vergelijking, om de AWBZ-zorg beter te organiseren en te financieren, rekening houdend met vergrijzing en met andere trends?

5.1 Financiering

Eerst de financiering van AWBZ-zorg in de toekomst

Als wij de beslisboom uit hoofdstuk 4 loslaten op de Nederlandse langdurige zorg en ondersteuning (de AWBZ-zorg), dan levert dit het volgende beeld op (zie ook de achtergrondstudie bij het RVZ-advies Gemeente en zorg).

Deel AWBZ-zorg voor eigen rekening

De eigen verantwoordelijkheid en rekening

De Raad vindt dat eerst moet worden bekeken of AWBZ-zorg voor eigen rekening, dus individuele verantwoordelijkheid, kan komen. Dat is het geval als reguliere participatie aan de samenleving voorop staat en het zaken betreft waarvoor ieder mens zelf verantwoordelijk moet zijn. Het gaat dan om het wonen en om de verzorging (en aanverwante welzijnsvoorzieningen): onderdelen van verzorgingshuizen (d.w.z. de wooncomponent met verzorging, niet de verpleeghuiszorg), om de AWBZ-functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, vervoer, maar ook om de lichtere vormen van wonen in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. De uiteindelijke selectie moet plaatsvinden op basis van de criteria eigen verantwoordelijkheid/rekening en noodzaak/samenhang met WMO dan wel ZVW. Ook onderdelen van ambulante psychotherapie kunnen voor eigen verantwoordelijkheid en rekening komen.

D.w.z.: eigen middelen, aanvullende verzekering, spaarregeling, vermogenstoets

Financiering op basis van individuele verantwoordelijkheid kan plaatsvinden vanuit eigen middelen, vanuit een aanvullende verzekering of vanuit fiscaal dan wel door de werkgever gefaciliteerde spaarregelingen. De combinatie beperking en sociaal-economische status bepaalt verder of de gemeente in individuele gevallen bijspringt (huursubsidie, WWB et cetera). Ook een inkomensafhankelijke eigen bijdrage dan wel een vermogenstoets kan hier worden toegepast.

Een tweede deel naar WMO

De gemeentelijke verantwoordelijkheid

De Raad herhaalt hier zijn pleidooi voor een brede WMO (zie verder hoofdstuk 4). In de achtergrondstudie bij het advies Gemeente en zorg is

aangegeven welke aanspraken op AWBZ-zorg naar de WMO kunnen worden overgeheveld:

- geheel: vaccinaties;
- grotendeels: huishoudelijke verzorging; persoonlijke verzorging; ondersteunende begeleiding; vervoer;
- klein deel: activerende begeleiding; verblijf; verpleegartikelen.

De Raad schat het over te hevelen bedrag op circa 1/3 van de totale AWBZ-kosten.

AWBZ-functies uiteenrafelen Dit betekent dat ‘functies’ van de AWBZ ten behoeve van de toedeling aan de WMO ontleed moeten worden aan de hand van de beslisboom uit hoofdstuk 4 (individuele/collectieve verantwoordelijkheid; verzekering/begroting).

Tweederde deel (ca. 60%) naar ZVW

De verplichte zorgverzekering (ZVW)

De Raad stelt voor het grootste deel van de aanspraken op AWBZ-zorg, namelijk circa 2/3 deel van de totale AWBZ-kosten, over te hevelen naar de ZVW. Het gaat om de volgende aanspraken:

- geheel: verpleging; behandeling; dieetadvisering; overige zorg bij verblijf in instelling; onderzoek aangeboren stofwisselingsziekten; ziekenhuiszorg >365 dagen; revalidatie >365 dagen; gebruik verpleegartikel;
- gedeeltelijk (want deels WMO respectievelijk eigen rekening): activerende begeleiding; verblijf; prenatale zorg.

Participatiebudget moet leidend worden

De Raad steunt de gedachte van het ‘participatiebudget’ van Per Saldo. De Raad ziet het PGB als een vast bestanddeel van het participatiebudget (dat in de Nederlandse verhoudingen meer een administratief netwerk of een loket is dan een budget). Mensen met een beperking kunnen met een participatiebudget aanspraak doen gelden op voorzieningen uit verschillende beleidssystemen: zorg, arbeid, scholing, aangepast wonen, vervoer en verzorging. De Raad pleit ook voor een ruimere toepassing van een dergelijk budget in de langdurige zorg, ook die voor chronische somatische aandoeningen, zoals diabetes. Waar mogelijk, moet zorg rechtstreeks door de klant kunnen worden gefinancierd. De uitkeringsinstantie kan een verzekeraar zijn of een gemeente.

Ook ggz langer dan 1 jaar naar ZVW exclusief wonen

Dit betekent dat de Raad aanbeveelt ook de geestelijke gezondheidszorg ‘langer dan 365 dagen’, voor zover niet zijnde ondersteuning van maatschappelijke participatie, over te hevelen en ter zake te kijken naar de beslisboom uit hoofdstuk 4. De Raad is wel van mening dat ‘wonen’ in principe niet thuishoort in een zorgverzekering. De verblijfsfunctie dient alleen dan gefinancierd te worden vanuit die verzekering, indien zij een

absolute voorwaarde vormt voor effectieve psychiatrische behandeling en zorg. Als het wonen beschermd voorop staat, is de WMO het aangewezen financieringskader. Indicatiestelling speelt hier dus een cruciale rol. Omdat deze beslissend is voor de keuze tussen ZVW en WMO, zal zij op onafhankelijke wijze én regelmatig moeten plaatsvinden.

ZVW hierop aanpassen

De ZVW zal op een aantal punten moeten worden aangepast: het vereveningssysteem, voldoende mogelijkheden voor een naturaverzekering (bijvoorbeeld via collectieve contracten met gemeenten) voor kwetsbare groepen, een PGB na 6 of 12 maanden, scheiden van wonen en zorg.

Máár: niet wezenlijk veranderen; verzekeraarbaarheid voorop

Desondanks zal het karakter van de ZVW intact moeten blijven. Dit betekent dat over te hevelen AWBZ-zorg verzekeraarbaar moet zijn. Het betekent ook dat binnen de ZVW geen regime-verschillen mogen ontstaan. De over te hevelen AWBZ-zorg zal op dezelfde wijze als de “curatieve” zorg verzekerd, aangeboden en ingekocht moeten worden.

Misschien resteert een klein deel AWBZ-zorg dat in ZVW noch WMO past

Een rijksregeling?

De zojuist beschreven herverdeling van AWBZ-zorg is alleen mogelijk na aanpassing van ZVW (verevening) en WMO (compensatieplicht; regiovorming). Maar ook dan is het denkbaar dat een kleine categorie AWBZ-zorg resteert die niet onmiddellijk in een van deze financieringsvormen kan worden geplaatst. Redenen daarvoor kunnen zijn:

- het bijzondere karakter van de zorg (zeer specialistisch; een afwijkend, bijvoorbeeld justitieel, zorgdoel; een beperkt indicatie-gebied/kleine doelgroep);
- zeldzaamheid en/of schaarste van de voorziening;
- omvang van het verzorgingsgebied van een voorziening;
- prijs van de zorg.

Het gaat dan bijvoorbeeld om zeldzame aandoeningen, om combinaties van aandoeningen en gedragsstoornissen of om zeldzame comorbiditeit. Speciale aandacht behoeven de zorgvragers die op geen enkele wijze in staat zijn tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid en ook geen familie- of gezinsleden hebben die namens hen kunnen optreden.

Dat is zorg die én onverzekeraar én niet lokaal stuurbaar is

Het zullen combinaties van deze factoren zijn die een zorgproduct niet direct regulier verzekeraarbaar maken en ook niet direct geschikt maken voor een gemeentelijke regeling. Bovendien bestaat het risico van ‘vervuiling’ van specifieke verzekeraars- of gemeentelijke verantwoordelijkheden en van afwentelingsgedrag over en weer.

Of ZVW en WMO verder aanpassen of aparte regeling; RVZ voorkeur is eerste

Er zijn dan twee mogelijkheden: verdergaande aanpassing van ZVW en WMO (bijvoorbeeld in de verevening respectievelijk in bestuurlijke schaal), dan wel een aparte rijksregeling. De Raad heeft een voorkeur

voor de eerste mogelijkheid. Argumenten: het aantal knippen, het risico van afwenteling en strategisch gedrag, problemen met de indicatiestelling en de permanente dreiging van ‘verarming’ door bezuiniging op de rijksbijdrage.

Maar als kabinet kiest voor aparte regeling dan aantal aandachtspunten

Mocht het kabinet toch kiezen voor een rijksregeling, dan zijn aandachtspunten bij de vormgeving:

- voor een dergelijke regeling geldt een ‘nee, tenzij’; de reikwijdte dient beperkt te zijn in vergelijking met ZVW en WMO;
- voorkomen van afwenteling op deze bijzondere voorzieningen door middel van disincentives (doorverwijzen kost geld), specifieke indicatiegebieden en onafhankelijke indicatiestelling;
- uitvoering van de regeling kan in handen worden gelegd van een aangewezen of gecertificeerde verzekeraar dan wel van een provincie;
- het zou een overgangsregeling kunnen zijn met een beperkte looptijd, gericht op definitieve onderbrenging bij reguliere financieringskaders; de overgangsregeling heeft dan tot doel de reguliere kaders bouwrijp te maken voor de bijzondere voorzieningen.

5.2 Organisatie

Dan de organisatie van de AWBZ-zorg in de toekomst: scheiding medisch-maatschappelijk

Bovenstaand financieringsvoorstel impliceert scheiding van de medische (‘zorg’) en de maatschappelijke (‘wonen’, ‘verzorging’, ‘welzijn’) onderdelen in de keten van langdurige zorg en ondersteuning. Dit maakt het noodzakelijk het bestaande ontwerp van de zorg kritisch te bekijken. Wat men in de financiering scheidt, zal voor een aantal zorgvragers ‘op de werkvloer’ in samenhang moeten worden aangeboden. En omdat men vooraf niet weet welke zorgvragers dit zijn, zullen er nieuwe voorzieningen in de keten moeten ontstaan. De regie van de samenhang van medisch en maatschappelijk is vooral aangewezen voor mensen met ernstige of meervoudige beperkingen, zonder adequate mantelzorg, met een laag opleidings- en inkomensniveau.

Máár: op de werkvloer bruggen tussen die twee! Vijf mogelijkheden:

Het ontstaan van nieuwe medisch-maatschappelijke voorzieningen als brug tussen ZVW en WMO ziet de Raad als een randvoorwaarde. Hij ontleent dit aan de internationale vergelijking; in veel EU-landen is samenhang een probleem. Een aantal landen heeft creatieve oplossingen voor dit probleem bedacht. Er zijn vijf mogelijkheden de samenhang in de keten te bewerkstelligen:

- a. coördinatie zorg en ondersteuning;
- b. de rol van de eerstelijnszorg;
- c. relatie formele-informele zorg;
- d. andere beroepen;
- e. meer operationele samenhang care-cure.

1. Coördinatie van zorg en ondersteuning rond de knip

a. Coördinatie van zorg en ondersteuning

Realisatie van het voorstel van de Raad betekent dat het aantal knippen in de keten van langdurige zorg en ondersteuning minder wordt. Er zijn dan twee in plaats van de huidige drie systemen. Bovendien onderscheiden de resterende twee subsystemen in de keten zich van elkaar.

Verbindt ZVW en WMO met elkaar op operationeel vlak

Desondanks is het vanuit het gezichtspunt van de burger met een beperking noodzakelijk een brug tussen ZVW en WMO te slaan. In zijn advies Gemeente en zorg heeft de RVZ hieraan veel aandacht besteed, zie de bespreking van 'de koppeling- en sturingsmechanismen' in hoofdstuk 6 van het advies. Hieraan zal actief moeten worden gewerkt door VWS, gemeenten en verzekeraars. VWS zal hierin het voortouw moeten nemen. Een aantal EU-landen biedt goede voorbeelden (onder meer het VK).

Sterke regierol gemeente in de gehele keten

Een paar aandachtspunten.

- In de keten zal de gemeente een regierol moeten kunnen spelen. Concreet betekent dit dat zij in staat moet zijn samenhang in de totale zorgketen tot stand te brengen. De WMO is het wettelijk vehikel hiervoor. Het verdient aanbeveling als zij dit doet door de eerstelijnszorg en de eigen GGD in te schakelen. De eerstelijnszorg zou, in de ogen van de RVZ, voor beide systemen moeten werken - het medische en het maatschappelijke - en ook door beide moeten worden gefinancierd. De regierol van de gemeente omvat geen uitvoerende operationele taken op cliëntniveau. Die worden uitgevoerd door professionele zorgverleners of ondersteuners. De regierol in de zorgketen vereist bevoegdheden en verantwoordelijkheden die eerder in dit advies zijn genoemd.

Gemeente en verzekeraars faciliteren eerstelijnscentra

- De gemeente faciliteert met de verzekeraars (50-50 basis) de totstandkoming van nieuwe eerstelijnscentra (zie onder b), ook in de overheadsfeer (gebouw et cetera). De centra gaan fungeren als de schakel tussen ZVW en WMO (zie de ontwikkelingen in het VK/Schotland). Dit betekent dat zij, naast hun behandel- en zorgfunctie (huisarts, thuiszorg), een loketfunctie vervullen, de wegwijzer zijn in de keten van langdurige zorg en ondersteuning. De centra zullen de competenties op dit vlak moeten opbouwen. Zij zullen laagdrempelig moeten zijn (walk in centers), gericht op de doelgroep: de combinatie ernstige beperking en sociale handicaps. In aanvulling op de loketfunctie, zullen zij de rol van care of case manager kunnen spelen en zo de continuïteit van zorg en ondersteuning borgen. Financiering van de centra geschiedt uit de vrijvallende AWBZ-uitvoeringskosten (onder meer die voor de indicatiestelling).

- Indicatiestelling: regulier
- Indicatiestelling kan een belangrijk coördinerend middel zijn. De Raad is van mening dat de indicatiestelling in deze keten ‘regulier’ moet verlopen.
 - In de ZVW volgens de principes van de medische indicatie (huisarts-specialistische zorg). De eerstelijnscentra kunnen een belangrijke lokale coördinerende taak vervullen voor, in én na de indicatiestelling en zeker op het overgangsg gebied van ZVW en WMO.
 - In de WMO op de wijze eerder door de RVZ bepleit, namelijk onder regie van de gemeente, die hierin een eigen verantwoordelijkheid heeft.

2. Centrale rol eerstelijnszorg: voor community care en als drager van de medische zorg

b. De rol van de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg - huisarts, thuiszorg, paramedische zorg - speelt in de nieuwe keten van langdurige zorg en ondersteuning een essentiële rol. Om twee redenen zal zij de medische en verpleegkundige zorgtaken van AWBZ-instellingen moeten overnemen. In de eerste plaats, omdat de gewenste vervanging van instituutzorg door community care per definitie tot een groter beroep op de algemene zorg zal leiden, in het bijzonder op de eerstelijnszorg. In de tweede plaats vereisen de voorstellen in dit advies een scheiding van wonen en zorg. Dat brengt de eerstelijnszorg in beeld als facilitair en professioneel drager van de medische en verpleegkundige zorg voor de meeste AWBZ-patiënten. Verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten werken dan in en vanuit de eerste lijn. Dit geldt ook voor fysio-, ergotherapie en diëtiëk. In situaties waarin wonen en zorg niet kunnen worden gescheiden, dienen deze professionals ook voor de residentiële zorg beschikbaar te zijn.

Ggz: doorgaan op de ingeslagen weg

In de ggz kan de in de afgelopen jaren uitgezette koers - versterking relatie 1e - 2e lijn - verder worden uitgevoerd. Onderdeel zijn van de ZVW zal ongetwijfeld invloed hebben op het functioneren van de ggz: de banden met de algemene en somatische gezondheidszorg zullen worden versterkt; er zullen betere voorwaarden ontstaan voor een meer integrale patiëntenzorg in de ggz, maar ook in de somatische gezondheidszorg. Een verdere versterking van de eerste lijn met ggz-expertise (detachering, inloopspreekuur, consultatie, psychiatrische thuiszorg) zal de community care, de ambulante begeleiding van zelfstandig wonende patiënten én de kwaliteit van zorg, ook voor psychiatrische patiënten, kunnen bevorderen. Bemoeizorg en andere openbare ggz zijn een taak van de GGD en de eerstelijns gezamenlijk.

Ingrijpend voorstel, maar wel nodig en het kan, zie buitenland

Deze voorstellen betekenen een ingrijpende verandering van de eerstelijnsgezondheidszorg. De Raad vindt die verandering desondanks nodig. Hij vormt een essentieel onderdeel van de beoogde revisie van de AWBZ-zorg en moet om die reden een plaats hebben in dit advies. Er zijn overigens in Nederland, maar vooral in andere EU-landen (onder

meer VK) goede voorbeelden te vinden van een op deze manier werkende eerste lijn. De Raad heeft in eerdere adviezen al een aantal malen gewezen op de noodzaak de eerstelijnszorg in ieder geval, dus ook los van de AWBZ, anders te organiseren.

3. Combinatie van formele en informele zorg; mantelzorg onontbeerlijk

c. Relatie tussen de formele en de informele zorg

De RVZ heeft een achtergrondstudie verricht naar 'informele zorg' = mantelzorg en vrijwilligerswerk (Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg). De Raad is ervan overtuigd dat in toenemende mate de informele zorg voorwaardelijk zal zijn voor het functioneren van de keten van langdurige zorg en ondersteuning en wel om drie redenen: de naderende vergrijzing en de daarmee samenhangende budgettaire dwang, de formele AWBZ-zorg kan niet altijd in kwalitatief opzicht aan de vraag van cliënten tegemoetkomen en de groei van community care en extramurale zorg. Omgekeerd kan men zeggen dat voor het realiseren van beleidsdoelstellingen op deze drie terreinen de informele zorg een sleutelrol vervult. Op dit moment zijn er geen grote kwantitatieve problemen (in een land als Spanje bijvoorbeeld wél), maar die zouden, met kwalitatieve problemen, zoals overbelasting, door de drie genoemde redenen wel kunnen ontstaan.

Tweesporenbeleid: robuuste regeling informele zorg, maar ook informele zorg actief steunen

De internationale vergelijking laat zien dat moderne staten

- een robuuste, maar wel zorgvuldig gedefinieerde, infrastructuur moeten hebben voor de formele langdurige zorg en ondersteuning;
- bereid moeten zijn de informele zorg als complement daarvan te faciliteren (zie bijvoorbeeld OECD, 2005).

De gedachte hierachter is dat beide een positieve impuls geven aan nationale economieën. De OECD bepleit dan ook een actief beleid op beide fronten. De achtergrondstudie van het NIZW IC bevestigt dit met referentie aan negatieve Spaanse ervaringen.

Dit kan op een aantal manieren
Zorginstellingen actiever

De Raad bepleit dan ook een actief kabinetsbeleid - informele zorg is breder dan VWS! - en doet de volgende aanbevelingen.

- De samenleving mag bij monde van de overheid aan zorgaanbieders in de keten van langdurige zorg en ondersteuning vragen om een actief instellingsbeleid te formuleren voor informele zorg. In dit beleid zouden centraal moeten staan:
 - een aanbod van 'respijtzorg', door gemeenten in te kopen, ter verlichting van de taak van mantelzorgers;
 - erkenning van de mantelzorger als medezorgverlener én (potentiële) cliënt;
 - versteviging van de complementaire relatie formele - informele zorg.

