

## 5 Voorstellen korte en middellange termijn

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de raad een hervormingsagenda voor de AWBZ voor de korte termijn, die uiterlijk in 2012 moet zijn gerealiseerd. Deze agenda is in de kern gericht op een betere toespitsing en toepassing van de AWBZ-aanspraken en op een fundamentele kanteling in de uitvoering van aanbodregulering naar vraagsturing.

Paragraaf 5.2 bevat voorstellen van de raad die ertoe moeten leiden dat de AWBZ beter wordt afgebakend en daadwerkelijk wordt toegespitst op langdurige zorg. Deze voorstellen betreffen:

- het duidelijk beschrijven en afbakenen van de verzekerde aanspraken (een 'glas-heldere AWBZ-polis') en een verdere verbetering van de indicatiestelling als 'poortwachter' voor de AWBZ;
- overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zvw;
- overheveling van 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo;
- een betere afbakening met andere domeinen, zoals met onderwijs- en arbeidsmarktvoorzieningen voor mensen met een beperking en met de jeugdzorg;
- het financieel scheiden van wonen en zorg.

In paragraaf 5.3 formuleert de raad voorstellen voor verbetering van de AWBZ-uitvoering die in de kern neerkomen op een fundamentele kanteling van aanbodregulering naar vraagsturing in de AWBZ. Het gaat met name om voorstellen voor:

- een omslag van instellingsbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders;
- de ontwikkeling van zorgpakketten naar zorgzwaarte en daarbij behorende realistische normbedragen als basis voor de vaststelling van persoonsvolgende budgetten (pvh); binnen het geïndiceerde zorgpakket kunnen zorgaanbieders en cliënten afspraken maken over zorg op maat;
- de opdracht om te werken aan preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen (ketenzorg);
- versterking van de positie van het pgb.

Volgens de raad kunnen deze hervormingen het beste worden ingezet door de gezamenlijke zorgverzekeraars. Zij zijn ook op dit moment al formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Zo kan zo spoedig mogelijk met de inhoudelijke veranderingsopdracht worden begonnen.

Deze veranderingen leiden er tevens toe dat zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 de uitvoering van *onderdelen* van de AWBZ op zich kunnen nemen voor hun eigen (Zvw-) verzekerden. Voor vroeggehandicapten en vergelijkbare groepen blijft in ieder geval de (verbeterde) regionale uitvoeringstructuur van de AWBZ gehandhaafd.

In paragraaf 5.4 benadrukt de raad opnieuw de cruciale betekenis van de aanpak van dreigende personeelstekorten in de zorgsector en recapituleert hij zijn voorstellen uit 2006<sup>1</sup>. Paragraaf 5.5 gaat over de gevolgen van de voorstellen in dit advies voor de financiering en de lastenverdeling.

De raad wijst erop dat zijn voorstellen onderling sterk met elkaar samenhangen. Het verzekeringskarakter van de AWBZ leidt ertoe dat de AWBZ-uitgaven in beginsel een open-eindekarakter hebben. Voor een beheerste volume- en kostenontwikkeling van de AWBZ – en zeker van een vraaggestuurde AWBZ – zijn een heldere en goed afgebakende AWBZ-polis en een goed functionerend indicatieorgaan dat objectief, onafhankelijk en bindend het recht op AWBZ-zorg vaststelt, van cruciale betekenis. Ook preventie en het realiseren van meer samenhang en doelmatigheid in de uitvoering dragen daartoe bij.

## 5.2 AWBZ-aanspraken toespitsen op langdurige zorg

### 5.2.1 Naar een glasheldere AWBZ-polis en een betere indicatiestelling

De AWBZ-aanspraken zijn volgens de raad op dit moment zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoeld en ongewenst gebruik plaatsvindt<sup>2</sup>. De collectief gefinancierde zorg moet naar zijn mening worden toegespitst op zorg die echt noodzakelijk is. Het gaat in de woorden van de staatssecretaris om “een heldere polis die onbetwistbare zorg garandeert en niet-gewenst gebruik voorkomt”. De op dit moment als ‘ruime containers’ geformuleerde aanspraken moeten volgens de staatssecretaris opnieuw worden verwoord en worden vastgelegd in een ‘glasheldere polis’ die, veel duidelijker dan nu het geval is, voor burgers helder maakt wie, waar en onder welke omstandigheden een verzekerd recht op zorg heeft, waarvoor de samenleving solidariteit kan en wil opbrengen<sup>3</sup>.

Een heldere AWBZ-polis is vanuit verschillende invalshoeken van belang.

Allereerst is een heldere polis van belang voor de positie van de cliënt. Een heldere polis maakt transparant waarop hij aanspraak heeft en draagt zo bij aan rechtszekerheid.

