

4 Visie van de raad

In dit hoofdstuk formuleert de raad de beleidsopgave voor de toekomst en de algemene uitgangspunten die hij voor het toekomstig beleid ten aanzien van de langdurige zorg van belang acht.

4.1 Beleidsopgave

Volgens de raad zijn beleidsaanpassingen nodig voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op de in de toekomst te verwachten ontwikkelingen in en rond de AWBZ. Hij onderschrijft de stelling van het kabinet dat de huidige vormgeving van de AWBZ niet voldoende op de toekomst is voorbereid en dat aanpassingen nodig zijn. De voornaamste uitdagingen voor het toekomstige beleid ten aanzien van de langdurige zorg zijn volgens de raad:

- 1 Het centraal stellen van de positie van de cliënt door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden om de zorg op eigen omstandigheden en wensen af te stemmen (zie 4.2.1).
- 2 Het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en het versterken van de samenhang tussen de verschillende vormen van zorg – cure en care – en ondersteuning bij deelname aan de samenleving (zie 4.2.2).
- 3 Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg, en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel, zodat de noodzakelijke zorg en ondersteuning ook daadwerkelijk kunnen worden verleend (zie 4.2.3).
- 4 Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, onder handhaving van de toegankelijkheid van langdurende zorg in financiële zin (zie 4.2.4).
- 5 Het tot stand brengen van meer flexibiliteit en dynamiek op de zorgaanbodmarkt, zodat meer diversiteit in het zorgaanbod kan ontstaan en meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het zorgaanbod af te stemmen op de gedifferentieerde vraag (zie 4.2.5).
- 6 Het waarborgen van de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel in de toekomst en de doelmatigheid of (kosten)effectiviteit van de zorgverlening (zie 4.2.6).

De raad realiseert zich dat er tussen de diverse beleidsopgaven een zekere spanning kan bestaan¹. Voor het te voeren beleid is het dan ook een uitdaging om hierin richting en

1 Deze spanning manifesteert zich niet alleen op beleidsniveau, bijvoorbeeld tussen financiële houdbaarheid en kwaliteit, maar ook op het niveau van de burger, die immers verschillende rollen heeft zoals de rol van gebruiker, verzekerde, belastingbetaler, mantelzorger of werknemer in de zorgsector. De burger verwacht bijvoorbeeld tegelijkertijd het tegengaan van stijgende ziektekostenpremies (betaalbare zorg) én de beschikbaarheid van alle zorg voor iedereen. Zie ook: Ministerie VWS (2007) *Niet van later zorg*, Den Haag.

evenwicht te vinden en spanningen zo mogelijk te overbruggen. Hierna schetst de raad per beleidsuitdaging de uitgangspunten en de richting van het te voeren beleid.

4.2 Uitgangspunten en beleidsrichting

4.2.1 *Cliënt centraal*

Volgens de raad moet de positie van de cliënt in het stelsel van langdurige zorg veel meer centraal komen te staan. Dit houdt in dat in het stelsel uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met de verschillen in mogelijkheden en wensen van zorgvragers. In het verleden werden cliënten te veel als onmondige mensen beschouwd. Terecht ligt thans meer nadruk op capaciteiten en mogelijkheden waarover cliënten beschikken om de regie over hun leven in eigen hand te houden.

Tegelijkertijd moet in het stelsel ook rekening worden gehouden met cliënten die niet of in veel mindere mate dan anderen kunnen kiezen of regie over het eigen leven kunnen voeren. Ook voor cliënten die niet mondig genoeg zijn om te kiezen, is het van belang dat hun zorgbehoefte als uitgangspunt wordt genomen en niet het zorgaanbod dat (toevallig) aanwezig is. Daarnaast zijn er algemene voorzieningen voor cliëntondersteuning.

De raad gaat er dan ook van uit dat de cliënt, binnen de AWBZ als verzekering, een keuze moet hebben tussen zorg in natura dan wel een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee hij zelf of via een vertegenwoordiger (zaakwaarnemer) zorg inkoop.