Onderzocht moet worden of de WTZi gebruikt kan worden om dit te bevorderen. Andere instrumenten zijn de DBC's en verantwoording, bijvoorbeeld door benchmarking.

- Gemeente actiever
 - De WMO dient door de gemeenten benut te worden om de ondersteuning van de mantelzorg actief gestalte te geven, bijvoorbeeld door hiervoor de eerstelijnszorg c.q. de thuiszorg in te schakelen. In de eerstelijnscentra kunnen door gemeenten loketten of steunpunten voor mantelzorgers worden geopend als wegwijzers in de keten. Verder dienen gemeenten respijtzorg in te kopen bij zorgaanbieders én bij vrijwilligers. PGB of participatiebudget dient leidend beginsel te zijn in de WMO en na bijvoorbeeld 6 of 12 maanden ook in de ZVW. Met een PGB kan de mantelzorg worden betaald.
- Keuze voor mantelzorg belonen
 - De overheid zou de informele zorg kunnen stimuleren door de keuze er voor te belonen. Voor mantelzorg geldt dat het bekosten of zelfs voorkomen van een opname gehonoreerd zou moeten worden. Mogelijkheden zijn kortingen op bijvoorbeeld openbaar vervoer, een fiscaal aantrekkelijke spaar- of levensloopregeling, regelingen voor pensioenopbouw, het verminderen van bureaucratie voor mantelzorgers of het vergemakkelijken en subsidiëren van bouwvragen voor woningaanpassing. De keuze voor mantelzorg in plaats van formele zorg kan de overheid ook stimuleren door in situaties waarin deze keuze reëel is, een hogere PGB-uitkering te verstrekken.
- Vouchers voor respijtzorg
 - Mantelzorgers zouden een recht op vouchers voor respijtzorg moeten krijgen op basis van hun feitelijke inzet. De gemeente dient te borgen dat dit recht kan worden uitgeoefend.
- In CAO's ruimte maken
 - Overheid, werkgevers en werknemers zullen actief moeten zoeken naar mogelijkheden om de combinatie informele zorg -betaalde arbeid te stimuleren bij werknemers. Andere landen zijn actiever dan Nederland op dit front. Met deze combinatie kan men voorkomen dat de mantelzorg te veel menskracht wegzuigt van de arbeidsmarkt. Dit kan in de toekomst, afhankelijk van de honorering van mantelzorg, een reëel gevaar opleveren.

4. Ontwikkel nieuwe beroepen

d. Andere beroepen

In de toekomstige keten van langdurige zorg en ondersteuning zal de behoefte aan nieuwe beroepen toenemen. De internationale vergelijking laat zien dat men in andere landen actiever is. Het Nederlandse beroepenveld is behoudend. In de EU gesignaleerde nieuwe beroepen liggen onder meer:

- op het overgangsgebied tussen care en cure, bijvoorbeeld de community matrons in het VK;
- in de eerste lijn, bijvoorbeeld gespecialiseerde huisartsen;
- in de keten: als bemiddelaars of zorgmakelaars optredende zorgprofessionals;
- bij specifieke ziektebeelden als dementie;

- in de community care: meer coachen dan zorgen.
De bewindslieden van VWS zouden het tot stand komen van nieuwe beroepen moeten stimuleren en daartoe een concreet plan de campagne moeten laten opstellen.

Meer chronisch zieken, dus: care en cure integreren

e. Meer operationele samenhang care-cure

De groei van het aantal mensen met een chronische ziekte maakte in feite de combinatie van care en cure al noodzakelijk. De overheveling van AWBZ-zorg naar de ZVW zal deze noodzaak scherper in beeld brengen. De Raad pleit er voor het bestaande onderscheid tussen care en cure zo snel mogelijk te laten verdwijnen en te vervangen door zorgaanbod in de vorm van transmurale zorgketens. Daarin kunnen care- en cure-episoden alterneren op geleide van behoefte en beloop.

Zorginstellingen moeten dit z.s.m. realiseren

Instellingen en professionals werkzaam in de curatieve en in de langdurige zorg zullen veel meer dan nu het geval is moeten samenwerken of zelfs samengaan in één zorgketen. Dit geldt in het bijzonder voor de somatische chronische ziekenzorg, voor de geestelijke gezondheidszorg, voor de verpleeghuiszorg en voor de thuiszorg. Het kan dan gaan om de inzet van liaison- of transferverpleegkundigen, om participatie in of combinatie van staven, om spreekuren op een andere locatie, om koppelafdelingen, om revalidatie, om consultatie of om opname- en ontslagprocedures.

In regionaal verband, rondom ziektebeelden; ook in de ziekenhuizen

Dit zal in regionaal verband moeten worden aangepakt, veelal rondom gemeenschappelijke patiënten- of probleemgroepen (CVA, dementie, psychiatrie). Realisatie van dit advies (dat wil zeggen twee complementaire systemen: ZVW en WMO), maakt het onderscheid curatief en langdurig in feite overbodig. Hetzelfde geldt voor de zorgvoorzieningen in kwestie. Zo zou care een steviger plek moeten krijgen in het algemeen ziekenhuis, bijvoorbeeld voor Alzheimer patiënten en voor psychiatrische patiënten. De kwaliteitsindicatoren moeten hierop worden aangepast. Het ziekenhuis moet ook op zijn care-prestaties worden afgerekend. Dit begint bij de opleidingen van medisch-specialisten en verpleegkundigen. Maar het zou ook een vertaling moeten krijgen in de honorering. De Raad ziet hier een taak voor de rijksoverheid als aanjager van best practices en innovatie op het terrein van integrale zorg en ketenzorg. Verzekeraars kunnen hier een belangrijke rol spelen door de care-cure mix een vaste plek te geven in hun contracteringsbeleid (naturapolis, preferred providers).

6 AWBZ-zorg in internationaal perspectief

6.1 De eerste vraag van VWS

Vraag VWS

Hoe is de AWBZ-zorg in Europese landen georganiseerd en gefinancierd?

RVZ heeft veel materiaal verzameld

Voor de beantwoording van deze vraag verwijst de Raad naar de in zijn opdracht geschreven rapporten van het NIZW IC (twee), NYFER en Ecorys (eerder dit jaar gepubliceerd samen met het briefadvies WMO). De Raad kon verder gebruikmaken van het SCP-rapport Langdurige verzorging internationaal vergeleken en van OECD-studies. In zijn eigen achtergrondstudie Langdurige zorg: Nederland vergeleken met andere EU-landen vat de Raad de onderzoeksgegevens samen. Hoofdstuk 3 van deze achtergrondstudie bevat het antwoord op vraag 1 van VWS.

Bijlage 6 bevat de lessen uit het buitenland; onderstaand enkele conclusies

In overleg met het ministerie van VWS heeft het NIZW IC voor de Raad vijf EU-landen onderzocht. Het materiaal (twee rapporten) laat de volgende conclusies toe. Deze zijn voor de toekomst van de AWBZ van grote betekenis. De Raad heeft hiervan gebruikgemaakt bij het opstellen van zijn advies. Zijn voorstellen voor de financiering en de organisatie van de AWBZ-zorg vinden steun in de internationale vergelijking. Bijlage 6 bevat een uitvoerig overzicht van de lessen uit het buitenland die NIZW IC voor de RVZ heeft verzameld.

In EU enkele modellen. Deze lijken te convergeren

a. In veel EU-lidstaten staat de langdurige zorg hoog op de politieke agenda. Oorzaak: problemen die landen gemeen hebben, namelijk exploderende kosten door vergrijzing, personeelstekorten en gebrek aan samenhang en kwaliteit in de zorgketen. Langdurige zorg is sterk verweven met nationale waardesystemen. Nationale zorgstelsels verschillen dus sterk in organisatie en financiering. Hoofdstromen in Europa:

- het sterk uitgebouwde Scandinavische verzorgingsstaatmodel dat steunt op een brede verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur voor zorg en ondersteuning;
- het op traditionele familie­zorg geënte model van Spanje en Portugal;
- het relatief centralistische Bismarck- of Rijnland-model (de collectieve of 'sociale' ziektekostenverzekering) van onder meer Oostenrijk, Duitsland en Nederland.

Deze Europese hoofdstromen lijken te gaan convergeren:

- Zweden beperkt de reikwijdte van de verzorgingsstaat;
- Spanje is op zoek naar uitbreiding van de publieke sector en de professionele zorg;
- Duitsland onderzoekt alternatieven voor de verzekering;

Convergentie:
beperking rechten, zorg en
zekerheid, privatisering,
arbeidsbesparing

- Nederland introduceert marktwerking in zijn verzekering.
- b. Deze convergentie ontstaat wellicht mede onder druk van de OECD. Centraal staan in dit proces:
 - beperking van recht of aanspraak en van indicatiegebied; concentratie op ernstige beperking in combinatie met maatschappelijke problematiek (van 'langdurige zorg' naar 'maatschappelijke opvang'); discussie in veel landen over de core business van de langdurige zorg;
 - hernieuwde verkenning van het raakvlak van langdurige zorg en sociale zekerheid;
 - revitalisering en 'ontstating' van het particulier initiatief;
 - een verschuiving van risicosolidariteit naar inkomenssolidariteit;
 - onderzoek naar arbeidsbesparende en productiviteitverhogende mogelijkheden.

Al deze ontwikkelingen zullen ook in Nederland een rol moeten spelen bij de herinrichting van de AWBZ-zorg en zijn terug te vinden in dit RVZ-advies.

AWBZ komt nergens voor
d.w.z. zo integraal, zó breed
en zo laagdrempelig

- c. De meeste EU-landen onderscheiden op de een of andere manier (medische) zorg en (maatschappelijke) ondersteuning. Een amalgaam als de AWBZ-zorg komt in andere landen niet voor. Dit geldt ook voor de breedte van het AWBZ-pakket. Veel landen financieren de medische en de maatschappelijke voorzieningen afzonderlijk. Wel zijn veel landen op zoek naar nieuwe verbindingen tussen de twee systemen. Algemeen beeld is drieërlei.
 - Een inperking van het medisch domein door professionalisering, pakketbeheer en evidence based handelen. Soms ook de introductie van marktelementen. Een stringenter indicatiestelling en hoge eigen bijdragen.
 - Daarentegen juist een brede, integrale taak voor het lokaal bestuur op het terrein van de ondersteuning. 'Ondersteuning' omvat een groot aantal voorzieningen en diensten op het terrein van de sociale hulpverlening. In een aantal landen kan de lokale overheid dit zelf financieren. Centralisering van deze taak, bijvoorbeeld van de indicatiestelling (zoals in Nederland) komt men in andere landen niet tegen. Inkomenstoets voor basisvoorzieningen. Voorzieningen zijn laagdrempelig.
 - Het ontstaan van liaison- en bemiddelingsfuncties tussen deze twee domeinen gefinancierd (met een PGB of eigen betalingen) door de 'competente' consument: de 'expert patiënt' (of mantelzorger) en door de introductie van nieuwe beroepen. Overheden in andere EU-landen beschikken over de beleidsinstrumenten om dit te realiseren en vertonen vaak innovatief gedrag op dit terrein.

Er is nog een groot aantal
andere lessen uit het buitenland
te trekken!

- d. Overige lessen uit het buitenland:
 - de stimulering van de mantelzorg in vooral Finland en Ierland en de neerwaartse effecten hiervan op het gebruik van de for-

- mele zorg; maar ook de negatieve ervaringen in Zweden met honorering van mantelzorgers; een eigen indicatie voor de mantelzorg in het VK en in Zweden;
- het te zwaar leunen op de informele zorg in onder meer Oostenrijk en Spanje bij een te lichte zorginfrastructuur leidt op den duur tot negatieve maatschappelijke gevolgen (voor onder meer de inzetbaarheid van de beroepsbevolking in de marktsector). Zie ook: OECD, 2005. Spanje zoekt nu dan ook naar versterking van de onderontwikkelde publieke zorgsector;
 - de succesvolle, want houdbare financiering van de ouderenzorg in Denemarken (hoog kwaliteitsniveau, decentrale sturing, concurrentie tussen aanbieders);
 - in Finland, Zweden en het VK is de taak van de gemeente breder dan die in Nederland is voorzien in de WMO. In deze landen is de gemeente verantwoordelijk voor ondersteuning én zorg, soms met intensieve begeleiding. Gemeenten beschikken in deze landen over meer instrumenten en middelen om deze zware taken uit te voeren. Financiering van langdurige formele en informele zorg uit gemeentelijke belastingheffing in enkele Scandinavische landen (eenheid van budgettering en uitvoering);
 - de volledige vervanging van het naturastelsel door een PGB-achtige zorgvergoeding in Oostenrijk (die naar vrije keuze kan worden aangewend);
 - de inzet van 'disease managers' en 'community matrons' in het VK om opnemingen van de meest kwetsbare patiënten te voorkomen; Spanje kent de 'public health agency' als bemiddelingsinstantie (alle te typeren als bemiddelaars/makelaars die de gevolgen van de knippen in de zorgketen moeten opvangen). Wegbewijzing in de keten;
 - de ontwikkeling van nieuwe praktijken van dementiezorg (groepszorg, getrainde thuisbezoekers etc.) in Duitsland waaraan ook het ministerie van Familie, ouderen, vrouwen en jeugd bijdraagt. Dit laatste garandeert een brede beleidsvisie op de zorg voor demente mensen. In het algemeen ziet men in een aantal landen programma's ontstaan voor specifieke doelgroepen met een vaak ziektegericht aanbod. De care lijkt hier de cure te volgen en zoekt dus in feite een alternatief voor de functiegerichte organisatie van het zorgaanbod;
 - de gerichte en actieve aanpak van de vernieuwing van zorgberoepen in de langdurige zorg in Schotland en Duitsland (toepassing van ICT, samenwerking, taakherschikking, fundamentele herijking van beroepsprofielen). Men ziet in een aantal landen kans bestaande beroepsprofielen wezenlijk te veranderen;
 - de deels positieve, deels negatieve ervaringen in het VK en in Zweden met de aanpak van de 'verkeerde bedden-problematiek' (financiële prikkels);

- de consultaties en publieksdiscussies in het VK, Schotland en Duitsland over langdurige zorg (jaarlijkse gezondheidsconferentie met bevoegdheden);
- de primary care trusts, wijkcentra en (sociaal-medische) gezondheidsdiensten met een brede coördinerende taak in de keten van langdurige zorg en ondersteuning in het VK, Spanje en Portugal. Dit is integratie van sociaal en medisch, van volksgezondheid en zorg, op operationeel niveau aan de basis (eerste lijn) van het systeem.

6.2 De tweede vraag van VWS

Vraag 2 van VWS	Hoe zijn de resultaten (in termen van investeringen en uitkomsten) van het Nederlandse systeem in vergelijking met die van andere landen?
Deze kán de RVZ op dit moment niet beantwoorden!	De RVZ moet op basis van het verzameld materiaal constateren, dat de tweede vraag van VWS niet klip en klaar is te beantwoorden. De reden hiervoor is dat internationale consensus, ook binnen de EU over definities en indicatoren ontbreekt. En zolang dat het geval is, ontbreekt de basis voor een zinvolle vergelijking van systeemresultaten. Tot die tijd zal het benchmarken van nationale zorgsystemen vrijwel onmogelijk zijn (zie bijvoorbeeld de grote verschillen tussen cijfers van het Economic Policy Committee en die van de OECD). De achtergrondstudies van NIZW en RVZ laten dit duidelijk zien. Ook de OECD heeft dit vastgesteld.
Materiaal laat dat niet toe en dat is ernstig	Dit is een uiterst ongewenste situatie. EU-lidstaten kunnen niet van elkaar leren, het belemmert het wetenschappelijk onderzoek, het staat convergentie van zorgsystemen in de weg. De Raad beveelt de staatssecretaris van VWS aan op het terrein van de langdurige zorg actie te ondernemen in EU- en OECD-verband.
Actie VWS is geboden in EU en OECD	De open methode van coördinatie (OMC) is te benutten voor een discussie over de vormgeving van de toekomstige AWBZ-zorg en toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de langdurige zorg. Nederland zou, mede op basis van dit advies, de Europese discussie over longterm care in de OMC kunnen voeden.
Bedenk: systeemvergelijkingen altijd moeilijk!	Hierbij moet men wel bedenken dat systeemvergelijkingen op investeringen en opbrengsten altijd moeilijk zijn. De relatie tussen zorgsysteem en zorguitkomst, bijvoorbeeld in termen van levensverwachting, is niet direct vaststelbaar. Zo is de levensverwachting van de Spanjaard hoger dan die van de Nederlander. Toch heeft Spanje geen infrastructuur voor de langdurige zorg, terwijl die in Nederland nu juist relatief zwaar is.

Toch is er wel iets over te zeggen en dat geeft zeker een beeld

- Desondanks leert de internationale vergelijking ons wel iets, zie bijlage 6. En daarmee heeft de Raad rekening gehouden in zijn advies.
- a. Indien men de kosten van de verzorgingshuizen niet meerekent, zoals andere landen, conform aanbevelingen van de OECD, praktiseren, bevindt Nederland zich met zijn uitgaven voor langdurige zorg in de Europese middenmoot (zie de achtergrondstudie *Achtergronden voor internationale vergelijking van langdurige zorg*).
 - b. De Nederlandse uitgaven voor de langdurige zorg, exclusief de verzorgingshuizen, zijn dus gemiddeld in vergelijking met andere EU-landen (OECD, 2005). Toch heeft Nederland een relatief grote capaciteit formele langdurige zorg (zie bijvoorbeeld SCP, 2005). Gezien het grote aantal zorgconsumenten in Nederland, is ook onze zorgproductie relatief hoog. Verder stelt het SCP vast dat de 'zorgkans' in Nederland relatief hoog is (dit zou men de dekkinggraad of het bereik van de zorg kunnen noemen).
 - c. Wel investeert Nederland relatief veel in intramurale langdurige zorg. Dat neemt niet weg dat Nederland ook met zijn thuiszorgcapaciteit hoog scoort. Hier lijkt weinig substitutie op te treden. Ook heeft Nederland relatief veel formele en, ten opzichte van sommige EU-landen, weinig informele zorg. Hier lijkt wel sprake te zijn van substitutie (SCP, 2005).
 - d. Nederlanders met een beperking hebben een relatief slechte positie op de arbeidsmarkt en in meer algemene zin komt community living voor hen in Nederland niet goed van de grond. Dit zou men een slechte systeemperformance kunnen noemen van een relatief zware infrastructuur voor langdurige zorg. Men kan ook zeggen: 'zorg' en 'participatie' sluiten elkaar blijkbaar uit.
 - e. Bij dit alles moet worden aangetekend dat Nederland trager vergrijst dan veel andere EU-landen. Het SCP verwacht voor de ouderenzorg in de komende 20 jaar een toename van de vraag van 22% (SCP, 2004). Maar door de relatief hoge mate van formele en institutionele zorg, is Nederland wel extra kwetsbaar voor de gevolgen van vergrijzing.
 - f. Ondanks stevige investeringen in de Nederlandse verpleeghuiscare, scoort Nederland, zeker gezien zijn welvaartsniveau, middelmatig op privacy in verpleeghuizen (% eenpersoonskamers).
 - g. Nederland beschikt over een relatief groot aantal categoriale psychiatrische bedden (in apz'en). Het aantal psychiatrische bedden daalt in Nederland relatief langzaam. Nederland heeft ook veel forensisch psychiatrische bedden én een gemiddelde, maar snel stijgende gevangenispopulatie (die voor een deel bestaat uit mensen met een psychische stoornis). Toch lijkt de 'justitiële reïstitutionalisering', die wij in een aantal EU-landen zien, zich in Nederland in mindere mate te voltrekken. De Nederlandse apz'en lijken een asiel functie te vervullen die in andere landen soms ontbreekt. Daar staat tegenover dat psychiatrische patiënten zich in Nederland moeilijk staande

kunnen houden in de samenleving. Wellicht speelt het ontbreken van een extramurale asielfunctie hier een rol in.