Randvoorwaarde hierbij is dat de noodzakelijke zorg voor ieder toegankelijk blijft.

In de tweede plaats biedt een heldere omschrijving van de aanspraken een goed houvast voor de indicatiestelling. De ruimte voor interpretatieverschillen wordt kleiner. Het gaat om objectieve en verifieerbare zorgbehoefte die samenhangt met de grondslagen die gelden voor de zorgverlening op grond van de AWBZ.

1 SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag.

2 Zie ook: Brief staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer *PGB in perspectief*, 9 november 2007, Tweede Kamer 26 631, nr. 232, p. 13.

3 Zie: Brief staatssecretaris VWS d.d. 12 november 2007, *Uitwerking maatregel kwetsbare groepen*, Tweede Kamer 2007-2008, 26 631, nr. 231.

In de derde plaats draagt een heldere AWBZ-polis bij aan een adequate afbakening van de AWBZ ten opzichte van aanpalende beleidsdomeinen. Overlap tussen regelingen wordt zo tegengegaan en samenhang en afstemming tussen regelingen worden bevorderd.

In de vierde plaats is een heldere polis van belang voor het doelmatig en (kosten)effectief inzetten van AWBZ-middelen en het beheersen van de uitgavenontwikkeling in de AWBZ. De formulering van de heldere polis is het aangrijpingspunt bij uitstek om tot uitdrukking te brengen waar de grens ligt van de ‘onbetwistbare zorg’ die dient te vallen onder de verplichte verzekering met de daaraan verbonden solidaire financiering. Hiervan uitgaande zal oneigenlijk gebruik van de AWBZ vooral moeten worden tegengegaan door het aanpassen en preciseren van de regelgeving die de basis vormt voor een indicatiestelling.

#### *‘AWBZ nieuwe stijl’*

Naar het oordeel van de raad kan de ‘AWBZ nieuwe stijl’ naar zijn aard worden omschreven als een sociale verzekering die is gericht op het verlenen van langdurige zorg die op de persoon is toegesneden en niet primair op herstel is gericht. Het gaat om zorg die samenhangt met blijvende en niet-omkeerbare aandoeningen en daarmee gepaard gaande beperkingen. Deze zorg laat zich onderscheiden van de zorg in het kader van de Zvw in die zin dat de Zvw is te omschrijven als een wettelijk geregelde privaatrechtelijke verzekering (binnen publieke randvoorwaarden) die in beginsel betrekking heeft op herstelgerichte zorg. De Wmo op zijn beurt kan worden omschreven als een sociale voorziening die niet is gericht op medische zorg, maar op sociale hulp- en dienstverlening aan personen en groepen van personen.

De raad meent dat de huidige systematiek van de AWBZ-aanspraken die gebaseerd is op grondslagen en functies, in beginsel een goed aanknopingspunt biedt voor het verhelderen van de AWBZ-polis. Die systematiek ligt ook ten grondslag aan de formulering van zorgzwaartepakketten bij intramurale zorg waarbij onderscheid wordt gemaakt naar doelgroepen.

Wenselijk is dat de formulering van de zorgzwaartepakketten zowel voor burgers als voor uitvoerders niet alleen transparant en toegankelijk maar ook verifieerbaar zijn. Daarbij is een toespitsing op doelgroepen van belang.

Aan de omschrijving van de aanspraken in de glasheldere AWBZ-polis zullen volgens de raad vooral zorginhoudelijke overwegingen ten grondslag moeten liggen. Het gaat om noodzakelijke zorg die, gegeven de beperkingen en mogelijkheden van de zorgvrager, is vast te stellen op basis van een onafhankelijke indicatiestelling naar objectieve maatstaven. In feite geldt voor de afbakening van de AWBZ-polis hetzelfde als voor de afbakening van de basispolis (het basispakket) in de Zvw: de afbakening is de resultante van sociaal-politieke besluitvorming die in de loop van de tijd kan variëren.

Dit geldt ook voor het bepalen van drempelwaarden in het kader van de AWBZ. Daarmee wordt bedoeld op de minimale omvang van de beperkingen om in aanmerking te komen voor bepaalde aanspraken op zorg op basis van de AWBZ. Soms zijn er werkbare, min of meer harde criteria voorhanden: de mate waarin bij een cliënt sprake is van lichamelijke,

zintuiglijke of verstandelijke beperkingen (IQ-niveau) laat zich vrij eenduidig vaststellen. Andere criteria zijn minder eenduidig, mede omdat de beperkingen en mogelijkheden van een zorgvrager van dag tot dag kunnen verschillen (zoals bij reumatische aandoeningen, dementie of schizofrenie)<sup>4</sup>.