In een toekomstbestendig zorgstelsel zal volgens de raad ook meer ruimte moeten zijn voor differentiatie of diversiteit van het zorgaanbod naar de wensen en mogelijkheden van cliënten. Daarbij is wenselijk dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen zorgverlening als zodanig en de omgeving waarin de zorg wordt verleend (woonfunctie). In het verlengde daarvan kan er ook behoefte zijn aan differentiatie naar woonservice, persoonlijke dienstverlening en welzijnsachtige dienstverlening.

Een verdergaande scheiding van wonen en zorg draagt eraan bij dat er meer differentiatie mogelijk wordt op het gebied van wonen en woonservice, terwijl tegelijkertijd de waarborg bestaat dat een collectief verzekerd zorgpakket voor iedereen in gelijke mate beschikbaar is.

Het beleid tot beheersing van de zorgkosten zal zich volgens de raad, uitgaande van het meer centraal stellen van vraagsturing, meer moeten gaan richten op factoren en omstandigheden die van invloed zijn op de vraag naar langdurige zorg (de determinanten van de zorgvraag). In dat verband gaat het onder meer om preventie en de samenhang in de zorgketens, om ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en om het introduceren van prikkels die vermijdbaar of oneigenlijk gebruik van zorgvoorzieningen voorkomen. Daarnaast is het van belang om een beheerste prijsontwikkeling te bevorderen.

4.2.2 *Vergroten samenhang cure, care en participatie (ketenzorg)*

Vergroten samenhang cure, care en participatie

Volgens de raad kan en moet de zorginhoudelijke en logistieke samenhang tussen de verschillende onderdelen van het zorgstelsel (cure, care en maatschappelijke participatie) waar mogelijk worden vergroot.

Samenhang cure en care

Langdurige zorg thuis gaat veelal samen met huisartsenzorg (eerstelijnszorg) en staat, onder meer bij veel ouderen, vaak in samenhang met of volgt op een ziekenhuisopname. Dat maakt het wenselijk te denken en te handelen in termen van zorgketens, die zowel cure als care omvatten. Ook is er een samenhang met openbare gezondheidszorg en met preventiebeleid. Het nadrukkelijk onderkennen en erkennen van de samenhang tussen cure en care kan bijdragen aan beheersing of preventie van de vraag naar langdurende zorg. De raad stelt vast dat een scherp onderscheid tussen cure en care niet altijd mogelijk is (zie kader).

Cure en care niet eenduidig te scheiden

Cure verwijst naar genezing bij specifieke ziekten of aandoeningen of na een ongeval. Daarbij is er veelal geen sprake van blijvend verlies aan zelfredzaamheid. Cure kan ook betrekking hebben op geneeskundige zorg ter voorkoming van verergering van chronische ziekten of gericht op het vertragen van de verergering van een aandoening.

Voor bepaalde categorieën patiënten kan cure langdurig zijn. Cure slaat ook op de geneeskundige behandeling van mensen met chronische aandoeningen. Dit geldt zowel voor somatische als psychische ziekten die langdurende en telkens terugkerende behandelcontacten vragen, al dan niet met opname in een ziekenhuis of in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz-instelling). Daarbij hoeft op zichzelf genomen nog geen sprake te zijn van een (blijvende) beperking van de zelfredzaamheid van een patiënt. Dit geldt bijvoorbeeld voor diabetici, COPD-patiënten en nierpatiënten (nierdialyse) of voor mensen met een ambulante te behandelen langdurende psychische aandoening.