Conclusies uit de
internationale vergelijking

De Nederlandse AWBZ-zorg levert de zorgvrager veel intramurale zorg. Anders gezegd: in Nederland is de langdurige zorg, veel meer dan in andere EU-landen, een combinatie van wonen en zorg. Het verzorgingshuis is een goed voorbeeld. In vrijwel geen enkel land wordt een dergelijke voorziening uit de publieke long term care middelen gefinancierd. Het zelfstandig wonen van mensen met een beperking is in Nederland minder ontwikkeld. De relatief zware woon-zorg infrastructuur komt niet meer tegemoet aan de preferenties van de burger en maakt het zorgsysteem kwetsbaar voor de gevolgen van de vergrijzing. Die zal Nederland dan ook waarschijnlijk in financieel opzicht relatief hard treffen, reden om nu al de AWBZ-zorg anders in te richten. In het algemeen kan men zeggen dat Nederland niet goed is in de organisatie van het extramurale asiel. Zo'n asiel vereist een flexibel zorgnetwerk rondom de cliënt: een vraag- in plaats van een aanbodoriëntatie. In dat opzicht kan men spreken van een verouderde zorginfrastructuur en een deels achterhaald zorgconcept. In pure zorguren gerekend, is de systeemprestatie van Nederland niet slecht. De investeringen zijn terug te vinden in productie, bereik en toegankelijkheid.

7 De realisatie van dit advies

7.1 Lost dit advies de problemen in de AWBZ op?

Biedt dit advies de oplossing voor de knelpunten?

In hoofdstuk 3 noemde de Raad drie knelpunten in de AWBZ. Biedt hij met dit advies een oplossing voor deze knelpunten?

Knelpunt 1:

Onduidelijke plaats van de AWBZ temidden van ZVW en WMO; versnippering langdurige zorg over drie publieke financieringssystemen met als gevolg: twee ‘knippen’.

1. Ja, want nog maar één knip en die is uit te leggen en overkomelijk

De Raad stelt voor het aantal publieke financieringssystemen terug te brengen van drie naar twee en het aantal knippen van twee naar een. De resterende knip is acceptabel. Die zal leiden tot twee homogene ketens. De twee waardesystemen – het ‘medische’ en het ‘maatschappelijke’ – zullen beter ten opzichte van elkaar zijn gepositioneerd. Dit komt de sturing op verwachtingen, geldstromen, indicaties en kwaliteit ten goede. Bovendien leidt realisatie van dit advies tot systeemintegratie van de medische care en cure, hetgeen een bevestiging inhoudt van de praktijk.

Knelpunt 2:

De AWBZ levert onvoldoende kwaliteit van leven en realiseert te weinig maatschappelijke participatie.

2. Ja, want kans op én betere zorg én meer participatie neemt toe

Realisatie van dit advies kan leiden tot meer kwaliteit van zorg én meer kwaliteit van leven. Hierdoor zal de care zijn draagvlak in de samenleving, dat wil zeggen zijn aantrekkelijkheid voor de middengroepen, behouden. En zal de ‘participatie’ (kwaliteit van leven), verlost van het juk van de ‘zorg’, meer tot zijn recht kunnen komen. Gevolg van dit advies is ook dat wonen en zorg gescheiden zullen worden, hetgeen de institutionele oriëntatie van de AWBZ-zorg zal verminderen. Voor participatie geldt dat deze alleen in de lokale samenleving succesvol kan verlopen. Het is dus geen taak van de verzekeraar, maar van de gemeente.

Knelpunt 3:

Een toenemende en moeilijk beheersbare vraag tast de houdbaarheid van de AWBZ aan.

3. Ja, want én meer private financiering én betere beheersbaarheid

Ook voor dit knelpunt geldt dat het inherent is aan de AWBZ. De huidige verknoping van ‘zorg’ en ‘participatie’ maakt de indicatiestelling moeilijk objectiveerbaar. Scheiding van deze twee zal dit verbeteren. De Raad pleit ervoor het onderscheid tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid consequent toe te passen op het huidige AWBZ-pakket. Een deel van dit pakket hoeft niet in een publieke regeling te

worden ondergebracht. Het voorstel van de Raad deelt de verantwoordelijkheid voor de kosten toe aan burger, respectievelijk gemeente en verzekeraar. Elk is aanspreekbaar op een eigen domein. Hierdoor zal Nederland zich beter kunnen voorbereiden op de gevolgen van de naderende vergrijzingsgolf.

Realisatie advies?

Vier voorwaarden!

7.2 Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan?

Voor de realisatie van dit advies moet aan vier voorwaarden zijn voldaan.

1. PGB en Wet gelijke behandeling
a. Een ongeclausuleerd PGB als onderdeel van een participatiebudget en een brede toepassing van de Wet gelijke behandeling. Dit zijn de twee centrale sturingsinstrumenten voor langdurige zorg en ondersteuning met als ijkpunten: autonomie, zelfbepaling en regie over het eigen leven.
2. Zwaardere taak gemeente mét meer middelen
b. Een zwaardere taak én meer beleidsinstrumenten voor de gemeente. De WMO zal op onderdelen moeten veranderen:
 - een veel bredere verantwoordelijkheid voor ‘maatschappelijke ondersteuning’;
 - ruimte voor lokale differentiatie, maar wél een compensatieplicht;
 - meer countervailing power bij de burger;
 - meetbare prestaties op het terrein van de participatie, onafhankelijke prestatiemeting;
 - een eigen belastinggebied.
3. ZVW voor alle zorg
c. Een ZVW die dekking biedt voor de medische cure én care. Deze twee moeten op geleide van de zorgvraag in samenhang worden aangeboden. ZVW-zorg moet verzekeraar zijn.
4. Loopbruggen tussen WMO en ZVW
d. Loopbruggen moeten WMO en ZVW verbinden. Deze bevinden zich in de eerstelijnszorg, die anders moet worden georganiseerd. Nieuwe beroepen en verdere versterking van de informele zorg zijn noodzakelijk, ook al om het dreigend tekort aan zorgarbeid te kunnen opvangen.

Realisatie is haalbaar!

De implementatie moet gericht zijn op de realisatie van deze voorwaarden. Dit is haalbaar, in de ogen van de Raad.

7.3 Implementatie

Terughoudendheid met nieuwe plannen, maar reorganisatie AWBZ-zorg is echt nodig

De RVZ beseft dat, naast de grote projecten WMO, ZVW, DBC en kapitaallasten, men terughoudend moet zijn met nieuwe stelselplannen. Toch is het nodig de AWBZ-zorg anders te financieren en te organiseren. De Raad is zelfs van mening dat het nalaten van die verandering een risico inhoudt voor de andere grote projecten. Het kan op termijn de effec-

tiviteit daarvan aantasten. Niets doen verkleint ook de houdbaarheid van de risicosolidariteit, zie hiervoor het signalement Houdbare solidariteit van de Raad. De naderende vergrijzing speelt daarbij een rol. Niets doen is dus geen optie. Actie is geboden.

Dit advies wijkt driemaal af van kabinetsbeleid

De Raad realiseert zich met dit advies op drie punten af te wijken van het kabinetsbeleid:

- een care-cure zorgverzekering in plaats van de curatieve ZVW;
- het afschaffen van de AWBZ in plaats van de modernisering ervan;
- een wezenlijk andere, in ieder geval steviger, WMO dan thans beoogd.

Alles draait om implementatie:

Toch denkt de Raad dat zijn voorstellen goed zijn in te passen in de beleidslijnen voor de komende jaren. Voor het welslagen daarvan is een intensieve transitieperiode, door VWS geregisseerd, voorwaarde. Daarover deze aanbevelingen.

Een krachtig statement over de AWBZ-zorg!

- Het startschot moet zijn een niet mis te verstaan statement van dit kabinet over AWBZ-zorg. Dit moet zijn een langetermijnstrategie voor de AWBZ op hoofdlijnen. Het kabinet zou de nadruk moeten leggen op zijn visie op de zorg en de ondersteuning voor mensen met een beperking en op hun plaats in de Nederlandse samenleving. Het moet zijn ambities én zijn ijkpunten op dit vlak presenteren.

En wel zo snel en zo integraal mogelijk

- Dit statement zou er snel moeten komen. Het kan richting geven aan de lopende veranderingen (WMO en AWBZ). En het kan de discussies over de veranderingen weer terugbrengen bij de hoofdlijnen, bij de beleidsstrategie en bij de inhoud (de keten van langdurige zorg en ondersteuning). De Raad is van mening dat er in de zorgsector grote behoefte bestaat aan een visionair statement waarin vele lijnen met elkaar worden verweven en waarin de mogelijkheden en behoeften van burgers met beperkingen centraal staan.

Debat in de samenleving over plaats mensen met een beperking

- De Raad stelt voor hierover een debat te organiseren in de samenleving, waarin alle betrokkenen een rol kunnen spelen. Doel: consensus verkrijgen over de essentie: onze kijk op de plaats van mensen met een beperking in de samenleving. Wat is maatschappelijke participatie? Aan welke voorwaarden dient zorg te voldoen? Het kabinet kan hierbij leren van ervaringen met dergelijke debatten in Duitsland (Nord-Rhein Westfalen) en het VK (onder meer Schotland). De resultaten zouden door een comité van burgers aan het parlement kunnen worden voorgelegd ter beoordeling, voorafgaande aan het overleg met het kabinet over diens visie. Belangrijk is ook het niet te beperken tot het VWS-terrein, maar er de terreinen arbeid, onderwijs en volkshuisvesting bij te betrekken.

- Groot aantal beleidsprocessen kan gewoon doorlopen - Een aantal beleidsprocessen zal moeten worden doorlopen: de overheveling van de ggz naar de ZVW, de WMO, de ontwikkeling van DBC's, de kapitaallastingreep. Verder kunnen in de AWBZ-DBC's wonen, zorg en welzijn worden onderscheiden. Dit heeft consequenties voor de modernisering van de AWBZ. Het betekent dat de kabinetsvisie, inclusief een stappenplan, er snel moet komen. De Raad adviseert de jaren 2006 en 2007 te gebruiken voor visie en debat. Een nieuw kabinet kan dan de uitvoering ter hand nemen. Belangrijk is dat alle betrokkenen zo spoedig mogelijk weten waar zij aan toe zijn.
- Sla nu al de loopbruggen tussen ZVW en WMO - De Raad beveelt aan om zo snel mogelijk te starten met de in dit advies genoemde coördinatiemechanismen:
- tussen medisch en maatschappelijk;
 - in de eerstelijnszorg;
 - tussen formele en informele zorg;
 - in de vorm van nieuwe beroepen;
 - tussen care en cure.
- VWS zou met zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de zorg 'op de knip' tussen ZVW en WMO.
- AWBZ én WMO én ZVW: integrale benadering - De Raad wil zijn pleidooi uit het advies Gemeente en zorg herhalen: dit grote project moet een integraal karakter hebben, dat wil zeggen betrekking hebben op WMO, AWBZ en ZVW, dus op de maatschappelijke participatie, op de langdurige zorg, op de curatieve zorg en op de publieke gezondheid.
- Het volgend regeerakkoord! Dit advies is vooral geschreven voor de komende kabinetsformatie en een volgend regeerakkoord.

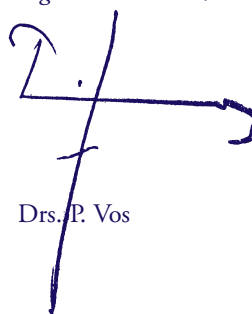
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Uit: Werkprogramma 2004-2005. Nieuw adviesthema voor 2004, nr. 4.

AWBZ-zorg in internationaal perspectief (categorie 1 of 2)

De groei van de kosten van de AWBZ baart zorgen. Het is de vraag of de wijze waarop (onderdelen van) deze zorg (longterm care) in het Nederlandse stelsel georganiseerd en gefinancierd wordt niet voor verbetering vatbaar is. Een Europese vergelijking zou mogelijk nieuwe inzichten bieden voor de beantwoording van deze vraag. De wijze waarop en de omvang waarin de AWBZ-zorg wordt aangeboden en gefinancierd, verschilt namelijk sterk per land. De kosten zijn moeilijk vergelijkbaar, omdat zij vaak bij zeer uiteenlopende onderdelen van de samenleving neerslaan. Tegen deze achtergrond zal de RVZ de volgende vragen beantwoorden.

Ten eerste: hoe is de AWBZ-zorg in de diverse Europese landen momenteel georganiseerd (wat wordt aangeboden en door welke aanbieders wordt de zorg geleverd en op welke wijze worden de verschillende arrangementen gefinancierd?) Ten tweede: is het interessant om te weten hoe de resultaten (in termen van uitkomsten en de daarmee gemoeide middelen) van het Nederlandse systeem zijn in vergelijking met andere landen? Uiteraard is het daarbij de vraag welke mogelijkheden de RVZ op basis van deze vergelijking ziet om de AWBZ-zorg beter te organiseren en te financieren. De vergrijzing van de samenleving moet hierbij worden meegenomen. In de performancerating zal de RVZ gebruik maken van de OESO-studies op dit vlak. Het regeerakkoord zal hierbij als advieskader dienen.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Vanuit de Raad

mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Samenstelling ambtelijke projectgroep

drs. P. Vos, projectleider

drs. E.G. Brummelman, projectmedewerker

mw. drs. N.I. Fotinos, gedetacheerd vanuit CVZ

mw. I.A. de Prieëlle, projectsecretaresse

mw. dr. A.J. Struijs, adviseur

Samenstelling klankbordgroep AWBZ

- dr. M.G. Boekholdt, Zonnehuisgroep, Soesterberg
- mw. prof. dr. G.A.M. van den Bos, Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- mr. R. van Boxtel, Menzis zorg
- prof. dr. A.L. Bovenberg, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg
- drs. M.C. Dekker, Stichting Zorgspectrum, Nieuwegein
- W. Ety, Andersson Elffers, Felix B.V.
- prof. dr. B.P.R. Gersons, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- H.R.Th. Kröber, Stichting Maaskring, Rotterdam
- drs. Th.H. Roes, Sociaal en Cultureel Planbureau
- mw. M.A.J. van der Tas, wethouder gemeente Apeldoorn/lid VROM-raad
- mw. A.E. Verstand-Bogaert, voorzitter Gehandicapten en Chronisch Zieken Raad

Bijlage 3

Verlagen regiodebatten

De AWBZ voldoet niet meer

In opdracht van de minister van VWS brengt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uit over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een nieuwe visie is actueel als gevolg van en in samenhang met de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) per 1 januari 2006 en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) per 1 juli 2006. Heeft de AWBZ tussen deze twee 'knippen' nog bestaansrecht? De RVZ vindt van niet. In vier debatten (met de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en branche- en beroepsorganisaties) werd de mening van het veld gevraagd.

Knelpunten

Een aantal knelpunten noopt tot een kritische beschouwing over het bestaansrecht van de AWBZ.

- De positie van de AWBZ tussen ZVW en WMO: drie knippen
- De stijgende zorgvraag; dreigende onbeheersbaarheid van de AWBZ in termen van kosten en arbeid
- Kwaliteit/responsiviteit: de AWBZ wordt meer en meer een 'armenvoorziening' en draagt onvoldoende bij aan de maatschappelijke participatie van burgers met een beperking.

Uitgangspunten

- De RVZ kiest nadrukkelijk voor het perspectief van de burger en specifieker: voor het dagelijks leven van mensen met een beperking.
- Het grondwettelijk recht op gelijke behandeling
- Eigen verantwoordelijkheid, eigen rekening, eigen regie
- Versterking van community care/inclusieve samenleving/lokaal bestuur
- doelgroepen: gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg
- Minder knippen
- Scheiding zorg, wonen, onderwijs, werk en welzijn
- Toekomstig stelsel
- Een alternatief moet gebaseerd zijn op een wezenlijk ander sturingsprincipe: decentraal in plaats van centraal. De RVZ kiest voor twee modellen:
- WMO: ondersteuning maatschappelijke participatie
- ZVW: preventie, cure en care, op basis van geclausuleerde risico-solidariteit

WMO

Voorwaarde voor het wetslagen van het RVZ-voorstel is een brede 'robuuste' WMO met autonome beleidsvrijheid voor de gemeenten. Niet de procedures, maar de resultaten moeten tellen. De RVZ pleit voor regionale afstemming en (onderzoek naar) een eigen belastinggebied.

Informele zorg

- Informele zorg zal moeten worden versterkt vanwege de te verwachten financiële en personele druk op de professionele (formele) zorg en vanwege haar sleutelrol in de inclusieve samenleving.
- Incentives:
- Erkenning van de waarde van informele zorg als volwaardig, complementair onderdeel van de zorgketen
- Actieve ondersteuning (door zorgaanbieders en gemeenten)
Compensatie (korting openbaar vervoer, fiscale tegemoetkoming, vrijstellingen, versoepeling bouwaanvragen)
- Stimulering van de combinatie informele zorg/betaalde arbeid

Conclusies

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in oktober en november 2005 uitvoerig met partijen in het veld gediscussieerd over de toekomst van de AWBZ. De raad heeft de opmerkingen tijdens deze discussies in zijn advies aan de minister van VWS verwerkt. De verslagen van de debatten worden gebundeld en naar de deelnemers toegestuurd. Een samenvatting van de debatten wordt als bijlage bij het advies aan VWS gevoegd.

De raad heeft de debatten met zorgaanbieders en zorgverleners (gehandicaptenzorg, GGZ en ouderenzorg), lokale en provinciale bestuurders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en cliënten-, branche- en beroepsorganisaties als zeer inspirerend ervaren. Het zijn belangrijke ontmoetingen geweest voor de raad én voor partijen in het veld, die op deze manier formeel en informeel met elkaar van gedachten konden wisselen over wat er speelt, waar men in de praktijk tegenaan loopt en waar het in de toekomst naar toe zou moeten.

Uitgangspunten

In alle debatten wordt de stelling van de RVZ onderschreven, dat zorg (cure en care) en maatschappelijke participatie qua sturing en financiering twee aparte grootheden zijn en dat de AWBZ een uit zijn jas gegroeide vergaarbak van beide is geworden. Men erkent ook dat als de (medisch-verpleegkundige) zorg is gegarandeerd (via de Zorgverzekeringswet/ZVW) de belangrijkste voorwaarde voor het welbevinden van mensen met een (ernstige) beperking gelegen is in hun dagelijks leven en in hun mogelijkheden maatschappelijk mee te doen. In alle

bijeenkomsten onderschrijven de deelnemers dan ook het uitgangspunt van de RVZ dat iedereen recht op die maatschappelijke participatie – in het kader van de Wet Gelijke Behandeling – heeft. In het verlengde hiervan erkennen partijen in het veld tevens dat die maatschappelijke participatie dichtbij huis, om de hoek, in de eigen wijk en in de eigen gemeente moet worden ondersteund en gestimuleerd (= via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning/WMO). Zo bezien maakt de AWBZ zichzelf qua inhoud en positie – zwevend tussen ZVW en WMO – overbodig. Het veld bevestigt de complexiteit en zwaarte van zo'n structuur met drie knippen en ziet in beginsel ook de logica en de voordelen (effectiviteit, vereenvoudiging) van een stelsel met twee systemen. In de debatten staat dan ook niet zozeer het advies van de RVZ om de AWBZ op te heffen ter discussie – alhoewel sommigen in de Gehandicaptenzorg en GGZ het wel erg 'rigoreus' vinden – als wel de vraag waar straks precies de knip komt en of gemeenten met de WMO de maatschappelijke participatie wel voldoende kunnen organiseren.