De raad bepleit de systematiek van zorgzwaartepakketten integraal toe te passen. De zorgzwaartepakketten en de daaraan gekoppelde realistische normbedragen moeten door onafhankelijke deskundigen worden vastgesteld. Anders dreigt het gevaar van bezuinigingen via de kaasschaafmethode, waardoor de zorg verschaalt. Denkbaar is wel dat in wet- en regelgeving wordt aangeduid dat een beroep op AWBZ-zorg alleen aan de orde is als iemands zorgzwaarte een bepaalde drempelwaarde overstijgt; is dat niet het geval dan behoort de zorg tot het private domein (eigen risico of aanvullende verzekering) dan wel tot het domein van de Wmo of Zvw.

De raad meent dat het vooral op de weg ligt van het College van Zorgverkeringen (als pakketbeheerder van de AWBZ) of van de Gezondheidsraad om over de precieze invulling van de AWBZ-polis te adviseren. Dit vooropstellend formuleert hij in de navolgende paragrafen in meer algemene zin een aantal voorstellen voor de afbakening van de 'AWBZ-nieuwe stijl' ten opzichte van de Zvw, de Wmo en het woondomein.

#### *Wettelijke verankering en belang van indicatiestelling*

De 'AWBZ nieuwe stijl' staat of valt met een goed functionerende indicatiestelling. In een vraaggestuurd systeem hebben alle partijen immers baat bij zo zwaar mogelijke indicaties. De publieke poortwachter moet daarom goed functioneren, zowel in het belang van de cliënt (rechtszekerheid) als in het publieke belang (rechtvaardigheid en voorkomen oneigenlijk gebruik). Vraagsturing via persoonsgebonden financiering zoals de raad voorstaat, vraagt om een glasheldere AWBZ-polis en een eenduidige, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Bij de indicatiestelling zal worden gelet op de beperkingen van een cliënt in samenhang met zijn mogelijkheden en resterende vaardigheden.

Naar het oordeel van de raad zullen de indicatiestelling en de positie van de CIZ als indicatieorgaan moeten worden voorzien van een stevige wettelijke en publiekrechtelijke verankering die op basis van transparante indicatieprotocollen wordt uitgewerkt. De toegang tot de AWBZ wordt immers bepaald door, enerzijds, wat in de glasheldere polis als aanspraken is omschreven en, anderzijds, door de interpretatie van feiten en omstandigheden bij de indicatiestelling. Ook is de indicatiestelling van belang om zorgzwaartepakketten te bepalen, waaraan normbedragen zullen moeten worden verbonden die een realistische beprijzing zijn van de kosten van de zorg (zie verder paragraaf 5.3.3).

4 In dit verband is van belang dat de mate van zorgafhankelijkheid meetbaar is in samenhang met internationale classificaties functiebeperkingen zoals de ICF (International Classification of Functioning, disability and health) van de WHO (World Health Organisation).

*Verdere verbeteringen van de indicatiestelling*

Zoals gezegd benadrukt de raad dat juist in een vraaggestuurd AWBZ een goed functionerende ‘poortwachter’ noodzakelijk is.

Met de totstandkoming van het CIZ is volgens de raad al een belangrijke verbetering gerealiseerd. Aangrijpingspunten om de indicatiestelling verder te verbeteren zijn:

- een helder omschreven en goed afgebakende AWBZ-polis (zie het begin van deze paragraaf);
- eenduidige, transparante en landelijk uniforme indicatieprotocollen;
- het uitdrukken van indicaties in zorgzwaartepakketten en normbedragen;
- het systematisch monitoren en benchmarken van de indicatieorganen;
- het introduceren van de mogelijkheid voor de AWBZ-uitvoerder om een hernieuwde toetsing of herindicatie aan te vragen om te ruime indicaties tegen te gaan;
- een wettelijke grondslag voor de indicatiestelling;
- het beëindigen van het mandateren van de indicatiestelling aan andere partijen (zoals het bureau Jeugdzorg).

De poortwachterrol van het indicatieorgaan mag overigens de afstemming met andere indicatieorganen niet in de weg staan. Vanuit het perspectief van de cliënt is het immers van belang dat de afstemming tussen aanpalende domeinen goed is geregeld en dat in de praktijk een integrale zorg- en dienstverlening mogelijk is.

De raad realiseert zich dat de objectieve en onafhankelijke indicatiestelling in het voorstelde systeem een cruciale rol speelt voor de budgettaire beheersbaarheid van het systeem. De voorgestelde verbeteringen van de indicatiestelling zijn cruciaal om een dergelijk systeem te kunnen laten functioneren. Volledige objectiviteit zal echter niet haalbaar zijn. Het risico op een sluipende indicatieverruiming valt dan niet uit te sluiten. Vanwege het grote budgettaire belang van de indicatiestelling zal het daarom nodig zijn om mechanismen te ontwikkelen voor een permanente kwaliteitscontrole van het CIZ die, indien noodzakelijk, bijsturing van de praktijk van indicatiestelling mogelijk maken.