Care duidt vooral op verzorging, begeleiding en verpleging en houdt verband met de gevolgen van doorgaans onomkeerbare chronische aandoeningen en daarmee samenhangende blijvende functiebeperkingen. In beginsel heeft care dan ook betrekking op langdurende zorg (verpleging en verzorging, behandeling en begeleiding). Daarbij kan de intensiteit van de zorgbehoefte (de behoefte aan dagelijkse of wekelijkse zorg) verschillen naar de ernst van de beperkingen. In de huidige AWBZ zit voor een deel ook kortdurende zorg, zoals zorg (thuis of intramuraal) na een ziekenhuisopname en kortdurende zorg voor (visueel, auditief of lichamelijk) gehandicapten of ouderen om te leren omgaan met (nieuwe) hulpmiddelen.

Van belang is te onderkennen dat care en cure in veel gevallen met elkaar samenhangen, vooral bij ouderen, chronisch zieken en mensen met een chronisch psychische stoornis. Na een beroerte of een ernstig ongeval leidend tot blijvende beperkingen, volgt – in aansluiting op een medische behandeling van de aandoening als zodanig – veelal blijvende zorg (volgtijdige samenhang). Bij andere categorieën kunnen care en cure gelijktijdig nodig zijn (bijvoorbeeld bij dementie- of ernstige hartpatiënten).

Samenhang care en deelname aan de samenleving

Ook is er een samenhang tussen langdurende zorg en maatschappelijke ondersteuning die is gericht op het behoud van zelfredzaamheid en participatie in de samenleving. Deze ondersteuning varieert van voorzieningen in het kader van de Wmo tot regelingen in de sfeer van onderwijs, jeugdzorg, welzijn, vrijetijdsbesteding of maatschappelijke opvang en regelingen of voorzieningen tot behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid of ter bevordering van arbeidsparticipatie. Daarnaast is ook het beleid ten aanzien van volkshuisvesting en ruimtelijke ordening van belang voor de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen. Het beroep op AWBZ-voorzieningen is mede afhankelijk van de mate waarin op deze beleidsdomeinen is gewaarborgd dat er sprake is van (ondersteuning bij) zelfredzaamheid en sociale participatie van mensen met beperkingen. Daarnaast kunnen onderlinge dienstverlening, informele zorg en vrijwilligerswerk behulpzaam zijn bij het voorkomen of beperken van afhankelijkheid van professionele zorg. Volgens de raad moet het beleid erop zijn gericht om, via uiteenlopende beleidsinstrumenten, mensen met beperkingen te laten functioneren en participeren in de samenleving. Dit draagt impliciet bij aan het voorkómen van (langdurige) zorgafhankelijkheid in de toekomst.

Preventie: het voorkomen van zorgafhankelijkheid

Het toekomstige zorgbeleid zal volgens de raad meer en meer gericht moeten zijn op het – waar mogelijk – voorkomen van zorgafhankelijkheid. Het preventiebeleid heeft een brede strekking en is gericht op het tegengaan van gezondheidsrisico's en het bevorderen van een gezonde leefstijl². In dit verband is ook van belang dat innovatie (ICT, domotica) kan bijdragen aan het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en aan het beperken van zorgafhankelijkheid.

4.2.3 Beschikbaarheid van de zorg en personeelstekorten voorkomen

De te verwachten problematiek op de arbeidsmarkt in de zorgsector heeft als achtergrond dat de ontgroening van de beroepsbevolking leidt tot een vermindering van het personeelsaanbod in de zorgsector, terwijl de vergrijzing tegelijkertijd leidt tot een toename van de zorgvraag.

² Minister VWS, *Kaderbrief 2007-2011, visie op gezondheid en preventie*, 24 september 2007 en de daarbij gevoegde VWS-nota *Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie*, Tweede Kamer, 2007-2008, 22 894, nr. 134.