In alle debatten krijgt het door de RVZ beschreven onderscheid in doelgroepen in plaats van functies/voorzieningen bijval. Hiermee wordt, vindt men, een betere basis gelegd voor een vraaggestuurd zorgsysteem. Hoewel men ook het RVZ-principe 'eigen verantwoordelijkheid/eigen rekening/eigen regie' onderschrijft, zijn veel deelnemers aan de debatten bezorgd over de groep burgers die deze verantwoordelijkheid niet aankan.

WMO

Waar de RVZ graag debatten op hoofdlijnen had gevoerd – centrale sturing versus decentrale (lokale) regie, collectieve versus individuele verantwoordelijkheid, de waarde van maatschappelijke participatie tegenover zorg en bescherming – daar wordt in de bijeenkomsten met het veld vooral gesproken over de WMO, de praktische uitwerking van deze nieuwe wet en bijzondere doelgroepen en hun specifieke zorg- en begeleidingsbehoefte. Alle partijen uiten in dit verband hun twijfels over de WMO zoals die nu op stapel staat. Men waarschuwt voor 'gaten' tussen de ZVW en de WMO en vreest gebrek aan coördinatie en deskundigheid op gemeentelijk niveau. Daarbij ziet men in het veld het gevaar dat gemeenten groepen burgers niet adequaat zullen kunnen bereiken. Die zorg betreft overigens ook burgers die nu geen AWBZ-zorg ontvangen. Gemeenten op hun beurt vrezen bij de uitvoering van de WMO zoals die nu op hen afkomt voor te weinig autonomie en te veel macht van verzekeraars en zorgkantoren. Op alle niveaus wordt in de debatten gevraagd om garanties en zekerheden. Ook de RVZ is voorstander van een 'steviger' WMO, zijnde een van de peilers onder het AWBZ-advies. Met een brede en robuuste WMO, inclusief compensatieplicht en gedegen inhoudelijke verantwoording, de inzet van professionals, versterking van de informele zorg, extra bescherming voor zwakke groepen en een eigen gemeentelijk belastinggebied kunnen gemeenten volgens de raad

die maatschappelijke participatietaak straks goed aan. Wat tijdens de discussies met het veld opvalt is een zekere huiver voor veranderingen en wantrouwen jegens de overheid. Enerzijds wordt ‘Den Haag’ verdacht van een dubbele agenda – verborgen bezuinigingsmotieven achter de ‘WMO-operatie’ – anderzijds betwijfelt men of gemeenten straks hun regiefunctie zullen waarmaken. In alle debatten wordt gepleit voor behoud van een AWBZ-achtig vangnet om bijzondere doelgroepen van zorg én maatschappelijke ondersteuning te verzekeren. De RVZ erkent de noodzaak van een klein publiek domein, maar waarschuwt daarbij voor het risico van het (wederom) uitdijen van zo’n speciale regeling. In enkele bijeenkomsten is er ook expliciete waardering voor het politieke statement dat de RVZ met zijn advies afgeeft. Men bevestigt het belang van het nu al ontwikkelen van een visie, opdat er een toekomstbeeld ontstaat waar gericht en gezamenlijk naar toe kan worden gewerkt. Hiermee is het veld de overheid als het ware een slag voor. In alle debatten wordt gepleit voor een rustig invoeringstraject.

Gehandicaptenzorg

Op 13 oktober 2005 vond het regiodebat met de sector Gehandicaptenzorg in Noord-Nederland plaats. Locatie: Heerenveen.

Deelnemers aan het debat

Dhr J. Verrijck, Talant
Mw W. Dommerholt, Noorderbrug
Dhr J. Boomgaardt, Zorgkantoor Friesland
Dhr N. Medema, Stichting Palet
Dhr M.A. Becherer, GGZ Friesland
Dhr C. Marsman, Zorggroep Friesland
Dhr K. van Anken, SMO De Terp
Dhr F. Kuik, Talant
Dhr C. Hesse, Hoeve Boschoord
Dhr K. Daniëls, OlmenEs
Dhr H. Laros, Maeykehiem
Dhr P. Vriesema, NOVO
Dhr W. Haddingh, De Leite
Mw H. de With, De Zijlen
Mw L. Helwig-Nazarowa, Vanboeijen
Dhr F. Wallis, DHV
Dhr A. Ekhart, gemeente Sneek
Dhr A. Duursma, gemeente Opsterland
Mw J. Beerda, gemeente Smallingerland
Dhr O. Herder, provinciaal WMO overleg
Dhr P. Vos, RVZ
Dhr E.G. Brummelman, RVZ

In het debat met de sector Gehandicaptenzorg wordt nadrukkelijk gepleit voor het inzetten van specifieke deskundigheid bij de maatschappelijke ondersteuning van cliënten. Er is vrees dat met het radicaal opdoeken van de AWBZ de waarborgen voor de gehandicaptenzorg verloren gaan. Er moet iets van een publiek systeem blijven ter bescherming van ernstig gehandicapten, aldus het pleidooi. Ook voor bijzondere doelgroepen, zoals dropouts en sociaal zwakke randgroepen op het grensvlak van gehandicaptenzorg, psychiatrie en justitie moet volgens het veld een vangnet worden gecreëerd. Om de rust in het veld te bewaren wordt in het debat met de Gehandicaptenzorg gepleit voor een tweesporenbeleid als alternatief voor het volledig opheffen van de AWBZ. “Gooi het goede van de AWBZ niet weg”, zo wordt opgemerkt. “Leg de uitvoering van een verbeterde AWBZ-ouderenzorg via de WMO bij gemeenten, zodat de voordelen van lokale regie in combinatie met professionele zorg volledig kunnen worden benut en geef intussen de gehandicaptenzorg en de GGZ de ruimte om zich aan de hand van een aantal helder geformuleerde doelstellingen door te ontwikkelen.”

Ouderenzorg

Op 19 oktober 2005 vond het regiodebat met de sector Ouderenzorg in Utrecht plaats. Locatie: zorgcentrum De Geinsche Hof in Nieuwegein.

Deelnemers aan het debat

Dhr G.J. Bloemendal, PPCP Utrecht

Mw T. van Keulen, LOC Utrecht

Mw E. van Lingen, Vitras

Mw R. Hanning, Flexicare

Mw V. Verhoeven, Provincie Utrecht

Dhr A. Krijger, gemeente Soest

Mw M. Spreitzer, zorgkantoor Utrecht

Dhr G. van Rossum, RWU

Mw. M. Molenaar, IVVU

Dhr M. Dekker, Zorgspectrum/IVVU

Dhr H. Kolkman, De Rijswaarden/IVVU

Dhr R. van der Kolk, De Rijnhoven/IVVU

Dhr K. Weevers, IVVU

Mw J. Le Grand, RVZ

Dhr P. Vos, RVZ

Dhr E.G. Brummelman, RVZ

De ouderenzorg, die qua kosten het zwaarst op de AWBZ drukt en van alle doelgroepen ook het meest direct met gemeenten te maken heeft, uit zich kritisch over de afhankelijkheid van gemeenten zoals die straks ontstaat met de komst van de WMO. In het debat wordt uitvoerig gesproken over de groep sociaal kwetsbare en moeilijk te bereiken ouderen, die nu overigens geen of nauwelijks AWBZ-zorg ontvangt en in maatschap-

pelijk opzicht nauwelijks ‘meedoet’. “Inhoudelijk heeft de RVZ een goede mensvisie ontwikkeld en het is ook een goede gedachte om de ouderenzorg meer maatschappelijk in te bedden, maar het grootste probleem zal de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen zijn”, zo wordt opgemerkt. De aanwezigen vrezen versterking van de tweedeling. In dit verband wordt nadrukkelijk gepleit voor ‘actieve coaching’ van de groep ouderen die er niet in slaagt op eigen kracht aansluiting bij de samenleving te zoeken. Verder wordt gepleit voor de bouw van meer aangepaste woonvormen voor ouderen in het grensgebied tussen thuis en verpleeghuis en voor het aanbieden van geïntegreerde intra- en extramurale zorgarrangementen.

GGZ

Op 22 november 2005 werd gediscussieerd met de sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in de regio Haaglanden. Locatie: PsyQ in Den Haag.

Deelnemers aan het debat

Dhr F. Breusers, gemeente Den Haag

Mw B. Koopman, Parnassia

Mw J. Beck, Parnassia

Dhr J. van Nieuwkoop, Parnassia

Dhr J. Schaart, Parnassia

Mw E. van Hummel, Parnassia

Dhr A. Zoetewij, Parnassia

Dhr J. van den Berg, Parnassia

Dhr J. Reerds, Centrum ‘45

Dhr R. Maas, psychiatrisch centrum Rivierduinen

Mw M. Wats, RVZ

Dhr E.G. Brummelman, RVZ

In het debat met de GGZ wordt gevreesd dat met het opheffen van de AWBZ en het feitelijk splitsen van zorg en maatschappelijke participatie de zorg en begeleiding rond psychiatrische patiënten zal versnipperen. In het kader van de AWBZ wordt nu geïntegreerde ‘totaalzorg’ geboden, wat het veld als een voorwaarde zien voor het optimaal (maatschappelijk) functioneren van patiënten. Men signaleert het risico van het uiteenvallen van dat totaalpakket. In dit verband wordt ook gewezen op de noodzaak van het inzetten van professionele deskundigheid bij de maatschappelijke ondersteuning van psychiatrische patiënten. “We hebben het over patiënten, mensen die geen eigen verantwoordelijkheid voor maatschappelijke participatie aankunnen. Als professionals vullen wij die eigen verantwoordelijkheid in. Wij vormen die verbinding tussen de cliënt, de zorg en de maatschappij”, zo wordt in het debat met de GGZ gezegd. In deze context wordt ook gewezen op het structurele tekort aan informele zorg rond de psychiatrische patiënt. In de samenleving wordt

de GGZ-patiënt toch altijd nog een beetje ‘raar’ gevonden, aldus de verklaring hiervoor. Dat vormt volgens het veld een extra handicap voor maatschappelijke participatie. De deelnemers aan het GGZ-debat vrezen in eerste instantie voor de gevolgen van het overhevelen van de OGGZ (bemoeizorg, signalering, preventie, zorgtoeleiding) naar de WMO. Enkele aanwezigen wensden ‘iets van een AWBZ’ in stand te houden ter bescherming van de relatief kleine groep sociaal afhankelijke GGZ-cliënten.

Branche- en beroepsorganisaties

Dit debat vond plaats op 14 november 2005 bij de RVZ in Zoetermeer.

Deelnemers aan het debat

Dhr J. de Beer, GGZ Nederland

Mw J. Verhoeven, NPCF

Dhr Ch. Bos, ZN

Dhr J. Coolen, ZN

Dhr G. Rutten, Z-org

Mw Y. Sleg, NVPV

Dhr C. Vermolen, CSO

Mw J. Nooren, VGN

Mw J. Le Grand, RVZ

Dhr P. Vos, RVZ

Dhr E.G. Brummelman, RVZ

Tijdens de bijeenkomst met de branche- en beroepsorganisaties wordt met instemming gereageerd op het zwaar inzetten van de RVZ op het wettelijk recht van alle burgers op gelijke behandeling, inclusief maatschappelijke participatie. Dit uitgangspunt maakt het AWBZ-advies per definitie tot een interdepartementaal advies, zo meent men. Het concept van de raad wordt een interessant scenario genoemd, dat volgens de deelnemers echter wel eerst aan alle kanten goed moet worden uitgewerkt. Ook de instellingen zullen hun beleid moeten aanpassen, meent men. “Onze institutionele zorg is te goed om die extramuralisering en vermaatschappelijking vanzelf op gang te krijgen. Onze patiënten zitten veel te goed, er zijn weinig prikkels om die veiligheid op te willen geven”, aldus de breed gedeelde opvatting. Er wordt gepleit voor een rustige overgangsfase, waarin de risico’s voor bepaalde (ernstige) groepen patiënten/cliënten moeten worden geanalyseerd en waarin gemeenten de tijd krijgen om hun taken op het gebied van de WMO waar te maken. De WMO zoals die nu op stapel staat, is te mager en biedt burgers met een beperking te weinig zekerheid, meent men.

Bijlage 4

De betekenis van de visie van de RVZ voor de keten van langdurige zorg en ondersteuning: een programma van eisen

Wat betekent de in hoofdstuk 2 gepresenteerde visie van de RVZ voor het toekomstig stelsel van rechten, plichten en voorzieningen voor mensen met een ernstige beperking? Welke punten bevat het overeenkomstig programma van eisen? Deze punten kan men vanuit vijf perspectieven formuleren; het eerste, dat van de burger met een ernstige beperking, is voor de Raad leidend.

a. Het gezichtspunt van de burger met een ernstige beperking: drie eisen

Ten eerste: iedere burger met een ernstige beperking moet desgewenst de regie over zijn leven kunnen voeren en aangesproken kunnen worden op eigen verantwoordelijkheid en rekening. Dan moet worden voldaan aan deze voorwaarden.

1. De ‘inclusieve’ samenleving (dat wil zeggen geschikt voor mensen met een beperking, bijvoorbeeld door de rolstoeltoegankelijkheid van het openbaar vervoer). Dus een actieve handhaving en toepassing van de Wet gelijke behandeling in brede zin én vitalisering van de lokale democratie inclusief versterking van de positie van burgers met een beperking ten opzichte van hun lokaal bestuur.
2. Systematisch aanbieden door overheden en verzekeraars van PGB's. Financiering richt zich op de vrager-consument en niet op de aanbieder-producent, is dus geen bekostiging van aanbod en geen gegarandeerde afzetmarkt voor aanbieders.
3. Vergroting van de competenties van mensen met een beperking op de verschillende markten. Ook: ondersteuning en stimulering van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk). Soms is professionele zorg nodig ter compensatie van ontbrekende competenties.
4. Faciliteren van private spaar- en verzekeringsvormen voor de risico's van langdurige zorgafhankelijkheid door rijksoverheid (in ieder geval in een overgangsfase) en werkgevers.

Ten tweede: de keten van langdurige zorg en ondersteuning moet zijn opgebouwd uit producten en diensten voor drie doelgroepen, te weten: gehandicapten, ggz-cliënten en chronisch zieken en ouderen (zie hoofdstuk 3).

Ten derde: er dienen zo min mogelijk verschillende ‘deelstelsels’ voor langdurige zorg en ondersteuning te bestaan. Dat wil zeggen, hoe minder indicatie-, financierings- en bekostigingsknippen, hoe beter. Binnen de uiteindelijke deelstelsels zoveel mogelijk samenhang nastreven door er

een homogeen doel aan te stellen: medisch (zorg) of sociaal (ondersteuning). In beginsel komen in aanmerking in de collectieve sfeer: een verplichte zorgverzekering en een gemeentelijk systeem voor maatschappelijke ondersteuning. Ter zake moeten eenduidige toedelingscriteria ontstaan (zie bijvoorbeeld het RVZ-advies Gemeente en zorg). Beide zullen adequaat moeten worden ingericht op de behoeften van mensen met een beperking.

b. Het gezichtspunt van de samenleving en de overheid

Iedere EU-lidstaat, dus ook Nederland, dient te beschikken over een stevige en houdbare publieke infrastructuur voor de langdurige zorg en ondersteuning, inclusief het faciliteren van de informele zorg. Dit zegt de RVZ de OECD na. Stevig en houdbaar impliceren een soberder pakket van collectieve middelen en diensten gegeven de naderende vergrijzing.

De rijksoverheid zal hierin een actieve rol moeten spelen en nieuw beleid moeten formuleren, maar tegelijkertijd vooral ook:

- a. het maatschappelijk ondernemerschap van zorgaanbieders en verzekeraars moeten aanspreken door zelf terug te treden en een adequaat toezicht te organiseren;
- b. een actieve decentralisatiepolitiek moeten voeren ten behoeve van community care en living; ook hier: terugtreden en overdragen;
- c. het bestaande systeem doen te kantelen van gerichtheid op aanbod, instituutbesteding en naturaverzekering naar gerichtheid op vraag, zorg en restitutieverzekering.

Dit is een drievuldig stimuleren van regionale en lokale differentiatie.

De financiering van de keten van langdurige zorg en ondersteuning is deels gebaseerd op geclausuleerde risicosolidariteit (de verzekering), deels op inkomenssolidariteit (de maatschappelijke ondersteuning). De keten is bedoeld voor mensen met een ernstige beperking én een lage sociaal-economische status. Dat is de groep die zo kwetsbaar is dat eigen verantwoordelijkheid niet voldoet. In de verzekeringscomponent dienen zo min mogelijk bijzonderheden ten behoeve van de langdurige zorg (lees: AWBZ-zorg) te bestaan. Care en cure worden, waar mogelijk, gelijk behandeld in de wet- en regelgeving.

c. Het gezichtspunt van de aanbieder van zorg en ondersteuning

De aanbieder moet als maatschappelijk ondernemer zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de prijs van zijn zorgproducten kunnen waarmaken. Dit impliceert een minimale bemoeienis van de overheid met de sturing van het zorgaanbod (zie b), beperkt tot toezicht op kwaliteit en op marktfalen. De aanbieder laat zich leiden door de wensen van zijn (potentiële) klanten, waarmee hij waar mogelijk een rechtstreekse ruilrelatie onderhoudt (bijvoorbeeld door een PGB). De overheid bevoor-

dert, waar mogelijk, niet-institutioneel en extramuraal zorgaanbod (professie boven instituut). Aanbieders lopen risico op hun productie en op hun vastgoed; winst is mogelijk, faillissement ook. Zij richten het intern toezicht in conform de vereisten van health care governance. Instellingen formuleren een actief beleid op het terrein van de ondersteuning van de informele zorg. Zij stellen cliëntèle en inkopers in staat hen te beoordelen op kwaliteit, governance, informele zorg en vastgoedbeleid.

d. Het gezichtspunt van de gemeente

Het gezichtspunt van de gemeente krijgt gestalte in de WMO. De RVZ heeft daarover eerder onder meer dit geadviseerd:

- geef de gemeente een brede én een zware taak, maar concentreer deze op de maatschappelijke ondersteuning, niet op de zorgverlening;
- spreek de gemeente aan op resultaat, niet op procedure; propageer dat lokale differentiatie de oplossingen, niet het probleem is;
- geef de gemeente autonomie in de uitvoering en dereguleer de relatie rijk-gemeente;
- geef de gemeente bevoegdheden in de keten van langdurige zorg en ondersteuning ten behoeve van de lokale regie over
- wonen, werken en inkomen; het gaat dan om het bevorderen van de samenhang tussen 'zorg' en 'participatie'.