## 5.2.2 *Herstelgerichte zorg naar Zvw en versterking eerstelijnszorg*

*Herstelgerichte zorg naar Zvw*

De raad constateert dat een deel van de huidige AWBZ-zorg een tijdelijk karakter heeft en in feite onderdeel uitmaakt van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg (thuiszorg)<sup>5</sup>. Deze kortdurende zorg zou naar zijn oordeel naar de Zvw moeten worden overgeheveld<sup>6</sup>. Dit zou volgens hem ook kunnen gelden voor het zogeheten ‘verlengd verblijf’ (na 365 dagen) in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of

5 Voorbeelden hiervan zijn de thuiszorg of een kort verblijf in een verpleeghuis na een heupoperatie of na een beroerte.

6 Zie ook: CVZ (2007) *Pakketadvies 2007*, Den Haag, College voor zorgverzekeringen.

ggz-instelling<sup>7</sup>, wanneer de behandeling en verpleging eveneens zijn gericht op herstel. De raad is van oordeel dat de zorgverlening in deze situaties in feite een onderdeel is van een zorgketen die is gericht op het terugkeren naar de situatie vóór de aandoening of een ongeval<sup>8</sup>. Voor de cliënt heeft overheveling van deze zorg naar de Zvw als voordeel dat de zorgketen één geheel gaat vormen. De overgang van ziekenhuis naar thuiszorg of tijdelijk verblijf in een verpleeghuis wordt dan immers niet langer beïnvloed door de omstandigheid dat de ziekenhuiszorg op grond van de Zvw risicodragend is ondergebracht bij een zorgverzekeraar, terwijl thuiszorg en kort verblijf in een verpleeghuis voor de zorgverzekeraar op grond van de AWBZ geen financieel risico met zich brengen. Regie en risico dienen in één hand te zijn. Door de verschillende systemen bij elkaar te brengen is veel winst te boeken in de sfeer van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid.

De samenhang tussen cure en care zou volgens de raad tot uitdrukking kunnen worden gebracht door bepaalde zorgvormen mee te nemen in de systematiek van de diagnose-behandelcombinaties (dbc)<sup>9</sup>. Het gaat hierbij om de herstelgerichte thuiszorg of het herstelgerichte verblijf, evenals het verlengde verblijf dat op herstel is gericht. Omdat deze zorgvormen in feite samenhangen met medische interventies in het curatieve segment, zijn deze goed te onderscheiden van langdurige zorg. Voorwaarde voor overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zvw is wel dat de daaraan verbonden zorgkosten worden betrokken bij de algemene vereveningssystematiek van de Zvw.

#### *Versterking eerstelijnszorg*

Voor de extramuralisering van langdurige zorg is van groot belang dat cliënten een beroep kunnen doen op brede eerstelijnszorg in de lokale omgeving. Goed opgezette eerstelijnszorg die uitgaat van een multidisciplinaire benadering van cliënten, voorkomt dat zij aangewezen zijn op complexere en duurdere zorg. Tussen de betrokken hulpverleners zal steeds sprake moeten zijn van goede afstemming en coördinatie en zij zullen op de hoogte moeten zijn van elkaars activiteiten. Voor de samenhang in de extramurale zorg is van grote betekenis dat diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter één voordeur worden georganiseerd die voor de cliënt herkenbaar is.

Vanuit de eerstelijnszorg kunnen verbindingen worden gelegd naar zowel de tweedelijns curatieve zorg als naar de care en maatschappelijke ondersteuning (sociale hulp- en dienstverlening). De 'eerste lijn' heeft daarbij drie functies: de diagnostische functie in brede zin (ten aanzien van beperkingen en sociale aspecten), de hulpfunctie in brede zin

7 Het gaat hier om de behandeling en verpleging na 365 dagen die thans voor rekening van de AWBZ komt.

8 Een knelpunt in de huidige situatie is de gefragmenteerde organisatie van de zorg. Als ziekenhuizen de duur van de opname voor bepaalde patiënten beperken, heeft dit elders in de zorgketen consequenties. Dit geldt vooral voor kortdurende thuiszorg of voor kortdurend verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname als gevolg van een operatie of een ongeval. Het gaat hier vooral om ambulante verpleging en verzorging die is gericht op kortdurende hulp.

9 Zoals ook het geval is bij de overheveling van delen van de ggz van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2008.