De raad hanteert als uitgangspunten dat langdurige zorg beschikbaar en bereikbaar moet blijven voor allen die daarop zijn aangewezen en dat deze moet voldoen aan de kwaliteitseisen (professionaliteit en veiligheid) die daarvoor gelden. Hij constateert dat, alleen al om demografische redenen, het een belangrijke beleidsopgave is om te waarborgen dat de langdurige zorg die nodig is voor mensen met beperkingen, ook daadwerkelijk kan worden verleend. Uitgaande van schaarste zal de beschikbaarheid van zorg naar behoefte en niet op basis van koopkracht moeten worden verdeeld. Vooral de beschikbaarheid van voldoende personeel in de zorgsector met de vereiste professionele kwalificaties is een belangrijke beleidsuitdaging. Dat stelt hoge eisen aan het onderwijs- en arbeidsmarktbeleid, maar doet ook een beroep op creativiteit en innovatie om de arbeidsproductiviteit in de zorgsector te vergroten. Van belang is dat veranderingen in de AWBZ aansluiten bij het beleid dat is gericht op het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel voor de zorgsector.

Ook de beschikbaarheid van mantelzorgers is een belangrijk aandachtspunt. Bij een toenemende arbeidsparticipatie in de leeftijdscategorieën tot 65 jaar zal voor de beschikbaarheid van mantelzorgers meer een beroep moeten kunnen worden gedaan op de inzet van 'gezonde' ouderen. Het bij elkaar wonen van en voor elkaar zorgen door ouderen zou dan ook moeten worden bevorderd.

4.2.4 *Eigen verantwoordelijkheid*

Mede gelet op de naar verwachting toenemende (gemiddelde) welvaartspositie van ouderen is het te rechtvaardigen een beroep op hun eigen verantwoordelijkheid voor de woonomgeving en voor eventuele extra faciliteiten. Daarmee hangt samen dat het dan ook aan de keuze van de cliënten is van welke woonvoorzieningen en welzijnsachtige faciliteiten zij gebruik willen maken. Deze behoren immers in beginsel tot het private domein waarvoor de mogelijkheden van de markt beschikbaar zijn.

Bij het verlenen van noodzakelijke langdurige zorg als zodanig is een onderscheid naar de inkomenspositie van burgers niet gewenst; dit is evenmin het geval bij de zorg die onder het basispakket van de Zvw valt. De kwaliteit en beschikbaarheid van zorg moeten voor allen in gelijke mate zijn gewaarborgd.

Verder gaat het bij de eigen verantwoordelijkheid ook om het verlenen van informele zorg aan zorgbehoevenden in de eigen omgeving voor zover deze als gebruikelijke zorg is te beschouwen³. Een adequate ondersteuning van deze informele zorg draagt mogelijk bij aan het beperken van het beroep op professionele zorg.

4.2.5 *Ondernemerschap en innovatie*

In de sector van de langdurige zorg heeft sturing op het aanbod van zorg lange tijd vooropgestaan. Dat heeft geleid tot beperking van de ruimte voor ondernemerschap en inno-

3 Bij de indicatiestelling wordt hiermee op dit moment al rekening gehouden.

vatie en tot een aanzienlijke administratieve last. Nodig is dat professionals in de zorg ervaren dat zij de ruimte hebben om nieuwe ontwikkelingen tot stand te brengen die kunnen bijdragen aan vernieuwingen in de zorg. Deze kunnen bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg en aan kostenbeheersing. Het gaat hierbij om onder meer:

- het zoeken naar een betere aansluiting op de diversiteit in de zorgvraag van cliënten en naar organisatievormen die dat mogelijk maken;
- het toepassen van nieuwe zorgvormen en technologieën (werkwijzen en hulpmiddelen) die leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg en tot minder afhankelijkheid van professionele zorg;
- het verbeteren van de productiviteit.

Innovatie in de zorgsector is ook van belang voor de nationale economie en een wezenlijk element in de kenniseconomie.