Zie verder hoofdstuk 1.

De Raad heeft ook gepleit voor (onderzoek naar) een eigen belastinggebied, voor regionalisatie waar nodig en voor programmatische combinaties van de Wet werk en bijstand en de WMO. Tenslotte: voorkomen moet worden dat de WMO een kopie van de AWBZ wordt.

e. Het gezichtspunt van de zorgverzekeraar

Voor de zorgverzekeraar is van belang (zie verder NYFER, Blijvende zorg):

- introductie van polisdifferentiatie naar beperking leeftijd en gedrag;
- de dekking moet betrekking hebben op ketens van preventie, cure en care;
- maar, desondanks, geen onnodige verzwarend van de publieke randvoorwaarden van de ZVW (bijvoorbeeld in de sfeer van de verevening), opdat diens specifieke karakter niet te zeer wordt aangetast door overheveling van care;
- strikte beperking van het verzekerd pakket tot evidence based medische en verpleegkundige zorg; wonen, welzijn en verzorging behoren niet tot het ZVW-pakket.

Langdurige zorg in het verzekeringspakket impliceert vanuit het gezichtspunt van de zorgverzekeraar: transparante en calculeerbare risico's, qua ziektelast, maar ook in de vorm van de te contracteren zorgpro-

ducten. Verder zal het vereveningssysteem aangepast moeten worden op de 'zware medische risico's' van de AWBZ.

Bijlage 5

Analyse van de uitgavenstijging in de AWBZ

Inleiding

In deze notitie wordt de groei van de AWBZ-uitgaven in zowel het verleden als de toekomst geanalyseerd. In hoofdstuk 2 wordt de groei van de AWBZ-uitgaven besproken voor de periode vanaf 1994. In hoofdstuk 3 wordt op basis van het recent beschikbaar gekomen scenario voor de zorg van het Centraal Planbureau (CPB) de toekomst bekeken. Daar waar mogelijk wordt dit scenario aangevuld met ramingen van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). In hoofdstuk 4 worden de factoren besproken die van invloed zijn op de AWBZ-uitgaven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar factoren die in zijn algemeenheid van invloed zijn op de zorguitgaven als ook enkele factoren die specifiek voor de AWBZ zijn. De notitie wordt afgesloten met een conclusie in hoofdstuk 5.

1 Groei van de AWBZ-uitgaven in het verleden

De cijfers die in deze bijlage worden gebruikt zijn berekend volgens de definities in het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) (TK 28852, nr. 3). De in deze bijlage gepresenteerde cijfers zijn geactualiseerd en kunnen daarom enigszins afwijken van de door de TCOZ gepresenteerde cijfers.

De TCOZ en de Minister maken onderscheid in drie perioden wat betreft het uitgavenmanagement in de zorg:

- de periode 1994–1998 waarin de nadruk lag op kostenbeheersing;
- de periode van de meerjarenafspraken (vanaf 1998);
- de periode vanaf 2000 waarin het boter-bij-de-vis principe werd geïntroduceerd dat voortvloeide uit het Actieplan Zorg Verzekerd (27 488, nr. 1).

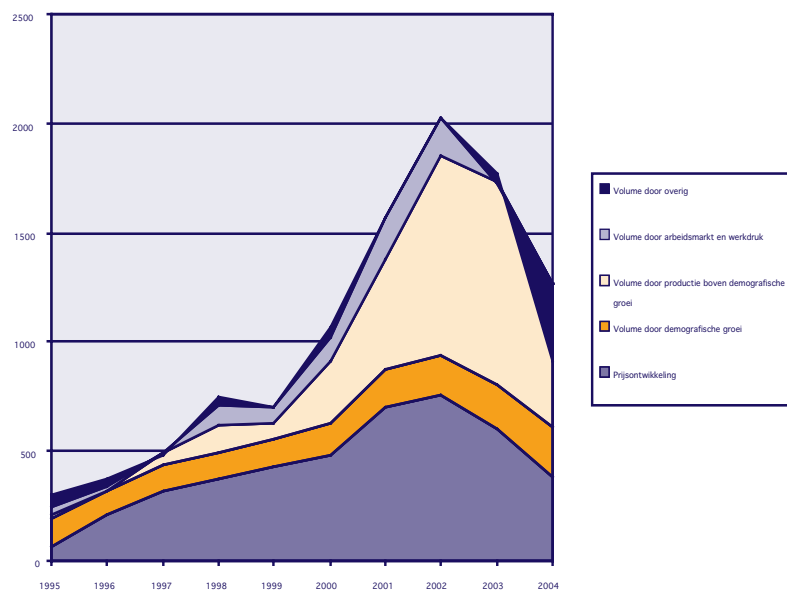
Gedurende de hele periode is het accent steeds meer komen te liggen op outputsturing door zorgverzekeraars en zorgkantoren in plaats van de budget- of inputsturing door de centrale overheid. In de periode 1994–1998 was de toegestane groei voor de gehele zorgsector in het regeerakkoord vastgesteld op 1,3 %. Door de combinatie van florissante economische omstandigheden en een steeds groter maatschappelijk ongenoegen over wachtlijsten en werkdruk werd de groeiruimte in de periode 1998 tot 2002 verhoogd tot 2,3%. In deze periode wordt de groeiruimte ook voor het eerst vooraf verdeeld over de sectoren en maakt de overheid afspraken met de koepels over de besteding en verantwoording van de extra middelen: de meerjarenafspraken. Vanaf 2000 slaat de

aanbodsturing langzamerhand definitief om in een geclausuleerde open-einde financiering¹. Een exact moment waarop dit gebeurt, is niet te benoemen. De aanzet hiervoor zijn rechterlijke uitspraken in 2000 die het recht op zorg en het verzekeringskarakter van de ZFW en de AWBZ benadrukken. Beleidsmakers vertalen de rechterlijke uitspraken in het Actieplan Zorg Verzekerd.

Uitgavenstijging uitgesplitst naar volume en prijs

In onderstaande figuur 1 is de stijging van de netto AWBZ-uitgaven per jaar in miljoenen euro weergegeven². De cijfers zijn uitgesplitst naar prijs- en volumeontwikkelingen. Onder prijsontwikkelingen worden de door VWS beschikbaar gestelde vergoedingen verstaan die sectoren krijgen om de financiële gevolgen van loon- en prijsstijgingen en exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw te dekken. Onder volumeontwikkelingen worden de uitgaven door VWS voor niet loon- en prijsontwikkelingen aan de sectoren verstaan. Het gaat hier bijvoorbeeld om demografische groei en het wegwerken van wachtlijsten.

Figuur 1 Stijging netto AWBZ-uitgaven in mln. euro



Bron: VWS

In bovenstaande figuur 1 is te zien dat de stijging van de AWBZ-uitgaven voor een groot gedeelte is gaan zitten in niet direct beïnvloedbare loon- en prijsontwikkelingen. Loon- en prijsontwikkelingen bepalen in de periode 1995–2004 44% en in de periode 1995–2002 46% van de groei. De overige 56% en 54% worden veroorzaakt door volumeontwikkelingen. In tabel 1 wordt dit uitgesplitst. Vanaf 2000 zijn de gevolgen

van het Actieplan Zorg Verzekerd goed te zien. Het volume door productie boven de demografische groei stijgt sterk.

Tabel 1 Cumulatieve stijging over de periode 1995 - 2002 en 1995 - 2004

	1995 - 2004		1995 - 2002	
	mln. euro	%	mln. euro	%
Prijs	4335,3	44%	3356,0	46%
Volume door demografische groei	1522,8	15%	1090,1	15%
Volume door productie boven demografische groei	3553,4	36%	1971,5	27%
Volume door arbeidsmarkt en werkdruk	707,7	7%	706,2	10%
Volume door overig	-178,1	-2%	141,8	2%
Totaal	9941,0	100%	7265,6	100%

Bron: VWS

Extra volume betekent niet noodzakelijkerwijs extra productie

Een belangrijk inzicht dat het onderzoek van de Tweede Kamer naar de extra zorguitgaven heeft opgeleverd is dat het ministerie van VWS de gelden beschikbaar stelt voor bepaalde doelen, maar dat zorgaanbieders vrij zijn in de besteding daarvan. Concreet: als het ministerie van VWS 0,5 miljard euro extra beschikbaar stelt voor het wegwerken van wachtlijsten dan krijgen instellingen dat bedrag door het CTG aan hun algemene budget toegevoegd. Als een individuele instelling echter het extra geld liever besteedt aan het verlagen van de werkdruk dan kan dat. Extra 'volume' is dus niet per definitie meer productie. Een instelling kan namelijk zelf zijn prioriteiten bepalen. De TCOZ stelt vast "dat niet één-op-één is aan te geven hoe het extra geld per instelling daadwerkelijk is besteed".

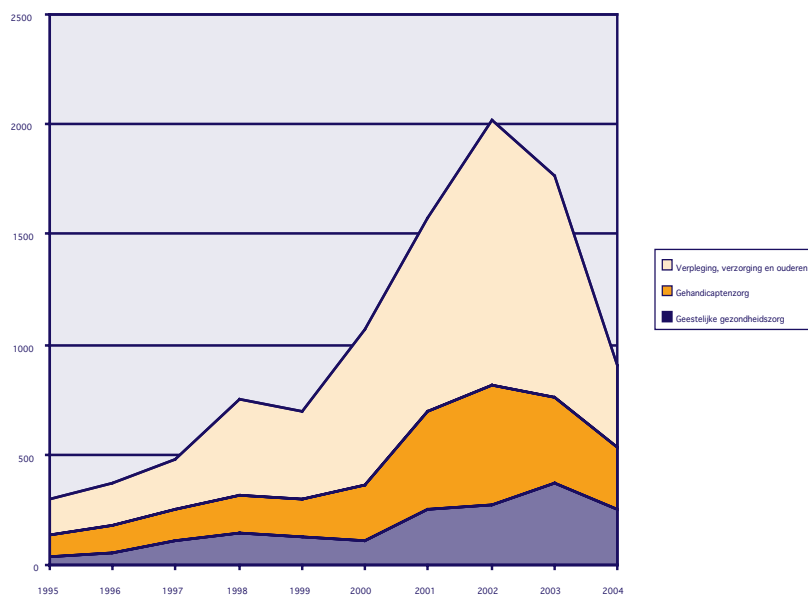
De TCOZ heeft aanbevolen dat verder onderzoek wordt gedaan naar de daadwerkelijke productie van de zorginstellingen, zodat meer één-op-één is aan te geven hoe het extra geld per instelling daadwerkelijk is besteed. De Algemene Rekenkamer heeft echter aangegeven dat het onderzoek doen naar private aanbieders buiten haar bevoegdheid valt.

Uitgavenstijging uitgesplitst naar de sectoren

De verdeling naar sectoren is interessant. In onderstaande figuur 2 is de verdeling naar de verschillende AWBZ-sectoren uitgesplitst. De grootste stijger is de sector verpleging en verzorging voor ouderen. Deze sector absorbeerde 56% van de totale stijging van de AWBZ-uitgaven. Gehandicaptenzorg (27%) en zeker de ggz (17%) bleven achter. Daarbij moet worden opgemerkt dat de sector ggz pas sinds 1 januari 2003 onder het regime van het Actieplan Zorg Verzekerd valt.

In de appendix zijn de uitgaven per sector verder uitgesplitst naar volume- en prijsontwikkelingen. Voor een verdere specificatie wordt daarnaar verwezen.

Figuur 2 Stijging per jaar in de AWBZ-uitgaven 1995 - 2004 naar sectoren (in %)



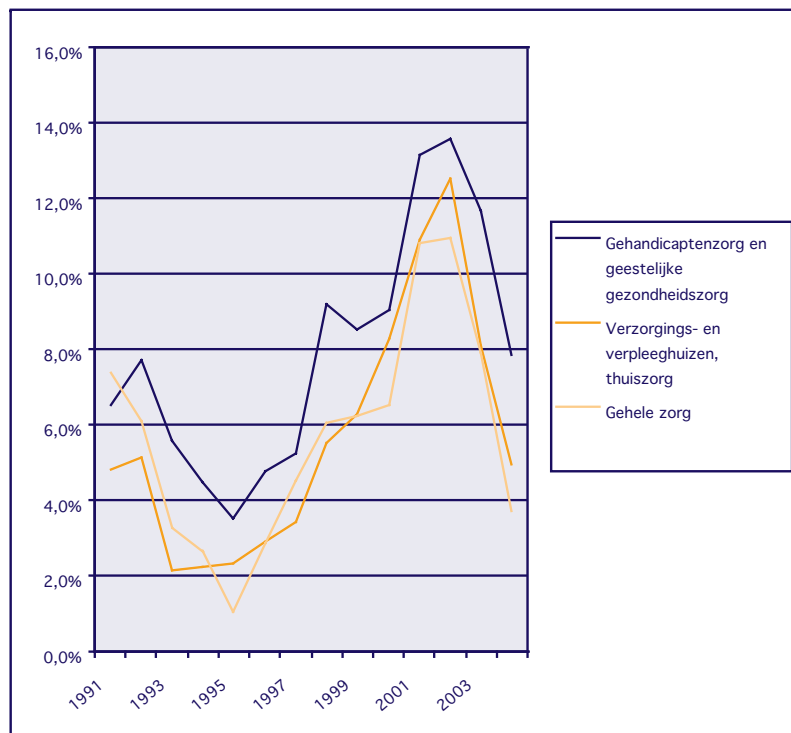
Bron: VWS

Het recente verleden: 2002 - 2004

In het recente verleden (2002-2004) stijgen de uitgaven aanzienlijk minder sterk. Zie nogmaals de figuren 1 en 2. Ook in de cijfers van het CPB is de daling te zien in figuur 3. Oorzaken hiervan zijn het AWBZ-convenant dat in het voorjaar van 2004 is gesloten, de invoering van het 'Werkdocument gebruikelijke zorg' en de verhoging van eigen bijdragen.

HHM (2004) heeft in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de stijging van de uitgaven in de ggz in de periode 2002-2004 en de stijging van de uitgaven in de gehandicaptenzorg in de periode 2000-2004. Daartoe zijn landelijke gegevens geanalyseerd, maar is ook nader onderzoek gedaan bij 8 zorgkantoren en 32 aanbieders die productieafspraken maakten met deze zorgkantoren.

Figuur 3 Mutaties per jaar van de AWBZ-uitgaven afgezet tegen de hele zorg 1991-2004 (in %)³



Bron: CPB, 2005

GGZ 2002-2004

Het budget van de ggz voor volume steeg in 2003 met 10%⁴. In 2003 gold in tegenstelling tot 2002 ook geen budgetplafond meer. HHM noemt als verklaring voor de uitgavenstijging in de ggz:

- “Er is sprake van toename van de productie in de ambulante ggz:
- Bij de hulpverlening aan volwassenen stijgt het aantal geholpen cliënten maar ook het aantal contacten per cliënt terwijl de zorgzwaarte per contact daalt.
 - Bij de hulpverlening aan kinderen neemt het aantal contacten per kind en de zorgzwaarte van een contact toe maar is er geen substantiële stijging van het aantal geholpen kinderen.
 - Bij de ouderen zijn er geen substantiële veranderingen.

Er is sprake van een toename van de klinische productie hetgeen zich vooral als volgt uit:

- Bij de RIBW's is er een aanzienlijke toename van het aantal plaatsen.

- In de intramurale ggz daalt de gemiddelde verblijfsduur per cliënt licht terwijl de zorgzwaarte per dag zeer aanzienlijk stijgt. Vooral het laatste verschijnsel heeft voor een belangrijk deel te maken met het feit dat het vanaf 2003 voor aanbieders bijzonder relevant is om die intramurale zorgzwaarte te expliciteren omdat dat direct doorwerkt in de inkomsten van de aanbieder.

Er is sprake van een substantiële toename van het aantal uren dienstverlening en preventie (van 2002 naar 2003 met 22% gestegen).

Nieuw toegelaten aanbieders spelen geen relevante rol in de verklaring van de stijging van de kosten in de GGZ” (HHM, 2004).

Verder constateert HHM “dat alle drie navolgende posten stijgen (geordend in volgorde van de mate van stijging): de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK), de totale formatie en de personeelskosten per fte”.

Gehandicaptenzorg 2000-2004

Het budget voor volume voor de gehandicaptenzorg steeg van 2000 t/m 2003 met zo'n 10% per jaar. HHM splitst haar analyse naar verschillende subsectoren. Als belangrijkste redenen voor de uitgavenstijgingen worden de uitbreiding van de capaciteit, de productieafspraken en het wegwerken van wachtlijsten genoemd. Verder stegen bij de instellingen voor gehandicaptenzorg ook het aantal fte's, de personeelskosten en de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK).

2 Groei van de AWBZ-uitgaven in de toekomst

In dit hoofdstuk wordt de toekomstige groei van de AWBZ-uitgaven verkend. Basis voor deze verkenning is het CPB-document Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg dat in november 2004 is uitgekomen. Het is de meest recente en omvattende verkenning voor de zorg op dit moment (CPB, 2004A). Omdat de scenario's veelomvattend zijn, zijn ze daardoor noodgedwongen beperkt. Daarom worden deze scenario's aangevuld met recente ramingen van het SCP voor verpleging en verzorging (SCP, 2004a en 2004b) en zorg voor verstandelijk gehandicapten (SCP, 2005) en een raming van het Economic Policy Committee (EPC, 2001). Voor de overige AWBZ-sectoren zijn geen aparte ramingen van het SCP of CPB beschikbaar. Voor de zintuiglijk en lichamelijke gehandicapten vindt het SCP de groep te divers om te modelleren. Bovendien gaat 80% van de uitgaven om in de verstandelijke gehandicaptensector (ongeveer 4,5 miljard euro).

De CPB-toekomstscenario's voor de gehele bedrijfstak zorg zijn vormgegeven langs twee sleutelonzekerheden. De eerste sleutelonzekerheid

betreft de mate waarin landen bereid en in staat zijn om internationaal samen te werken, zowel binnen Europa als mondiaal. De tweede sleutelonzekerheid voor Europa is de hervorming van de collectieve sector. De vraag is voor welk niveau van publieke voorzieningen de lidstaten zullen kiezen. Welke taken worden verricht door de collectieve sector en welke worden afgestoten en overgelaten aan de markt?

Het zal duidelijk zijn dat de scenario's van het CPB voor de zorg onderdeel zijn van een grotere scenariostudie naar de toekomst van de gehele Nederlandse economie (CPB, 2004b). Voor de bedrijfstak zorg konden immers ook andere sleutelvariabelen worden gekozen.

Volgens het CPB zijn er vier scenario's denkbaar. Zie de onderstaande figuur.

Figuur 4 Sleutelonzekerheden en de vier scenario's



Bron: CPB, 2004A

Volgens het CPB stijgen de zorguitgaven in alle scenario's sneller dan het Bruto Binnenlands Product (BBP). Het aandeel van de bedrijfstak zorg in het BBP neemt toe van 8,7% in 2001 tot tussen de 13,3% (*Strong Europe*) en 14,6% (*Global Economy*) in 2040⁵. De toename is niet gespecificeerd naar zorgsectoren of verzekeringswetten.

In internationaal gebruikte berekeningen van het EPC (2001) wordt uitgegaan van een verdubbeling van de groei van de uitgaven aan longterm care (incl. verzorgingshuizen). Het EPC heeft berekend dat in Nederland in 2000 2,5% BBP aan longterm care wordt uitgegeven. Zij verwacht in 2050 bijna een verdubbeling van dit percentage (+ 2,2% BBP per capita) om de demografische groei op te vangen.