(behandeling, voorschrijven van medicijnen, begeleiding, coördinatie, bemiddelingsadvisering) en de doorverwijsfunctie (poortwachterfunctie en indicatiestelling voor curatieve zorg).

De raad neemt met instemming kennis van de reeds gerealiseerde en beoogde ontwikkelingen in de eerstelijnszorg zoals weergegeven in de nota *Dynamische eerstelijnszorg* van de minister van VWS<sup>10</sup>. Daarin wordt de nadruk gelegd op vier thema's, namelijk (i) meer samenhang in de zorg, (ii) meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop, (iii) meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid en (iv) betere organisatie van acute zorg.

Het streven naar goede afstemming tussen curatieve en langdurende zorg is volgens de raad van groot belang voor de houdbaarheid van het zorgstelsel. Bestaande belemmeringen voor het versterken en verbreden van de eerstelijnszorg moeten naar zijn oordeel worden weggenomen. Ook is het betrekken van geriatrische en psychogeriatrische deskundigheid in de eerstelijnszorg van groot belang, nu steeds meer ouderen kiezen voor zelfstandig wonen en extramurale zorg. De lokale situatie is dan ook steeds belangrijker voor de concrete zorgverlening en ondersteuning. Afstemming op lokaal niveau biedt in een groot aantal situaties ook aanknopingspunten om een toename van zorgafhankelijkheid te voorkomen.

In dit verband is van belang dat er ruimte komt voor experimenten om de bekostigingssystemen van Zvw en AWBZ zodanig in te richten dat ketenzorg voor cliënten wordt gestimuleerd. Dit vereist het definiëren van nieuwe producten (juiste functionele omschrijving met kwaliteitsinformatie over geleverde prestaties), waarbij sommige prestatievelden met dbc's bekostigd worden uit de Zvw en andere met zzp'en uit de AWBZ (zie verder paragraaf 5.3 over de uitvoering).

Een voorbeeld kan zijn de financiering van een gezondheidscentrum met huisartsen, wijkverpleegkundigen en geriatrische deskundigen die zorg verlenen aan dementiepatiënten die nog thuis wonen. Verder zouden zorgaanbieders moeten worden gestimuleerd om nieuwe ketens in te richten waarop de bekostigingssystemen van Zvw en AWBZ kunnen worden aangepast.

### 5.2.3 Overheveling 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo

De raad ziet het bevorderen en faciliteren van deelname van mensen met beperkingen aan het lokale maatschappelijk verkeer in beginsel als een verantwoordelijkheid voor de lokale overheid. Met het kabinet, de RVZ en het CVZ bepleit hij dat onderdelen van de

<sup>10</sup> Ministerie VWS, *Nota Dynamische eerstelijnszorg, visie op de eerstelijnszorg*, 25 januari 2008, Tweede Kamer 2007-2008, 29 247, nr. 56.

AWBZ-functies ondersteunende begeleiding en van activerende begeleiding die daarop betrekking hebben, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Wmo. Deze sluiten immers goed aan bij de participatiedoelstelling van de Wmo<sup>11</sup>. Als onderdelen van de functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ eveneens onder de gemeentelijke regierol vallen, versterkt dit de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden. Daarmee zijn ook mogelijke hiaten in het zorgaanbod zoveel mogelijk te voorkomen.

Het aanbod van sociale hulp- of dienstverlening dat wordt geboden op grond van de AWBZ-functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’, is thans zeer divers. Ook is de grens tussen ondersteunende en activerende begeleiding in de praktijk niet altijd even scherp<sup>12</sup>. De raad is er geen voorstander van om de huidige AWBZ-functies ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ als geheel en zonder meer over te hevelen naar het gemeentelijk domein. Nader onderzoek zal nodig zijn om te kunnen bepalen welke specifieke onderdelen van deze functies zich lenen voor overheveling naar de Wmo. De raad denkt in ieder geval aan die vormen van sociale dienst- of hulpverlening die duidelijke raakvlakken hebben met de prestaties waartoe gemeenten op grond van de Wmo verplicht zijn (de negen prestatievelden, zie hoofdstuk 2 en bijlage 4). Bij het aanwijzen van de onderdelen moet rekening worden gehouden met de praktische, dagelijkse samenhang van zorg en ondersteuning op het niveau van individuele cliënten. Ook moet worden gezien op welke activiteiten gemeenten meerwaarde kunnen leveren, gegeven hun verantwoordelijkheden in het kader van de Wmo. Tot slot moet worden voorkomen dat er hiaten in het zorgaanbod ontstaan (sluitend zorgaanbod). De resultaten van een aantal pilots kunnen daarbij de helpende hand bieden<sup>13</sup>.