De raad heeft zijn visie op ondernemerschap en innovatie in de zorgsector ook verwoord in zijn advies *Ondernemerschap voor de publieke zaak*⁴. De raad gaat daar in op verschillende aspecten van ondernemerschap en de verdeling van verantwoordelijkheden. Zo schetst hij een beeld van de zorgconsument als 'koopkrachtige' klant, de overheid als systeemverantwoordelijke, de zorgverzekeraar als regisseur en de zorgaanbieder als ondernemer. Concurrentie om de gunst van de klant is een belangrijke stimulans voor ondernemerschap. Zorgaanbieders die door ondernemerschap en innovatie beter inspelen op de behoeften van cliënten, moeten kunnen groeien ten koste van aanbieders die hier niet in slagen.

De raad heeft met instemming kennis genomen van het voornemen tot het opzetten van het Zorginnovatieplatform, waarin het ministerie van VWS gaat samenwerken met veldpartijen, bedrijfsleven, wetenschappers en kennisinstututen om innovaties in de zorg sneller in te voeren. Innovatie via de introductie van nieuwe producten, diensten en werkprocessen is noodzakelijk om ook op lange termijn een kwalitatief hoog niveau van gezondheidszorg te garanderen. De inzet van ICT, domotica en andere technische hulpmiddelen helpt daarbij, evenals een ketenaanpak en het inzichtelijk maken van best practices. Ook in verband met de veranderende arbeidsmarkt en het groeiende aantal chronische zieken is een andere innovatieve aanpak in de zorgverlening noodzakelijk.

4.2.6 *Houdbaarheid van de zorguitgaven*

Belang van het waarborgen van een toekomstbestendig zorgstelsel

In de visie van de raad gaat het in het stelsel van langdurige zorg in Nederland om zorg en ondersteuning die mensen nodig hebben voor een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit en om te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven.

4 SER (2005) *Advies Ondernemerschap voor de publieke zaak*, publikatienr. 05/04, Den Haag, p. 136 e.v.

Het waarborgen van de houdbaarheid van het zorgstelsel, zowel in financiële zin als in de zin van het behoud van maatschappelijk draagvlak (solidariteit), is misschien wel de belangrijkste beleidsopgave. Een toekomstbestendig stelsel van langdurende zorg is van essentieel belang voor mensen die deze zorg nodig hebben. De ontwikkeling van de zorgquote is afhankelijk van de uitgavenontwikkeling in de zorgsector enerzijds en de ontwikkeling van het bbp anderzijds.

Zoals blijkt uit de probleemanalyse zullen de zorguitgaven in de komende decennia toenemen, mede als gevolg van de vergrijzing. Dit geldt voor de uitgaven in de sfeer van zowel de Zvw als de AWBZ. Een toename van de zorgquote⁵ in de komende decennia lijkt hoe dan ook onafwendbaar, maar de mate waarin dat het geval zal zijn, is beleidsmatig beïnvloedbaar.

Of en in welke mate een toename van de zorguitgaven maatschappelijk en financieel houdbaar zal zijn, is mede afhankelijk van (i) de toekomstige welvaartsontwikkeling (groei van het nationaal inkomen) en (ii) de maatschappelijke preferenties en het maatschappelijke draagvlak.

De maatschappelijke acceptatie van een toename van de zorgquote is ook afhankelijk van de mate waarin de uitgaven doelmatig worden besteed aan zorg van goede kwaliteit. Daarnaast is de maatschappelijke acceptatie afhankelijk van de wijze waarop de lasten zijn verdeeld over verschillende generaties en naar inkomens- en bevolkingsgroepen, evenals van het antwoord op de vraag in welke mate zorgvragers zelf bijdragen aan de kosten van de zorg.

In dit verband is ook van betekenis of inhoud en kwaliteit van de verleende zorg overeenstemmen met de preferenties in brede lagen van de bevolking.

Kort gezegd gaat het om het streven naar *value for money*. Dit betreft de overtuiging dat de juiste zorg van goede kwaliteit op de juiste plaats en voor de juiste personen beschikbaar is voor een redelijke prijs.