Zonder hier heel diep in te gaan op de verschillende scenario's kan het beeld voor de AWBZ voor alle scenario's wel verder worden ingekleurd. Een aantal trends dat van grote invloed is op de AWBZ is namelijk niet sterk afhankelijk van het gekozen scenario. Het beeld zal verder worden

ingekleurd voor de sector verpleging en verzorging en de sector verstandelijke gehandicaptenzorg.

Verpleging en verzorging

Het SCP maakt in haar advies Ramingen verpleging en verzorging (2004b) onderscheid tussen potentiële, vervulde en erkende vraag.

Het SCP verwacht dat de potentiële vraag in aantallen personen naar verpleging en verzorging tot 2020 met 40%⁶ zal stijgen. Dit terwijl de vervulde vraag naar verwachting in 20 jaar tijd met 22% zal toenemen⁷. Dit laat een gat van 18% tussen potentiële en vervulde vraag⁸.

Het SCP verwacht dan ook “dat naar verhouding steeds meer oplossingen voor verzorgingsproblemen worden gezocht in de informele en particuliere sfeer en in de aanpassing van de woon- en leefomgeving. Het is de stijging van inkomens die dit financieel mogelijk maakt en die tegelijkertijd de AWBZ-gefinancierde hulp, door de inkomensafhankelijke eigen bijdragen, minder aantrekkelijk maakt” (SCP, 2004b).

Belangrijk hierbij te vermelden is dat de vervulde vraag naar zorg met opname veel sterker toeneemt (34%) dan die naar hulp aan huis (18%). Volgens het SCP komt dat doordat onder de huidige gebruikers van deze hulpvormen enkele groepen, die tot 2020 in omvang zullen toenemen, oververtegenwoordigd zijn. Dat zijn personen met (chronische) ziekten, oudere mannen en niet-verweduwde alleenstaanden.

Bovenstaande alinea zet wel vraagtekens bij de mogelijkheden voor oplossingen in de particuliere sfeer. Zeker gelet op de sociaal-economische positie (chronische) zieken, oudere mannen en niet-verweduwde alleenstaanden.

Verstandelijk gehandicapten

Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft het SCP in augustus 2005 een raming uitgebracht (SCP, 2005). In 2001 waren er volgens het SCP in Nederland ongeveer 112.000 verstandelijk gehandicapten met een IQ lager dan 80. Wanneer alleen wordt uitgegaan van de demografische ontwikkelingen zijn er in 2020 nog steeds ongeveer 112.000 verstandelijk gehandicapten met een IQ lager dan 80.

Het is volgens het SCP echter ook denkbaar dat de groep in 2020 groter zal zijn door verruiming van de IQ-grenzen. Dat kan gebeuren door veranderde maatschappelijke opvattingen over het begrip ‘verstandelijk gehandicapt’.

Tussen 1998 en 2001 zijn door verschillende oorzaken al een groot aantal nieuwkomers in de verstandelijke gehandicaptenzorg gekomen. Dit onder andere door verruiming van de doelgroep: zwakbegaafden (met

een IQ (net) boven de 80) werden daaraan toegevoegd. Dit zijn vooral jeugdigen met gedragsproblemen.

De toename van de cliëntèle van de verstandelijk gehandicaptensector werd echter gecompenseerd door een afname van de vraag in andere sectoren zoals de jeugdzorg en de ggz.

De uiteindelijke toename tot 2020 is afhankelijk van de vraag of deze en andere trends doorzetten. Zeker als men zich realiseert dat het aantal gebruikers van gehandicaptenzorg vanuit de groep zwakbegaafden tot dusverre nog vrij beperkt is (circa 10.000 personen) als we weten dat naar schatting 250.000 tot 280.000 Nederlanders tot deze groep behoren (SCP, 2005).

Voor de lichamelijke gehandicaptensector, de zintuiglijke gehandicaptensector en de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang zijn wel cijfers beschikbaar voor het verleden, maar helaas niet voor de toekomst. Belangrijk voor het toekomstige uitgavenniveau voor de ggz en MO zal zijn in hoeverre vermaatschappelijking en extramuralisering zich zal doorzetten.

3 De groei verklaard: kostendrijvers

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste invloeden op de AWBZ-uitgaven besproken. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene kostendrijvers en kostendrijvers die specifiek zijn voor de AWBZ. In het navolgende zullen eerst de niet-AWBZ specifieke kostendrijvers worden besproken en vervolgens de AWBZ-specifieke⁸.

Algemene kostendrijvers

De uitgaven aan zorg in een economie kunnen door een groot aantal factoren worden verklaard. Zo kan, zoals door het SCP wordt gedaan, worden uitgegaan van een microbenadering. De uitgaven (voor in dit geval verpleging en verzorging) worden dan verklaard door persoonsgebonden factoren als het hebben van chronische aandoeningen, leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden, opleidingsniveau en het huishoudinkomen (SCP, 2004).

Men kan ook uitgaan van een macroniveau. Het CPB geeft in zijn publicatie Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg een overzicht van de belangrijkste invloeden op de uitgaven van zorg (CPB, 2004). Deze zullen hier worden besproken. Zij hebben een directe relatie met de cijfers in hoofdstuk 2. Daar wordt immers ook een onderscheid gemaakt naar volume en prijs.

Belangrijk om te vermelden is dat het SCP en het CPB door hun verschillende benaderingen verschillend uitkomen met hun ramingen. Het SCP komt om meerdere redenen aanmerkelijk lager uit dan het CPB, onder andere door het gebruik van het begrip 'erkende vraag'. Daarnaast zijn de ramingen van het SCP (nog) niet gekoppeld aan geld en die van het CPB wel. Op basis van de ramingen van het SCP zijn vooralsnog geen uitspraken over het uiteindelijke uitgavniveau mogelijk. Wel over het aantal personen dat vraag uitoefent.

Ten eerste worden de uitgaven in de AWBZ bepaald door de loon- en prijsontwikkeling en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw. In hoofdstuk 2 bleek 44% van de kostenstijging in de AWBZ in de periode 1995–2004 te worden bepaald door de loon- en prijsontwikkeling.

Ten tweede worden de gevolgen van de gemiddelde loon- en prijsontwikkeling versterkt door het Baumol-effect: de prijzen in de zorg stijgen sneller dan de gemiddelde inflatie, omdat de arbeidsproductiviteit minder snel groeit dan in de rest van de economie¹⁰.

Dit effect laat zich sterker in de AWBZ-sectoren voelen omdat dit soort zorg zeer arbeidsintensief is. De uitgaven aan loon- en prijsontwikkeling zullen dus hoog blijven voor dit type zorg.

Een derde trend die zich juist in de AWBZ-sectoren laat voelen zijn demografische factoren, waaronder natuurlijk de vergrijzing. Volgens het CPB verschilt het effect van de vergrijzing maar weinig tussen haar scenario's. Tussen de zorgsectoren zal het effect van vergrijzing echter wel sterk verschillen (CPB, 2005). Het demografische effect is groter voor de sector verpleging en verzorging en kleiner voor de ggz en de gehandicaptenzorg (zie ook de appendix).

Hoe de demografie precies zal doorwerken in deze soorten zorg is en blijft moeilijk te voorspellen, omdat steeds meer zorg in de toekomst 'anders' (extramuraal, mantelzorg, of nu nog niet te voorspellen) wordt aangeboden. Bij de doorrekening van de scenario's wordt echter uitgegaan van het voortbestaan van de zorgvormen zoals we die nu kennen.

Een vierde factor is de ontwikkeling in de medische technologie. Medische technologie wordt vaak eng gedefinieerd. Er wordt dan vaak gedacht aan concrete industriële producten. De AWBZ is toch vooral een dienstensector waarbij innovatie met name zal plaatsvinden in bijvoorbeeld betere logistiek en een betere samenhang van zorg. In hoeverre deze ontwikkeling kostenopdrijvend of kostenverlagend zal doorwerken is voor de AWBZ onduidelijk.

Als vierde uitgavenbepalende factor wordt ook wel de veranderende maatschappij en als exponent daarvan de veranderende behoeften van de patiënt gezien. Zorgsystemen worden steeds meer geacht consumer-responsive te zijn. Dit kan uitgavenverhogend werken, maar dat hoeft niet. Er zijn ook voorbeelden waarbij een betere kwaliteit van de dienstverlening samengaat met een verlaging van de uitgaven.

Het beleid zal mee veranderen met de maatschappij en de positie van de consument daarin. Als vijfde factor noemt het CPB dan ook de structuur van de gezondheidszorg. Deze structuur wordt geacht invloed hebben op het uitgavenniveau, anders zouden zoveel overheden immers ook niet bezig zijn met het veranderen daarvan. De AWBZ wordt momenteel langs drie wegen herverkaveld: naar de gemeenten (WMO), naar de verzekeraars (ZFW) en naar particulieren en bedrijven.

AWBZ-specifieke kostendrijvers

Naast algemene invloeden die de uitgaven in de zorg bepalen zijn er ook enkele factoren die specifiek zijn aan de AWBZ. Deze worden in het navolgende besproken.

Boer en Croon (2004) bespreken in hun rapport onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen drie factoren die de kosten opdrijven in de AWBZ. Deze factoren zijn in samenspraak met VWS, CVZ en CTZ onderzocht. Boer en Croon kunnen geen inschatting geven van de uitgavenstijging die deze factoren veroorzaken. Daarnaast benadrukken zij dat de factoren op zichzelf geen oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen veroorzaken.

De factoren die Boer en Croon hebben onderzocht zijn:

1. Het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag.
2. Het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren.
3. 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.

Boer en Croon constateren dat de AWBZ kwetsbaar is voor druk vanuit andere regelingen en dat er kostenopdrijvende factoren in het systeem en de dynamiek verscholen zitten. De structuur van de AWBZ brengt mee dat een structurele inbedding van balans tussen AWBZ-partijen, meer in

het bijzonder tussen zorginkoop en zorgverlening, afwezig is. Dit uit zich onder meer in afwezigheid van verantwoordelijkheid voor uitgavenbeheersing, versnipperd toezicht over de AWBZ als totaal dat onder andere beperkingen kent door gebrekkige financiële transparantie en de afwezigheid van countervailing power van het zorgkantoor tegenover de instellingen. VWS is de enige partij die hieraan tegenwerking kan bieden en doet dit door het nemen van budgetbeperkende maatregelen, die worden uitgevoerd door het CTG.

“Er is buiten VWS geen partij aan te wijzen die bij uitsluiting de consequenties voelt van stijging van de uitgaven in de AWBZ. Het CVZ is kasverantwoordelijk, maar heeft geen operationele positie om de uitgaven te beheersen; zorgkantoren hebben geen budgetverantwoordelijkheid. VWS is binnen de AWBZ dus de enige partij die het volume en de kosten kan sturen. VWS doet dit thans via het instrument van de aanwijzing ex WTG, maar geeft ook soms injecties in de zorg voor zorgvernieuwing en wachtlijstgelden te fourneren. Veel partijen in de AWBZ wijzen met de vinger naar VWS en menen dat duidelijke, consistente sturing ontbreekt en dat dit telkens verandert afhankelijk van de financiële ruimte en politieke prioriteiten” (Boer en Croon, 2004).

Centraal Planbureau

Volgens het CPB kent de huidige AWBZ een aantal factoren die (naast de hierboven genoemde factoren) een opwaartse druk uitoefenen op de macrokosten (CPB, 2004):

1. Vraagsturing en het recht op zorg,
2. Financiering van informele zorg via PGB's,
3. Toename van het aanbod door het ontschotten van zorg,
4. De voorgenomen functiegerichte financiering van de AWBZ.

Als vierde factor komt een risico voor de macrokosten aan de orde, waarbij het bij voorbaat niet duidelijk is of dit tot een toename of afname van de kosten zal leiden.

“De huidige AWBZ kent door de vraagsturing en de mogelijkheid van financiering met PGB's eerder prikkels tot kostentoename dan tot kostenbeheersing. Ook het aantal instrumenten dat de overheid kan gebruiken om de macrokosten in de hand te houden is beperkt. Los van een wijziging van de organisatie van de AWBZ zijn dit alleen pakketbeperkingen en hogere eigen bijdragen. Nadeel van beide laatste instrumenten is dat ze voor een deel alleen tot een financieringsverschuiving naar de vragers leiden en dus geen echte oplossing bieden voor het probleem van de stijgende kosten” (CPB, 2004).

Uitgavenverlagende factoren

Naast de door het CPB en Boer & Croon genoemde opwaartse factoren

zijn er door het SCP ook een aantal neerwaartse factoren genoemd, zoals gezonder oud worden (met minder beperkingen), de verjonging van de oudere bevolking, de toename van het opleidingsniveau van ouderen en een toename van het inkomen van ouderen.

4 Conclusie

In deze notitie worden de AWBZ-uitgaven geanalyseerd. Daarbij werd gekeken naar het verleden (hoofdstuk 1), naar de toekomst (hoofdstuk 2) en naar de factoren die een verklaring bieden voor het uitgavenniveau (hoofdstuk 3).

De uitgavenstijging in de jaren 1995-2004 is voor een groot deel te verklaren door loon- en prijsbijstellingen en de gevolgen van instandhoudingsbouw. Deze factor bepaalt 44% van de uitgavenstijging. Daarnaast heeft het Actieplan Zorg Verzekerd vanaf midden 2000 voor een forse uitgavenstijging gezorgd. Dit komt tot uiting in een forse toename van het volume door productie boven de demografische groei. Of het volume door productie boven de demografische groei werkelijk geleid heeft tot meer productie is echter niet één-op-één per instelling vast te stellen.

Voor de toekomst wordt verwacht dat de uitgavenstijging in de verschillende sectoren zal doorzetten. Het Economic Policy Committee verwacht een verdubbeling van de uitgaven aan long-term care tot 2050. Het Sociaal Cultureel Planbureau verwacht voor de sector verpleging en verzorging voor ouderen tot 2020 een stijging van de potentiële vraag van 40%. Dit terwijl de vervulde vraag naar verwachting in 20 jaar tijd met 22% zal toenemen. Dit laat een gat van 18% tussen potentiële en vervulde vraag.

Het SCP verwacht dan ook “dat naar verhouding steeds meer oplossingen voor verzorgingsproblemen worden gezocht in de informele en particuliere sfeer en in de aanpassing van de woon- en leefomgeving. Het is de stijging van inkomens die dit financieel mogelijk maakt en die tegelijkertijd de AWBZ-gefinancierde hulp, door de inkomensafhankelijke eigen bijdragen, minder aantrekkelijk maakt”.

Voor de verstandelijk gehandicapten geldt dat deze groep tot 2020 waarschijnlijk vrij stabiel blijft. De vraag blijft wel in hoeverre de recente toestroom van zwakbegaafden naar deze sector zal doorzetten. Het potentieel aan zwakbegaafden, vooral jeugdigen met gedragsproblemen, is namelijk groot. Tussen de 240.000 tot 280.000 Nederlanders kunnen tot deze groep worden gerekend.

Voor de lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, de geestelijke gezond-

heidszorg en de maatschappelijke opvang zijn geen ramingen beschikbaar. Belangrijk voor het toekomstige uitgavenniveau voor de GGZ en MO zal zijn in hoeverre vermaatschappelijking en extramuralisering zich daar zal doorzetten.

De factoren die het uitgavenniveau verklaren vallen in twee categorieën uiteen: factoren die eigen zijn aan de AWBZ en algemeen verklarende factoren. Deze laatste zijn de bekende factoren als loon- en prijsbijstelling, demografische groei en medisch-technische ontwikkeling. Over de eerste is minder bekend, al zijn er onlangs drie omschreven. De eerste is het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële arm-slag. De tweede is het door het streven naar continuïteit van de zorgver-lening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkan-toren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren. De derde is de mogelijkheid om eventuele te ruime indicaties binnen het sys-tem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij te krappe indicaties wel aanwezig is.

Noten

- ¹ Geclausuleerd omdat aan de extra middelen wel strenge(re) eisen aan de besteding en verantwoording worden gesteld.
- ² ‘Netto’ wil zeggen exclusief eigen betalingen.
- ³ Met de ‘gehele zorg’ wordt de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, de verzorgings- en verpleeghuizen, de thuiszorg, de ziekenhuiszorg en de specialistische hulp, de huisartsen-, tandheelkundige en paramedische zorg, de genees- en hulpmiddelen en de preventie, beheer en diversen volgens CPB-definities bedoeld.
- ⁴ Exclusief kapitaallasten.
- ⁵ Het CPB telt de geneesmiddelen en de administratiekosten niet mee bij de bedrijfstak zorg. Hierdoor ligt de zorgquote in 2001 (8,7% BBP) lager dan de zorgquote die VWS hanteert (10,3% BBP).
- ⁶ De potentiële vraag betreft het aantal mensen dat zodanige gezondheidsproblemen heeft dat ze in principe voor AWBZ-gefinancierde diensten in aanmerking komen als ze daarom bij een Centrum indicatiestelling (CIZ) zouden vragen.
- ⁷ Uitgangspunt van deze raming is het in 2002 waargenomen voorzieningengebruik. Het is evenwel geen echte gebruiksraming, omdat alleen met veranderingen in vraagkenmerken rekening is gehouden; vandaar de naam ‘vervulde vraag’.
- ⁸ Aan de erkende vraag wordt hier geen aandacht besteed. De erkende vraag is de vervulde vraag opgehoogd met het aantal wachtenden. De erkende vraag stijgt volgens het SCP tot 2020 met 20%.
- ⁹ Overigens moet men de besproken kostendrijvers niet alleen als uitgavenverhogend zien. Een kostendrijver heeft invloed op het niveau van uitgaven. Dat kan verhogend of verlagend uitwerken. De demografische kostendrijver kan bijvoorbeeld uitgavenverlagend zijn als het aantal ouderen (na 2035) weer afneemt.
- ¹⁰ In de periode 1990–1999 lag de gemiddelde prijsstijging in de zorg ongeveer 0,7% per jaar hoger dan de prijsstijging van het BBP (Folmer et al., 2001; in CPB, 2004A).

Literatuur

Boer en Croon, Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen, Amsterdam, 2004.

Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Care\Gehandicaptenzorg\Feiten en cijfers\, 12 mei 2005

CPB, Centraal economisch plan 2005, Den Haag, 2005.

CPB, Momentopname van de AWBZ; een analyse van de sterke en zwakke punten, Den Haag, 2004.

CPB, Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg, CPB-document no 72, Den Haag, november 2004a.

CPB, Vier vergezichten op Nederland: Productie, arbeid en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040, CPB Bijzondere publicatie, no. 55, 2004b.

Economic Policy Committee, Budgetary challenges posed by ageing populations, Brussels, 2001.

HHM, Verklarend onderzoek stijging uitgaven GGZ en GZ, Enschede, 2004

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Jaarverslag 2004, Den Haag, 2005.

SCP, Ouderen nu en in de toekomst; gezondheid, verpleging en verzorging 2000 -2020, Den Haag, 2004a.

SCP, Advies ramingen verpleging en verzorging, Den Haag, 2004b.