Het is niet aan de raad om tot in detail als ‘pakketbeschrijver’ op te treden. Wel vraagt hij alvast de aandacht voor twee specifieke onderdelen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding, te weten de begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen en de dagbesteding. Deze onderdelen zouden naar zijn oordeel onder de AWBZ moeten blijven.

- 
- 11 Hierna wordt de term ‘sociale hulp- en dienstverlening’ gebruikt om die onderdelen aan te duiden die volgens de raad naar de Wmo kunnen worden overgeheveld.
  - 12 Zo heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de staatssecretaris geadviseerd dat het deel van de activerende begeleiding dat onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de behandeling, onder één aanspraak ‘behandeling’ te brengen. De op maatschappelijke participatie gerichte activerende begeleiding (bijvoorbeeld sociale of arbeidsmatige activiteiten) vormt dan samen met ondersteunende begeleiding de aanspraak ‘begeleiding’.
  - 13 Sinds 2005 wordt in vier pilots geëxperimenteerd met uitvoering van ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ door gemeenten. De doelgroepen en thema’s van deze pilots lopen uiteen; in slechts één gemeente is sprake van een integrale voorziening voor alle bewoners met een ondersteuningsbehoefte. Kuperus, K. en W.R. van der Veen (2007) *Ondersteunende en activerende begeleiding: Overhevelen naar de WMO?* Adviesrapport op basis van de resultaten van pilots bij zeven gemeenten, Amstelveen, Deloitte Consulting.

*Begeleid zelfstandig wonen verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten*

Een eerste aandachtspunt betreft de intensieve begeleiding in het kader van het langdurig begeleid zelfstandig wonen<sup>14</sup>. Het gaat hier om intensieve dagelijkse begeleiding die een voorwaarde is voor mensen met beperkingen om thuis te kunnen blijven wonen. In de praktijk gaat het om mensen met relatief ernstige beperkingen als gevolg van een chronisch psychiatrische aandoening of verstandelijke handicap, die zonder begeleiding niet zelfstandig kunnen wonen en niet in staat zijn om hun leven geheel zelfstandig in te richten. Vaak is deze begeleiding een leven lang nodig en zijn daarvoor gekwalificeerde professionele hulpverleners vereist. Deze onderdelen van de functie OB/AB zijn daarmee van essentieel belang voor de gewenste extramuralisering van zorg en voor de substitutie van intramurale door extramurale zorg. Zou deze begeleiding komen te vervallen, dan bestaat het risico dat de betrokken cliënten niet langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Ook zou de druk op intramurale voorzieningen sterk toenemen. Om deze redenen is het van belang dat de begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen *niet* overgaat naar gemeenten, maar goed en ‘in één hand’ geregeld blijft op grond van de AWBZ.

*Dagbesteding*

Een tweede aandachtspunt betreft de voorzieningen voor dagbesteding. Deze zijn thans beschikbaar op grond van de AWBZ-functies ondersteunende of activerende begeleiding. De raad gaat ervan uit dat de dagbesteding in de gehandicaptenzorg onderdeel blijft van de AWBZ en niet onder de Wmo wordt gebracht<sup>15</sup>. Voor gehandicapten die op 24-uurszorg door professionele zorgverleners zijn aangewezen, is de samenhang met het lokale domein immers maar zeer beperkt<sup>16</sup>.

De dagbesteding voor thuiswonende ouderen met lichamelijke gebreken (somatische grondslag) kan wel door gemeenten in het kader van de Wmo worden uitgevoerd. Gemeenten kunnen voor deze cliënten dagelijkse of wekelijkse bezigheden organiseren. Te denken valt bijvoorbeeld aan sociaal-culturele ontmoetings- en buurtcentra, de opvang en begeleiding van eenzame ouderen, sociale restaurants et cetera. Dit sluit goed aan bij de verantwoordelijkheden die gemeenten hebben op grond van de Wmo voor het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.

---

14 Hiermee wordt dus *niet* bedoeld op tijdelijke, herstelgerichte verpleging en verzorging thuis (bijvoorbeeld na een medische ingreep).

15 Op basis van de grondslagen verstandelijke handicap, lichamelijke handicap en zintuiglijke handicap.

16 Vanaf 1 januari 2008 kunnen nieuwe cliënten geen aanspraak meer maken op ‘OB algemeen’ met grondslag somatisch; voor cliënten die al ‘OB algemeen’ krijgen is een overgangperiode van één jaar vastgesteld. De ondersteunende begeleiding voor de groeiende groep thuiswonende cliënten met lichamelijke beperking (somatische grondslag) is sinds 1 januari 2008 uit de AWBZ gehaald.