De raad verwacht dat hogere uitgaven in de toekomst in wezen onvermijdelijk zijn, gezien de demografische en medisch-technologische ontwikkelingen. In het beleid zal het dan ook moeten gaan om:

- Het creëren van een zo breed en stevig mogelijk sociaal-economisch draagvlak om deze uitgaven op te vangen in het kader van een brede vergrijzingstrategie. Daarbij gaat het vooral om het versterken van het draagvlak voor de financiering van collectieve voorzieningen en het bevorderen van duurzame economische groei via verhoging van arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit.
- Het vergroten van de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkelingen van langdurige zorg om zo ‘onnodige’ stijgingen van de AWBZ-uitgaven te voorkomen.

5 De zorgquote is de procentuele verhouding tussen de zorguitgaven en het nationaal inkomen.

Breed sociaal-economisch beleidskader

Volgens de raad speelt het algemeen sociaal-economische beleid een belangrijke rol in het opvangen van de toenemende vergrijzingslasten, met inbegrip van de zorguitgaven. In zijn advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* heeft de raad gesteld dat de opvang van de vergrijzingslasten een brede aanpak vraagt⁶. De raad bepleit dan ook een mix van maatregelen om deze vergrijzingslasten op te vangen (zie kader).

SER over opvang vergrijzingslasten

De door de raad voorgestelde mix bestaat uit: draagvlakverbreding door een ambitieuze participatiedoelstelling, een aanpassing van vergrijzingsgerelateerde instituties en vermindering van de staatsschuld door te streven naar een structureel overschot van het EMU-saldo. De SER wil de helft van de vergrijzingslast opvangen via een hogere arbeidsparticipatie. Voor de andere helft zal dit gebeuren via het aanpassen van vergrijzingsgevoelige instituties en het verbeteren van het EMU-saldo. Daarbij stelt de raad voor dat kabinet en sociale partners gezamenlijk komen tot een invulling van de participatiedoelstelling.

Uitgaande van een brede mix van maatregelen pleit de raad vervolgens voor verdere fiscalisering van de AOW binnen een aantal randvoorwaarden, en voor een hoger begrotingsoverschot na 2011. Ook sluit de raad niet uit dat er op termijn ruimte ontstaat tussen de ontwikkeling van de verdiende lonen en de contractlonen, hetgeen zal leiden tot een minder snelle groei van de AOW-uitgaven als percentage van het bbp en daarmee ook tot een kleinere vergrijzingslast.

Mocht het pakket aan maatregelen en opties niet voldoende blijken te zijn om de vergrijzingsproblematiek op te vangen, dan komt volgens de raad het geheel van relevante vergrijzingsgevoelige instituties voor beleidsaanpassing in beeld.

Om institutionele hervormingen beter hanteerbaar te maken en om vertrouwensverlies en maatschappelijke onrust te voorkomen, is volgens de raad een transparant en voorspelbaar overheidsbeleid nodig^a. Bij de herijking van instituties gaat het zowel om de richting van de beleidsaanpassingen als om het tempo en de maatvoering hiervan. Institutionele koerswijzigingen moeten volgens de raad tijdig worden aangekondigd en dienen te voorzien in voldoende ruime overgangsregimes en heldere tijdspaden. Dit is van belang om onzekerheden te beperken en om burgers en bedrijven de mogelijkheid te geven om op basis van een reëel toekomstperspectief op dergelijke wijzigingen te kunnen inspelen; zij moeten kunnen uitgaan van een betrouwbare en consistente overheid.

a SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, p. 25.