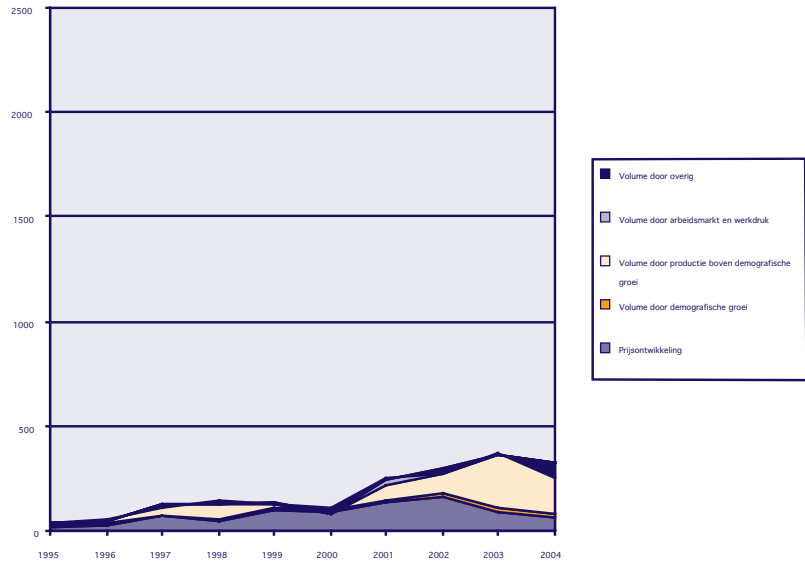
SCP, Zorg voor verstandelijk gehandicapten; ontwikkelingen in de vraag, Den Haag, 2005.

Tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven (TCOZ), Onderzoek naar de zorguitgaven; rapport van de tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven, TK 28852 nr. 3.

Appendix

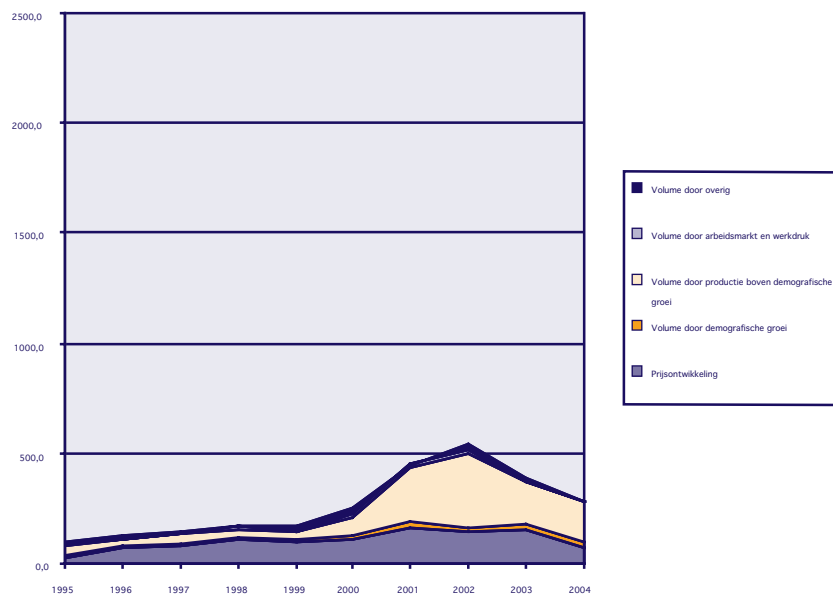
Uitgavenontwikkeling in de verschillende AWBZ-sectoren

Figuur 1.1 Mutaties ten opzichte van voorafgaand jaar in de Geestelijke gezondheidszorg, verslaafdenzorg en maatschappelijke opvang naar prijs en volume



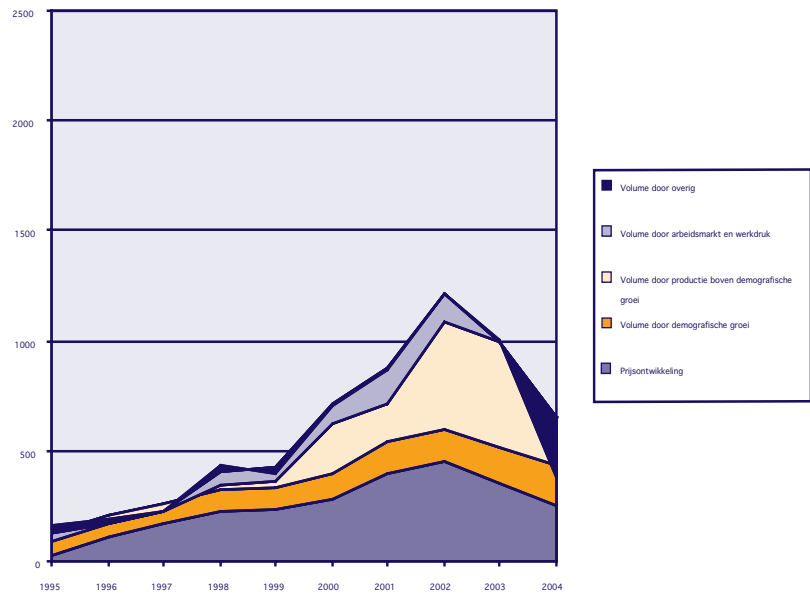
Bron: VWS

Figuur 1.2 Mutaties ten opzichte van voorafgaand jaar in de gehandicaptenzorg (excl. hulpmiddelen) naar prijs en volume



Bron: VWS

Figuur 1.3 Mutaties ten opzichte van voorafgaand jaar in de verpleging en verzorging naar prijs en volume



Bron: VWS

Bijlage 6

Langdurige zorg in het buitenland, lessen voor Nederland?

De conclusies uit de achtergrondstudie van het NIZW IC

Langdurige zorg elders, de lessen verzameld

De dataverzameling heeft geleid tot een aantal concrete aandachtspunten die voor Nederland van belang kunnen zijn. Deze worden in de komende hoofdstukken behandeld. Dit hoofdstuk beziet het materiaal op een wat meer geaggregeerd niveau en geeft dus meer dan een opsomming van de in de overige hoofdstukken aanwezige leerpunten. We beschouwen het gevonden materiaal van bovenaf. Welke patronen komen naar voren en in hoeverre kunnen deze bij de herinrichting van de langdurige zorg in Nederland van belang zijn? In dit hoofdstuk volgt steeds eerst een beschrijving van de bevindingen. Daaruit volgen één of meerdere lessen voor het Nederlandse beleid. Deze lessen zijn in cursieve tekst weergegeven.

Algemene bevindingen

Vooraf aandacht voor langdurige zorg voor ouderen

De conclusie lijkt dat de langdurige zorg voor ouderen in Europa veel meer in de (politieke) belangstelling staat dan de langdurige zorg voor beide andere doelgroepen. Dat betekent ook dat het boven tafel krijgen van informatie rond de langdurige zorg voor personen uit beide andere doelgroepen, extra inspanningen zal vergen.

Permanente reconstructie

De les uit het voorgaande is niet alleen dat de waarde van beschreven leerpunten nog niet altijd optimaal in te schatten is, maar dat – in breder verband – beleid ook voldoende tijd moet nemen en krijgen om nagestreefde innovaties in de sector afdoende te kunnen implementeren.

Langdurige zorg deel van bredere context

In ons materiaal komt mantelzorg uitgebreid aan de orde, ondanks het feit dat de RVZ zelf ook een achtergrondstudie op dit terrein verricht. Hoewel daarmee rekening is gehouden, is het onvermijdelijk dat onder meer mantelzorg ook hier een onderwerp is. In hoofdstuk 1 wezen we er al op dat het begrip ‘langdurige zorg’ verwijst naar een scala aan mogelijke ‘soorten’ zorgverleners. Hoe de mix van deze uitvoerders in een land is vormgegeven, hangt samen met traditie en historie, cultuur en ordeningsprocessen en -patronen. Dat is meer dan wat er in een wetboek staat, meer dan we kunnen beschrijven onder de noemer ‘cultuur’ en is in de loop van de tijd beweeglijk en beïnvloedbaar. Dit maatschappelijke

stelsel zegt bijvoorbeeld iets over solidariteit, over de positie van en relatie tussen man en vrouw, over de rol en context van religie, over de betekenis van ziekte en positie van zorg en zorgverleners. Het gaat dus ook over de visie van een samenleving (ondersteund door regelgeving, methodieken, processen en structuren, do's en dont's) op de vraag hoe mensen met elkaar omgaan, in het bijzonder familieleden en sociale netwerken, en bij ziekte en hulpvraag. Daarmee komen vragen rond het bij langdurige zorg behorende werk in beeld, zoals: wie doet wat, wanneer met welke ondersteuning voor wie en met welk beoogd effect, wie heeft de regierol en op welke basis ziet men (eigen keuze of verplicht, behorend bij de maatschappelijke rol?) welke oplossingsstrategieën bij welk problemen? We geven enkele voorbeelden:

- De publieke financiering van de zorg staat in Zweden minder dan in Nederland (of, zoals recent via de media bleek, in België) ter discussie. Het denken op het gebied van een hoge arbeidsparticipatie van vrouwen en het langer doorwerken door ouderen is er verder gevorderd dan in Nederland. Er is op deze punten een breed draagvlak in Zweden bereikt, waardoor ook meer via het publieke stelsel is te financieren.
- In Duitsland stelt een recente rechten/plichtendiscussie rond zorg, welke voor de rechtbank wordt uitgevochten, het maatschappelijk stelsel rond langdurige zorg (en in het bijzonder de rol van familieleden) scherper.
- In zowel Spanje als Portugal is het maatschappelijk stelsel ingericht rond een uitgebreid stelsel van familietaken en onderlinge sociale verbanden en rollen. De algemene notie is daar dat beleid zich niet met het privé-domein moet bemoeien. Maar dergelijk non-beleid rond mantelzorg of 'familie' of 'gezin' is wel degelijk ook beleid, in de zin dat het uitblijven van beleid nadrukkelijke effecten heeft. Inmiddels leidt de teloorgang van de familienetwerken ertoe dat de overheden hun beleidsuitgangspunten moeten herijken. Het is om deze redenen dat dit rapport relatief veel aandacht besteedt aan mantelzorg: als onderdeel van de totale 'arbeidskolom' rond langdurige zorg.

Bij een (hernieuwde) vormgeving en inrichting van structuren, financieringsvormen en processen rond de langdurige zorg (voor ouderen of voor andere groepen) is het cruciaal rekening te houden met de totale arbeidskolom rond de langdurige zorg. Bovendien strekt langdurige zorg zich uit over meer beleidsvelden dan het beleidsveld dat door het ministerie van VWS wordt bestreken. Zo raakt gezondheidszorg-beleid ook inkomensbeleid. Gevolg is dat beleidsuitgangspunten van de ene beleidsactor – zonder expliciete afstemming – strijdig kunnen zijn met die van een andere beleidsactor. Gevolg is een gebrek aan integraal beleid rond langdurige zorg.

Betaalbaarheid goede zorg: convergentie van beleidssystemen

Waar het gaat om betaalbaarheid van goede zorg, bespreken we in feite zowel financiële als kwaliteitsvragen. Bij die kwaliteitsvragen behoren ook de levering en leveringsvoorwaarden.

Algemeen

De maatschappelijke vraag is steeds wat (collectief) 'betaalbare goede' zorg is. Nederland heeft bijvoorbeeld een sobere financiering voor verpleeghuizen. Volgens velen is dit achtergrond geweest voor het recente negatieve IGZ-rapport betreffende de verpleeghuiszorg. In Portugal lijkt men echter een stap verder te zijn: daar is in het kader van het kwaliteitsbeleid (en na vele misstanden) bij de verpleeghuizen een ISO-norm geformuleerd en ingevoerd. Wat Nederland betaalbaar en goed vindt rond de verpleeghuiszorg loopt dus in zeker opzicht achter bij Portugal, ook al is met het voorgaande niet gezegd dat ISO-certificering afdoende garanties geeft voor een behoorlijke kwaliteit. Dat hangt immers af van de vraag welke zaken in het zorgproces op welke manier zijn vastgelegd in het kwaliteitsbeleid. De winst lijkt echter te zitten in het feit dat er controleerbaar kwaliteitsbeleid is.

Een concrete les voor Nederland is dat het denken over systematische kwaliteitsborging van de verpleeghuiszorg elders verder is gevorderd dan in Nederland, waar een dergelijk systeem nog niet aanwezig is.

Evenzeer op basis van het materiaal uit Portugal als uit recente voorbeelden afkomstig uit Nederland, is dat nog steeds belangrijke lessen niet alleen worden getrokken uit 'good practice'. 'Bad practice' blijkt op vele terreinen, inclusief de (langdurige) zorg, belangrijke lessen en ontwikkelingen op te leveren, indringender en dwingender dan de lessen die uit 'good practice' komen. De recente Nederlandse ontwikkelingen rond de kwaliteitsborging in de verpleeghuiszorg.

Het geheel overziend lijkt de conclusie dat zowel de verzorgingsstaat in het noorden als de 'nachtwakerstaat' in het zuiden hun beste tijd gehad hebben en dat er middenwegen worden gezocht die elk een nieuwe mix betekenen van:

- beperkte toegang tot de publieke zorg (scherp indiceren, nadruk op ernstiger gevallen);
- tekorten aan verplegend en verzorgend personeel door een combinatie van imago, arbeidsomstandigheden, vergrijzing van de werknemers, en niet adequate arbeidsvoorwaarden;
- ondersteuning voor mantelzorgers
- (indien niet expliciet een recht op zorg is vastgelegd, zoals de zorg voor gehandicapten door gemeentes in Zweden) wachtlijsten in het publieke deel van het zorgstelsel dat op macroniveau, financieel aan banden wordt gelegd.

Publieke en private aspecten

Betaalbaarheid als begrip, zo leert de inventarisatie, is niet alleen een puur economisch begrip. De vraag is natuurlijk wat betaalbaar moet zijn en voor wie. Bij het stellen van deze vraag grijpen we in feite terug op de eerder gegeven beschrijving van langdurige zorg: voor wie, hoe gefinancierd, welke kwaliteit, enzovoorts. Ongeacht het stelsel in ons onderzoek, overal moet een continu dilemma worden opgelost. Dit continue dilemma, hoe om te gaan met zorg en de verzorgingsstaat, wordt overal beantwoord met behulp van onderstaande opties. De vijf basale opties hebben betrekking op betalingen, zorgarbeid, voorzieningen, verantwoordelijkheden en financiering. De onderzochte landen moderniseren hun stelsels door keuzes te maken rond elk van de vijf opties (en dan welhaast te hopen dat het duurzaam blijft), welke nauw aan elkaar gerelateerd zijn:

Beleidsopties langdurige zorg

- | | |
|--|---|
| 1. publieke en private betalingen | publieke betalingen: betalingen op basis van bijvoorbeeld een verplichte (collectieve) verzekering of op basis van fiscale heffingen.
private betalingen: bijvoorbeeld via vrijwillige verzekering, 'out-of-pocket' (eigen risico of eigen bijdrage – door patiënt of zelfs (extended) family op basis van inkomen en/of vermogen – bij een meer publiek geregelde betaling) of volledige betaling cash (door zorgvrager en/of diens familie). |
| 2. publieke en private (al dan niet betaalde) zorgarbeid | publieke zorgarbeid: zorgarbeid verricht binnen het door de overheid gecontroleerde deel van de arbeidsmarkt (al dan niet in een publiek georiënteerde voorziening). Private zorgarbeid: zorg verleend door niet als geregelde beroepsbeoefenaar bekende zorgverlener (bijvoorbeeld: mantelzorg, illegale zorgarbeid, gesubstitueerde professionele zorgarbeid). |
| 3. publieke en private voorzieningen | publieke voorzieningen: voorzieningen die deel uitmaken van het publieke systeem van gezondheidszorg. In het kader van dit project beschouwen we ook de in Nederland veelal privaat vormgegeven 'reguliere' zorgaanbieders als publieke voorzieningen. Private voorzieningen: voorzieningen die zich buiten het directe blikveld van de overheid of toezichthouder bevinden. |
| 4. publieke en private verantwoordelijkheden | publieke verantwoordelijkheden: die delen van het stelsel waarvoor een publiek lichaam (rijk, regio, gemeente) de verantwoordelijkheid draagt. |

private verantwoordelijkheden; die delen van het stelsel waarvoor geen publiek lichaam verantwoordelijkheid draagt.

5. publieke en private financiering publieke financiering: zorgverlening gefinancierd via een collectief (publiek) financieringsstelsel, zoals de fiscus (zie het Verenigd Koninkrijk)
private financiering: zorgverlening gefinancierd via een privaat financieringsstelsel, zoals een vrijwillige verzekering.

Markt en solidariteit

Voor Nederland lijkt het evident dat beleid op het domein van de (publiek gefinancierde) langdurige zorg dient te worden vormgegeven met een balans tussen markt- en monopoliegedrag enerzijds en de noodzaak en wenselijkheid van zoveel mogelijk integrale zorg via zorgketens.

Toegang tot zorg

Een eerste les uit het materiaal, is dat verscherping van de toegangscriteria tot de publiek gefinancierde langdurige zorg op meerdere plaatsen plaatsvindt. In grote lijnen zoekt men overal een concentratie op de complexere, intensievere hulpvraag.

Een tweede les is dat waar Nederland een centrale indicatiestelling voor AWBZ-zorg heeft ingevoerd, de trend in sommige andere landen (Verenigd Koninkrijk, Zweden, Denemarken, Finland) juist is om deze decentraal te laten verrichten. Nederland lijkt deze keuze te maken uit overtuiging dat Nederlanders willen dat overal dezelfde diensten beschikbaar moeten zijn vanuit een gevoel van rechtsgelijkheid binnen de natie-staat. Klaarblijkelijk – al was het maar vanuit het gegeven dat zich op dit punt geen beleidswijzigingen voor lijken te doen – leeft dit sentiment elders minder.

In Nederland zijn we sommige systemen van eigen betalingen en/of betalingen door familieleden én de gevolgen daarvan – waarbij een zorgvraag niet wordt geëxpliciteerd vanwege oneigenlijke argumenten zoals erfenis- en andere familiekwesies – de afgelopen jaren ontgroeid. Het is echter denkbaar dat – afhankelijk van de eventuele hernieuwde inrichting van een systeem van langdurige ouderenzorg – dergelijke oneigenlijke modellen weer opnieuw aan de orde komen. Ex ante analyses op dit punt en preventie van oneigenlijke systemen is daarom aan te bevelen.

De achtergronden en motieven achter de keuzes van Schotland rond de 'social care' vragen in het bijzonder aandacht, juist omdat daar fundamenteel andere financieringskeuzes worden gemaakt dan in Nederland.

Het verdient daarom aanbeveling de ontwikkelingen in Schotland nader te volgen op aspecten van omvang van de vraag, kwaliteit van zorg, macrokosten enzovoorts.

Voor Nederland ligt een mogelijkheid in het niet alleen bezien hoe de stelsels zijn om te bouwen, maar ook om, indachtig het bovenstaande, een dubbele weg in te slaan:

1. Een analyse (post-hoc of -a priori) maken van de gevolgen voor degenen van wie de zorgvraag in een veranderend systeem niet meer via het publieke stelsel wordt beantwoord. Ervaringen van elders kunnen daarbij voor Nederland belangrijke leerstof opleveren.
2. Nagaan of en zo ja hoe, in een op complexere en langdurige zorgvraag gericht systeem dat scherper indiceert voor het publieke stelsel, preventie georganiseerd en ondersteuning gestimuleerd kan worden .