*Naar een verbeterde Wmo*

Met het in werking treden van de Wmo per 1 januari 2007 is een bundeling van onder meer lokale zorg-, vervoers- en welzijnsvoorzieningen in één integrale lokale regeling tot stand gekomen. Volgens de sturingsfilosofie van de Wmo (met beleidsvrijheid en democratische verantwoording op lokaal niveau) zijn gemeenten primair zelf verantwoordelijk voor de invulling van het lokale ondersteunings- en participatiebeleid<sup>17</sup>. Eén jaar na invoering is het nog te vroeg om een definitief oordeel te vormen over het feitelijk functioneren van de Wmo.

Vooruitlopend op de eerste evaluatie van de Wmo wijst de raad erop dat een effectief lokaal beleid in het kader van de Wmo van wezenlijk belang is om een beroep op professionele zorgverlening te voorkomen en daarmee essentieel is voor de beheersbaarheid van de zorgkosten. Een nodeloos beroep op AWBZ-zorg wordt tegengegaan wanneer gemeenten daadwerkelijk de voorzieningen leveren die cliënten nodig hebben.

*Verhouding tussen Wmo en AWBZ*

In de Wmo (artikel 2) is thans bepaald dat een beroep op de Wmo niet mogelijk is als het gaat om voorzieningen waaraan krachtens andere wettelijke regelingen aanspraken kunnen worden ontleend. De raad bepleit dat deze verhouding wordt genuanceerd. Op individueel niveau geldt dat een AWBZ-aanspraak als wettelijk recht voortgaat op een Wmo-voorziening en daarop ziet artikel 2 van de Wmo.

Beleidsmatig gezien zou de Wmo naar het oordeel van de raad moeten worden versterkt, in die zin dat wordt onderkend dat deze als voorliggende regeling voor de AWBZ kan worden gekarakteriseerd. Een goede toepassing van de Wmo (bijvoorbeeld bij de toekenning van vervoers- of woonvoorzieningen) is van invloed op het beroep op de AWBZ. Gemeenten zouden volgens de raad krachtens de Wmo de opdracht moeten krijgen om een preventieve rol te vervullen ter beperking van het gebruik van de AWBZ en in dat verband een regierol op zich moeten nemen. Om dit bereiken zal het nodig zijn voorwaarden te formuleren waaraan het gemeentelijk beleid moet voldoen. De raad denkt daarbij onder meer aan de invulling van het compensatiebeginsel voor de verlening van diensten aan individuele burgers<sup>18</sup>.

Bij wijze van voorbeeld verwijst de raad naar de Wet werk en bijstand (Wwb), waar de gemeentelijke beleidsvrijheid en verantwoordelijkheid eveneens vooropstaan, maar waarbij deze moeten worden ingevuld binnen landelijk geldende normen en kaders. Ook wijst de raad met instemming op het RVZ-advies waarin wordt bepleit om de compensatieplicht in de Wmo nader te preciseren en per doelgroep aan te geven wat voor het bereiken van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie nodig is<sup>19</sup>. Om de

17 Gemeenten zijn verplicht om compenserende voorzieningen aan te bieden voor de beperkingen die de betreffende groepen ondervinden, maar hebben een beleidsvrijheid in de wijze waarop zij daaraan invulling geven (zogenoeten *compensatiebeginsel*). Zie hoofdstuk 2 en bijlage 4.

18 Het compensatiebeginsel in de Wmo geldt voor drie prestatievelden die betrekking hebben op maatschappelijke ondersteuning aan individuele burgers (zie paragraaf 2.3.2 en bijlage 4).

19 RVZ (2008) *Advies Beter zonder AWBZ?*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, p. 48.

preventieve rol en de bijbehorende regierol op te pakken zullen de gemeenten moeten beschikken over adequate instrumenten. De raad beveelt aan om deze in kaart te brengen en van een passende invulling te voorzien.

Een belangrijk aandachtspunt is dat er voor gemeenten op zichzelf genomen geen financiële prikkel is om het beroep op de AWBZ te beperken. Dit heeft tot gevolg dat gemeenten die minder dan andere gemeenten investeren in het tegengaan van zorgafhankelijkheid, niet de financiële consequenties daarvan worden geconfronteerd<sup>20</sup>. Omgekeerd geldt ook dat gemeenten die wél investeren in het voorkomen van zorgafhankelijkheid, de resultaten daarvan niet terugzien. De raad bepleit een onderzoek in te stellen naar de wijze waarop positieve financiële prikkels voor gemeenten zijn in te bouwen voor het streven naar beperking van het beroep op de AWBZ. Dat kan bijvoorbeeld door in de verdeling van Wmo-budgetten rekening te houden met de mate waarin gemeenten erin slagen het beroep op de AWBZ te beperken (waarbij uiteraard rekening wordt gehouden met de kenmerken van de bevolkingssamenstelling van gemeenten).