Vergroten van de beheersbaarheid van de zorguitgaven

De omslag van aanbodregulering naar vraagsturing doet het belang van instrumenten toenemen die erop zijn gericht de AWBZ-volume- en uitgavenontwikkeling beheersbaar

6 SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, publicatienummer 06/08, Den Haag, pp. 130 e.v.

te houden. De mogelijkheden tot kostenbeheersing waren in het verleden immers in belangrijke mate gelegen in het budgetteren van de contracteerruimte voor zorgkantoren en zorgaanbieders (aanbodregulering). Daarvoor in de plaats zal het accent in een AWBZ-‘nieuwe stijl’ meer moeten komen te liggen op ‘vraagregulering’. Daaronder verstaat de raad het sturen op aspecten die kunnen leiden tot een beheerste ontwikkeling van het beroep op de AWBZ (volumeontwikkeling) of tot een beheerste kostenontwikkeling (prijs- of uitgavenontwikkeling). Mede in dat kader zijn aanpassingen noodzakelijk die gericht zijn op:

- een duidelijk omschreven en goed afgebakende AWBZ-polis, zodat de AWBZ ook daadwerkelijk gereserveerd blijft voor noodzakelijke, langdurende zorg en een oneigenlijk beroep op AWBZ-zorg wordt voorkomen;
- het lonend maken van investeringen om zorgafhankelijkheid te voorkomen (preventie) en substitutie van duurdere zorg naar goedkopere adequate voorzieningen over verschillende domeinen heen mogelijk te maken;
- een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling, zodat de AWBZ wordt voorzien van een goed functionerende poortwachter;
- prikkels in de uitvoering om doelmatig en (kosten)efficiënt gebruik van de AWBZ te bevorderen en onnodige zorguitgaven te voorkomen;
- meer ruimte voor ondernemerschap en risicodragend kapitaal.

Heffingsgrondslag AWBZ

In de afgelopen jaren is de heffingsgrondslag voor de AWBZ-premie door uiteenlopende beleidsmaatregelen versmald of uitgehold, met name door de introductie en uitbreiding van de heffingskortingen. Dit heeft voor een deel geleid tot een verhoging van de (marginale) AWBZ-premie, en voor een ander deel tot toenemende tekorten in het AWBZ-fonds (AFBZ) omdat de compenserende bijdrage van de rijksoverheid voor de heffingskortingen (de BIKK-bijdrage) niet toereikend is. Het gevolg is dat het marginale tarief van de eerste en de tweede schijf in de loon- en inkomstenbelasting (waarvan de AWBZ-premie een onderdeel is) onder een aanhoudende opwaartse druk staat. Een eventuele verhoging van de AWBZ-premie roept veelal gelijktijdig een verhoging van de heffingskorting op. Ook is er nu al sprake van een geleidelijke fiscalisering omdat de BIKK-bijdragen worden verhoogd om de tekorten van het AFBZ aan te vullen of niet verder te laten toenemen. De raad is er voorstander van dat de heffingsgrondslag voor de AWBZ zo breed mogelijk is om te vermijden dat het tarief in de onderste twee schijven van de loon- en inkomstenbelasting te veel onder opwaartse druk staat wanneer de AWBZ zouden toenemen. In dat verband heeft hij in eerdere adviezen dan ook bepleit om te streven naar verbreding van de heffingsgrondslag door fiscalisering van de AWBZ-premie (zie ook paragraaf 5.5)⁷.

7 Zie: SER (2005) *Advies Van alle leeftijden* en SER (2006) *Advies Welvaartsgroei door en voor iedereen*. In beide adviezen heeft de vertegenwoordiger van de MHP zich uitgesproken tegen (verdergaande) fiscalisering.

4.2.7 Randvoorwaarden

Voor de beleidsmaatregelen ten aanzien van de AWBZ, of meer algemeen op het terrein van de ziektekostenverzekeringen, gelden volgens de raad enkele randvoorwaarden die hij in dit advies niet onbenoemd wil laten⁸. In kwalitatieve zin gaat het om de volgende algemene randvoorwaarden:

- Beleidsmaatregelen dienen aan te sluiten bij de grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid voor het waarborgen van de kwaliteit en toegang tot de zorg.
- Zij dienen te voldoen aan internationale verplichtingen (richtlijnen, verordeningen en verdragen).
- Zij dienen ertoe te leiden dat er sprake is van een evenwichtige lastenverdeling tussen burgers onderling (inkomens, generaties, risico's).
- Beleidsmaatregelen moeten zoveel als mogelijk is inkomens- en loonkostenneutraal worden gerealiseerd of goed zijn in te passen in het van jaar tot jaar te voeren sociaal-economische beleid. Zij mogen niet leiden tot (plotselinge) grote inkomensverschillen op individueel niveau. Ook is van belang dat rekening wordt gehouden met andere beleidsontwikkelingen die inkomenseffecten teweeg kunnen brengen (waaronder AOW, woningmarkt, et cetera).
- In verband met de te verwachten arbeidsmarktknelpunten mogen veranderingen in de AWBZ niet haaks staan op het beleid (in het bijzonder het onderwijs- en arbeidsmarktbeleid) dat is gericht op het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel voor de zorgsector.

4.3 Visie op veranderingsproces en langetermijnperspectief

Geen blauwdruk maar stapsgewijs veranderingsproces

De staatssecretaris geeft in de adviesaanvraag aan dat zij behoefte heeft aan een conceptueel advies over de lange termijn. Op basis van dit 'vergezicht' zou volgens haar een vertaling kunnen worden gemaakt naar maatregelen op de korte (en middellange) termijn (2009-2010). Zij verzoekt daarbij aan te geven welke tussenstappen in welke volgorde en volgens welk tijdpad kunnen worden gezet.

Volgens de raad is het nog te vroeg en daarom niet verstandig om in dit stadium al definitieve uitspraken te doen over het eindperspectief voor de langdurige zorg. Op dit moment bestaat er namelijk nog geen voldoende zicht op het functioneren van de Zvw en de Wmo in de praktijk. De vraag of een vergaande herverkaveling van de AWBZ meerwaarde heeft, kan op dit moment dan ook nog niet met volle zekerheid worden beantwoord.

In plaats van een blauwdruk voor een toekomstperspectief te schetsen, kiest de raad voor een meer evolutionaire of stapsgewijze benadering. Die benadering is erop gericht om op

⁸ Zie ook: SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekering*, publicatienr. 00/12, Den Haag, pp. 96-97.

korte termijn te komen tot een forse verbetering van het functioneren van de AWBZ. Hierbij gaat het onder meer om een toespitsing van de AWBZ op langdurige zorg, een betere afstemming met beleidsterreinen en versterking van doelmatigheidsprirrels in de uitvoering en bij de zorginkoop. Het zijn beleidsopgaven die hoe dan ook – in ieder scenario voor de toekomst – noodzakelijk zijn.

Perspectief op lange termijn

Tijdens een geleidelijk veranderingsproces kan onder ogen worden gezien of en welke meer vergaande veranderingen in de toekomst wenselijk zijn. Daarbij zal het onder meer gaan om het antwoord op de vraag of en wanneer het vanuit een oogpunt van doelmatigheid, kwaliteit en samenhang wenselijk is te komen tot verdergaande veranderingen, zoals een meer omvattende overheveling van aanspraken vanuit de AWBZ naar aanpalende regelingen (als de Zvw en de Wmo) dan wel het handhaven van een goed functioneert afzonderlijke care-verzekering (zie hoofdstuk 6).

Een en ander impliceert dat de uitkomst of het eindperspectief van het op korte en middellange termijn in gang te zetten veranderingsproces niet vooraf met zekerheid kan worden bepaald, maar dat wel een route kan worden aangegeven die leidt tot fundamentele verbeteringen in het functioneren van de AWBZ op korte, middellange en lange termijn.

Uitgaande van deze algemene benadering formuleert de raad in hoofdstuk 5 zijn concrete voorstellen voor zowel een nadere toespitsing van de aanspraken in de AWBZ op langdurige zorg als een aanpassing van de uitvoerings- en bekostigingsstructuur op korte en middellange termijn. In hoofdstuk 6 geeft hij een zeer beknopte schets van mogelijk verdergaande veranderingen op langere termijn.