Substitutie: een Europees begrip?

De lessen voor Nederland zijn in dit verband ten eerste, dat waar elders nog een inhaalslag te maken is rond de vraag naar zorg in een verblijfscontext, deze momenteel ook plaatsvindt. Ten tweede is substitutie deels doelgroepafhankelijk en vervolgens ook domeinafhankelijk: psychiatrische patiënten met een langdurige zorgbehoefte komen steeds meer in het domein van justitie in plaats van in het volksgezondheidsdomein. Hoewel het logisch lijkt deze re-institutionalisering te bezien als een reactie op een eerdere vermaatschappelijking van de psychiatrie, is hierover geen materiaal bekend.

Het totaalbeeld laat een breed palet aan substitutievormen zien, die zich niet alleen in Nederland maar ook elders voordoen. Zo lijkt het in de rede te liggen dat er substitutie op de arbeidsmarkt kan gaan ontstaan indien er onvoldoende arbeid met een voldoende kwalificatieniveau aanwezig is dan wel indien competentiedomeinen anders worden geformuleerd. De vraag wordt dan relevant welke niveaus in welke mate essentieel zijn in de langdurige zorg en vervolgens hoe daarin te voorzien.

Van kostenpost naar sector met opbrengsten?

Een les voor Nederland lijkt te zijn dat een wisseling in denken rond gezondheidszorg, waarbij het perspectief verschuift van dat van kostenpost naar dat van een maatschappelijk productieve sector, mogelijk is. Daarbij is het niet gezegd dat dit voor de langdurige zorg even 'makkelijk' te realiseren is als voor de meer curatief georiënteerde zorg in bijvoorbeeld Duitsland. Het voorbeeld Duitsland alsook de soortgelijke trend in het denken in het Verenigd Koninkrijk doen echter vermoeden dat de gedachte breder in de lucht hangt en mogelijk navolging verdient. Het lijkt evident dat patiënten in een dergelijke ontwikkeling in het denken ook een rol behoren te hebben.

Bureaucratie: één medaille, met twee zijden; verantwoording en schotten

De les voor Nederland is dat gelijkblijvende vragen rond bureaucratie. Vanuit verschillende perspectieven anders worden beantwoord. Zo kiest Nederland voor een uit elkaar halen van de maatschappelijke inzet en de (langdurige) zorg, zowel qua niveau van aansturing en coördinatie als qua financiering, rechtszekerheid voor de burger als qua verantwoordingsplicht van de bekostiger, daar waar men elders juist zoekt naar mogelijkheden tot integratie van beide systemen. Het was in dit onderzoek niet mogelijk de oorzaken hiervan te achterhalen. Reden waarom de vraag overeind blijft waarom dit zo is. Daarnaast is de vraag in hoeverre de beleidsuitgangspunten en -doelen identiek zijn, dan wel de verwachte resultaten.

Met de continue modernisering van de langdurige zorg, dan wel met de invoering van een compleet nieuw stelsel van gezondheidszorg, zorg en welzijn in Nederland, lijkt het na te streven om de daarmee verband houdende te verwachten bureaucratische druk a priori goed te bezien en te zoeken naar wegen voor een optimalisering van benodigde informatiestromen en bureaucratische druk in relatie tot de primaire processen. In dit kader zijn de ontwikkelingen zoals op moment van schrijven rond de diagnose-behandelingscombinaties (DBC) een belangrijke peilstok. Een ander voorbeeld is de staf die nodig is om de zorgtoeslag voor de Zorgverzekeringswet uit te betalen.

Onheldere verantwoordelijkheden

De les voor Nederland is dan dat een te moderniseren stelsel van langdurige zorg al tevoren op weeffouten als ontbrekende, dubbele of conflicterende verantwoordelijkheden is te bezien, zeker indien ze ten detrimente van de voor de patiënt wenselijke transparantie of kwaliteit van zorg doorwerken. Daarbij gaat het ook om de interactie tussen beleid vanuit verschillende departementen.

Nieuwe functies

De les voor Nederland is dat er mogelijkheden zijn om bureaucratische processen van binnenuit aan te pakken, maar dat er voor gewaakt dient te worden dat de (bureaucratische en maatschappelijke) kosten hiervan niet gaan overheersen.

Decentralisering: de lokale overheid

De voorbeelden leren dat: het denken over verschuivingen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden geen eensluidend antwoord oplevert. Al naar gelang historische verschillen binnen de onderzochte landen is het makkelijker dan wel moeilijker om verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij andere (lagere) bestuurslagen neer te leggen en kunnen deze daar beter of minder goed mee omgaan. Ook de interactie tussen bestuurslagen en verantwoordelijkheden is van groot belang omdat op

dat moment onder meer coördinatievraagstukken van belang worden. Hierbij is de conclusie dat het van belang is de verantwoordelijkheden en bevoegdheden over niet te veel verschillende partijen te verdelen; bij de modernisering van de langdurige zorg in Nederland uiteraard met ordeningsvragen op het gebied van de regionale verdeling van specifieke (top-)voorzieningen, bijvoorbeeld in de psychiatrie, rekening gehouden moeten worden; bij een regierol voor lagere overheden, zoals de gemeentes, de rijksoverheid het proces niet onbewaakt kan laten.

Visie op langdurige zorg

De vraag die Nederland rond langdurige zorg voor elk van de doelgroepen moet beantwoorden is welke basale visie men op langdurige zorg heeft. Gaat ook Nederland naar een medisch of naar een meer maatschappelijk model, of naar een combinatie van beide, en voor welk van de onderscheiden (sub-)doelgroepen?

Gezamenlijke visieontwikkeling

Een aanpak als in Duitsland, waarin bijvoorbeeld overheid, onderzoekers, zorgverzekeraars, patiënten, mantelzorgers, beroepsbeoefenaren, bemiddelaars en zorgaanbieders participeren, is voor Nederland een mogelijk verrijkend perspectief. Informeel was er weliswaar een dergelijke vorm van samenwerking via het Den Treek-overleg, maar er leeft binnen Nederland inzake langdurige zorg blijkbaar nog te weinig een gevoel van maatschappelijke urgentie om inhoudelijk te komen tot een breed gedragen innovatieproces. De nadruk ligt vooral bij een door de overheid gestuurd structurenproces, waarin de wettelijke kaders worden vernieuwd.

Toepassing visie: Cure en care, wonen en zorg

Gezien de stand van zaken in het debat rond de ontwikkeling van de WMO in Nederland, lijkt het inmiddels een stap te ver om op grond van bovenstaande voorbeelden nogmaals na te denken over doel, nut en noodzaak van gescheiden voorzieningen.

Voorts blijken financiële prikkels goede mogelijkheden te bieden voor het oplossen van ongewenste situaties (verkeerde bedden).

Herdefinitie zorg, patiënt- , mantelzorg- en hulpverlenersrollen

Expert patiënt

Zeker bij langdurige (somatische) zorg is de verwachting dat ook in Nederland (al dan niet gestimuleerd) een ontwikkeling naar een expertpatiënt zich zal voordoen. De daaruit volgende vraag is hoe de samenleving om zal moeten gaan met degenen die – om welke reden dan ook – niet in staat zullen zijn om zichzelf die rol toe te eigenen en die dus niet in staat zullen zijn een actieve partner in het zorgproces te worden.

Mantelzorg

De les voor Nederland is evident: het vormgeven van beleid rond langdurige zorg omvat steeds meer ook gericht (ondersteunend) beleid voor mantelzorgers. Het in Zweden uitgewerkte model om mantelzorgers volledig te honoreren bleek echter geen werkbaar model omdat het de druk op mantelzorgers bleek te vergroten, waar een vermindering meer op zijn plaats was. Waar in Nederland dergelijke initiatieven worden overwogen, is het aan te bevelen deze en andere ervaringen mee te nemen. Zo zijn er in het buitenland de nodige relevante lessen te leren:

- Het onderscheid in ondersteuningsmaatregelen voor oudere dan wel jongere mantelzorgers is te zien als basis voor een veel gedifferentieerder palet aan ondersteuningsvormen voor mantelzorgers waaronder de mogelijkheid van pensioenopbouw en de mogelijkheid van noodopvang. Er blijken veel initiatieven mogelijk die de steun voor mantelzorgers verbeteren.
- De discussie rond en over mantelzorg zal mogelijk – in het verlengde van het Duitse voorbeeld – gaan juridiseren. Daarbij lijken in Nederland vooralsnog andere concrete vragen centraal te staan. Wel lijkt de essentie soortgelijk: waar houdt eigen verantwoordelijkheid (van patiënt of mantelzorger) op en waar begint de collectieve verantwoordelijkheid (via bijvoorbeeld het basispakket)?

Dubbele afgedwongen solidariteit van mantelzorgers

Ook in Nederland is, zonder bewust beleid, een dubbele belasting (door de noodzaak tot zorgen en via (eigen) betalingen) voor mantelzorgers te verwachten. Tot dusverre is dit echter nergens aanleiding om op beleidsniveau over de hierboven beschreven te verwachten dubbele belasting van mantelzorgers na te denken. Het is aan te bevelen dat Nederland de discussie over dit aspect van langdurige zorg start.

Zorg met of zonder mantelzorg

In een systeem waarin mantelzorg nog nadrukkelijker dan nu het fundament van de (langdurige) zorg wordt, zal onherroepelijk ook de vraag centraler komen te staan hoe om te gaan met de (organisatie, financiering en structuur van de) zorg voor degenen zonder potentieel aan mantelzorg (partner//kinderen). In de afgelopen jaren is al gekeken naar de mogelijkheden van andere (informele) netwerken, maar de algemene constatering blijft dat – ook in Nederland en zeker met het oog op de toekomst – het familienetwerk cruciaal blijft.

Herziening functies en benodigde vaardighedenmix

Voor Nederland biedt deze trits belangrijke aanknopingspunten om het beleid rond de arbeid in de langdurige zorg vorm te geven. Een verwachte ontwikkeling is een proces van professionalisering van zelfzorg en mantelzorg. Naast de verdere professionalisering (en protocolisering?) van ook de (herontwikkelde) professionele zorg kan dit tot onverwachte

neveneffecten leiden, bijvoorbeeld in samenhang met de evenzeer te verwachten toenemende assertiviteit van zorgvrager en mantelzorger.

De vraag is of uit de voornoemde ontwikkelingen rond de professionele zorgverlening ook lessen voor Nederland naar voren komen. Inmiddels is een Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) gestart. Afhankelijk van de vraag hoe men het domein 'gezondheidszorg' definieert zullen daarin ook de opleidingen en beroepen ten behoeve van de langdurige zorg een plek vinden en zal daar dus evenzeer een hernieuwd denken worden ontwikkeld. Vanuit het perspectief van deze studie is het in ieder geval aan te bevelen om dergelijke opleidingen en beroepen niet buiten het werkdomein van de MOBG te plaatsen.

Waar in Nederland vervolgens wordt nagedacht over nieuwe invullingen van de benodigde vaardighedenmix, is het van belang tevens te bedenken dat regelgeving rond de beroepen de reguliere inzet van deze nieuwe beroepsbeoefenaren kan hinderen. Zo is in de Wet BIG momenteel beperkt ruimte voor nieuw te regelen beroepen zoals de nurse-practitioner.

Wegwijzers en bemiddelaars

De les voor Nederland uit deze voorbeelden lijkt te zijn dat het voorzichtig moet zijn met het afschaffen van bemiddelende functies en het concept van de zorgmakelaar mogelijk dient uit te bouwen. Niet alleen vanuit zorginhoudelijk perspectief, maar zeker ook bij de invoering van de Zorgverzekeringswet en de verwachte omvormingen via een Wet Maatschappelijke Ondersteuning (met de bijbehorende veranderingen in de huidige AWBZ) veranderen de stromen dusdanig dat transparantie voor de patiënt/burger steeds lastiger wordt waardoor bemiddelaars/wegwijzerfuncties in belang kunnen gaan toenemen

Concurrentie binnen de arbeidsmarkt gezondheidszorg: curatieve zorg en langdurige zorg

Voor Nederland is de les dat ook hier de aantrekkings- en concurrentiekracht van de langdurige zorgsector als deelarbeitsmarkt binnen de zorgsector de nodige aandacht zal verdienen. Dit geldt temeer indien de economie aantrekt (en de zorgsector minder als 'veilige haven' functioneert) en de vraag naar zorg verder toeneemt.

Ongekwalficeerde, buitenlandse en/of illegale zorgarbeid

Vraag voor Nederland is niet zozeer óf, maar wel in hoeverre de zorgsector bij een toenemende vraag (en bij een oplevende economie) een beroep zal doen op buitenlandse arbeidskrachten. Het onderwerp is anno 2005 binnen de Nederlandse context nauwelijks de aandacht waard, maar naarmate de economie aantrekt zal er steeds vaker gezocht

worden naar andere vormen van zorgarbeid, naarmate zich tekorten op de zorgarbeidsmarkt gaan voordoen. Al naar gelang het arrangement is overigens denkbaar dat het tegen die tijd niet meer zozeer over zorgbepoepen gaat maar over ‘serviceverleners’.

De belangrijkste les voor Nederland lijkt daarom dat het niet zozeer een vraag wordt óf er ook een illegaal aanbod aan zorgverlening zal komen, maar eerder wanneer en hoe groot. Daarbij zal één van de bepalende factoren worden de mate waarin zorg- en dienstverleningsarbeid uit het collectief gefinancierde domein wordt gehaald en tot de verantwoordelijkheid van de particulier wordt gerekend. Voorts zal het een punt van aandacht worden hoe hiermee om te gaan.

Nawoord: overige lessen

In dit kader ligt het daarom voor de hand onder meer ook het Europese proces rond de Open Coördinatie Methode (OCM) rond Gezondheidszorg en Zorg voor Ouderen te gebruiken zoals bedoeld: als proces van benchmarking en leren van elkaar. Dat veronderstelt over en weer wél dat de lidstaten bereid zijn meer dan rituele energie in het proces te steken.

Noten

- ¹ Dit is vergelijkbaar met degene die bewust een andere kant op kijkt als iemand in het water valt. De gevolgen, waaronder de kans dat iemand verdrinkt, zijn wel degelijk terug te voeren op het niet kijken. Dit werkt door naar de zorg waarin de extended family in het publieke systeem van langdurige zorg ook voor financieringstaken (vergelijk de discussie in Duitsland) staat. Dit is voor sommige ouderen met een zorgbehoefte reden is om het publieke systeem te mijden.
- ² Overigens volgen op moment van schrijven de ontwikkelingen in de sector elkaar snel op. Meest recent is dat Arcares, cliëntenorganisatie LOC, de beroepsorganisaties AVVV, STING en NVVA, Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezamenlijk aan VWS indicatoren voor verantwoorde verpleeghuiszorg hebben aangeboden. Bovendien zijn er signalen dat de kwaliteit van verpleeghuizen in de toekomst openbaar zal zijn te raadplegen. De stappen worden dus – na lange relatieve stilstand – met grote snelheid genomen (Bron: Persbericht ministerie van VWS, 4 november 2005: Ross ontvangt indicatoren voor verantwoorde zorg.).
- ³ Vanuit de NPCF is aansluitend hierop de aanvullende vraag gesteld of het bestaande aanbod wel bij de vraag past, en zo nee, of dat niet ook een reden is voor drop-outs of have-nots. Het verzamelde materiaal biedt hierin geen inzicht, maar de vraag lijkt een completering van de in de hoofdtekst genoemde vragen.
- ⁴ Inmiddels kent Nederland ook twee tamelijk breed opgezette verbeteringsprogramma's: Zorg voor Beter en het Landelijk Dementie Programma.

Bijlage 7

Lijst van afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose behandelcombinatie
EPC	Economic Policy Committee
EU	Europese Unie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HHM	organisatiebureau Hoeksma, Homans en Menting
NIZW IC	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn International Centre
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMC	Open methode van coördinatie
PGB	Persoongebonden budget
RAK	Reserve Aanvaardbare Kosten
RIBW	Regionale instellingen voor begeleid wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
TCOZ	Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven
VK	Verenigd Koninkrijk
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WWB	Wet werk en bijstand
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

Bijlage 8

Literatuur

Boer & Croon. Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen. Amsterdam: Boer & Croon, 2004.

Centraal Planbureau. Can we afford to live longer in better health? Den Haag: CPB, 2005.

College voor zorgverzekeringen. Toekomstverkenning Modernisering AWBZ en gevolgen voor de GGZ. Diemen: CVZ, 2002.

College voor zorgverzekeringen. Toekomst AWBZ. Diemen: CVZ, 2004.

College voor zorgverzekeringen. Signalement AWBZ. "Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan". Diemen: CVZ, 2004.

College voor zorgverzekeringen. Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ. Diemen: CVZ, 2005.

College voor zorgverzekeringen. Overheveling GGZ. Diemen: CVZ, 2005.

College voor zorgverzekeringen. Uitwerking Toekomst AWBZ. Diemen: CVZ, 2005.

Douven, R., E. Mot en K. Folmer. Momentopname van de AWBZ. Een analyse van de sterke en zwakke punten. Den Haag: CPB, 2004.

GGZ Nederland. Curatieve ggz: van de AWBZ naar de Ziekenfondswet. Amersfoort: GGZ Nederland, 2003.

GGZ Nederland. De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland, 2004.

Goudriaan, R., et al. Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Den Haag: APE, 2005.

Huizinga, F. en B. Smid. Vier vergezichten op Nederland. Productie, arbeid en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040. Den Haag: CPB, 2004.

Kerschen, K., et al. Long-term care for older people. Report for the European Conference on "Long-term Care for Older Persons". Luxembourg: Alzheimer Europe, 2005.

Mens, N. Van gevangenis tot 'beschermd wonen'. ZM magazine, 20, 2004, no.3, p. 15-19.

Mouton, R. Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitdaging. Soesterberg: Stichting De Open Ankh, 2005.

Nederlandse mededingingsautoriteit. Visiedocument AWBZ-zorgmarkten. Den Haag: Nma, 2004.

Raad voor het openbaar bestuur: Raad voor de financiële verhoudingen. Autonoom of automaat? Advies over gemeentelijke autonomie. Den Haag: Rob: Rfv, 2005.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Mogen ouderen ook meedoen. Den Haag: RMO, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en zorg. De toekomst van de AWBZ. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Schut, F.T. , S.A. van der Geest en M. Varkevisser. Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse. Rotterdam: EUR, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Advies ramingen verpleging en verzorging. Den Haag: SCP, 2004.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Prestaties van de publieke sector. Een internationale vergelijking van onderwijs, gezondheidszorg, politie/justitie en openbaar bestuur. Den Haag: SCP, 2004.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP, 2004.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Typering van cliënten van AWBZ-gefinancierde verpleging en verzorging. Den Haag: SCP, 2004.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De WMO: vertrouwen in lokale democratie: een open brief aan de Tweede Kamer. Den Haag: VNG, 2005.

Wolffensperger, E., et al. Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de praktijk. Onderzoek naar de effecten van de invoering van het Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling AWBZ. Groningen: GINO, 2004.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net).
Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00

04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00

02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)	gratis
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))	gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€ 15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)	gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004	gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe	gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34

01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€ 11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg; signalement (Sig 05/02).	€ 15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€ 15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	€ 15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€ 15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VGW	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
05/04		
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
05/03		
VGW	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
05/02		
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis
05/01		

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 - 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002 - 2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

