

2 Huidige wetgeving: AWBZ, Zvw en Wmo

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

2.1 Korte weergave huidige AWBZ

Volksverzekering

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

Aanspraken

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

Deze zes aanspraken zijn:

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

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

Aanspraak op verblijf

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

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

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

Indicatiestelling

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

Zorgzwaartepakketten intramurale zorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Natura of persoonsgebonden budget (pgh)

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

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

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

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

Zorgkantoren

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

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

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

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

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

Contracteerruimte

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

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

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

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

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

- Bron: NZa.

Zorgaanbieders

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

Ultimo 2006 zijn er bijna 2500 AWBZ-instellingen⁴.

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

Cliëntondersteuning

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

Bekostiging

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

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

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

Financiering AWBZ

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

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

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

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

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

Procentuele premie

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

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

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

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

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

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

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

Rijksbijdrage

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

Eigen betalingen

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

Eigen betalingen in de AWBZ^a

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a Feitelijke gegevens en bedragen betreffen 2008.

Negatief exploitatiesaldo

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

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

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

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

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

2.2 Typering cliëntgroepen

Aantal cliënten

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

Categorieën zorgvragers

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

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

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

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

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

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

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

Geen homogene cliëntgroepen

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

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

Deze elementen worden hieronder toegelicht.

Aard ziekteproces en handicap

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

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

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

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

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

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

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

Duur en omkeerbaarheid

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

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

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

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

Levensfase van zorgvrager

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

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

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

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

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

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

Sociale omgeving, woon- en leefsituatie

Voor de behoefte aan langdurige professionele zorg zijn, naast de medische beperkingen en mogelijkheden, ook de sociale omstandigheden van een zorgvrager van belang.

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

Zelfstandig functioneren

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

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

Afrondend

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

2.3 Omgeving van de AWBZ: Zvw en Wmo

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

2.3.1 Zvw

Korte weergave Zvw

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

Zvw-aanspraken

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

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

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

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

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

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

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

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

Aanspraken

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

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

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

Premies en zorgtoeslag

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

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

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

Aanvullende verzekering

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

Het veld en de spelers

Marktwerking vindt in de curatieve zorg in getrapte vorm plaats:

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

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

Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar (zorgverzekeringsmarkt):

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

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

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

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

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

Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder (zorginkoopmarkt):

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

Relatie zorgvrager – zorgaanbieder (zorgverleningsmarkt):

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

Bekostiging zorgverzekeraars en risicoverevening

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

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

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

2.3.2 Wmo

Korte weergave Wmo

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

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

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

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

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

Negen Wmo-prestatievelden

De negen prestatievelden zijn:

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

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

25 Artikel 5, lid 1 Wmo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sturingsmodel

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

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

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

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

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

30 Artikel 24 Wmo.

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

Bekostiging gemeenten en verdeelmodel gemeentefonds

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

2.4 Huidige zorguitgaven

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

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

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

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

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

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

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

Lastenverdeling

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

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