Een ander aandachtspunt is dat gemeenten thans de vrijheid hebben om al dan niet een eigen-bijdrageregeling in de Wmo toe te passen. Wettelijk is wel bepaald dat zij gehouden zijn aan een (landelijke) maximumnorm en een anticumulatieregeling tussen de eigen bijdragen voor Wmo en AWBZ waarbij de eigen bijdragen voor de Wmo voorgaan op de eigen bijdrage voor de AWBZ. Dit houdt in dat de individuele lasten van cliënten per gemeente verschillen en dat de opbrengst van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ mede worden bepaald door de vraag of gemeenten al dan niet een eigenbijdrageregeling voor de Wmo hanteren.

Verder vraagt de raad, vooruitlopend op de evaluatie van de Wmo in 2010, nu reeds de aandacht voor het functioneren van de huidige aanbestedingsprocedures voor onder meer huishoudelijke verzorging en voor lokale vervoersvoorzieningen in het kader van de Wmo. De korte looptijd leidt tot onnodige administratieve lasten voor gemeenten en zorgaanbieders en tot onzekerheid en onrust bij de zorgverleners (zorgaanbieders en zorgpersoneel). Dat heeft ook gevolgen voor de continuïteit en het investeringsgedrag van de instellingen, zeker wanneer bij de aanbesteding vooral of uitsluitend op de prijs wordt gelet. Binnen het kader van Europese regelgeving moet volgens de raad worden gezocht naar mogelijkheden om de aanbestedingsprocedures aan een aantal minimumvoorwaarden te binden. Zo zouden de concessies op basis van de aanbestedingen voor een periode van vier jaar moeten gelden, overeenkomstig de beleidscyclus van de gemeenten ingevolge de Wmo. Verder zou uitgangspunt moeten zijn dat in beginsel wordt gegarandeerd dat het personeel van een instelling door een andere partij (een nieuwe concessie-

---

20 Een vergelijkbaar element is de eigenbijdrageregeling in het kader van de AWBZ. Gemeenten zijn vrij om al dan niet te kiezen voor het introduceren van een eigenbijdrageregeling. Als zij dat doen leidt dat tot een beperking van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ vanwege de geldende anticumulatieregeling. Bezien vanuit de positie van de AWBZ-verzekeraar is het dus voordelig als gemeenten geen eigen bijdragen heffen.

houder) wordt overgenomen. Ook zou moeten worden uitgegaan van een kwaliteitsborging bij aanbestedingsprocedures, bijvoorbeeld via een vorm van certificering. De raad meent dat deze voorstellen ten goede komen aan de kwaliteit en continuïteit in de dienstverlening. Hij constateert met instemming dat het kabinet maatregelen in het vooruitzicht heeft gesteld die moeten leiden tot meer bescherming van cliënten en werkenden in de thuiszorg<sup>21</sup>.

#### 5.2.4 *Betere afbakening met andere (aanpalende) domeinen*

De raad bepleit ook een duidelijker afbakening van de AWBZ ten opzichte van andere voorzieningen of regelingen (dan de Wmo) die betrekking hebben op de begeleiding<sup>22</sup> van mensen met beperkingen in andere domeinen. Het gaat hierbij om:

- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op onderwijsdeelname (vooral van belang voor jonggehandicapten);
- jeugdzorg voor opvoed- en opgroei problemen voor jongeren<sup>23</sup>;
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van participatie en (re-)integratie op de reguliere arbeidsmarkt (via het UWV of via de gemeenten in het kader van de WWB);
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op deelname aan gesubsidieerde arbeid (Wet sociale werkvoorziening (WSW)).

#### *Inclusief beleid als uitgangspunt*

Met de RVZ en het CVZ kiest de raad als uitgangspunt het streven naar *inclusief beleid*. Dat is te omschrijven als beleid dat op uiteenlopende terreinen rekening houdt met de verschillen in mogelijkheden en beperkingen van mensen; het gewenste resultaat is daarbij dat algemeen geldende voorzieningen ook beschikbaar zijn voor mensen met een beperking, zodat zij, vanzelfsprekend en op een gelijkwaardige manier, kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijke leven.

- 
- 21 Kaderbrief *Tussenrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning* van 15 februari 2008, Tweede Kamer, 2007-2008, 29 538, nr. 70. Het kabinet stelt voor de Wmo zodanig te wijzigen dat alleen een alfahulp kan worden ingezet nadat de gemeente de burger daarover terdege heeft geïnformeerd en deze vervolgens expliciet instemt met een andere keuze dan zorg in natura. Daarnaast wordt geregeld dat thuiszorgaanbieders bij de aanbesteding in hun offerte moeten aangeven op welke manier zij met de oude aanbieders van huishoudelijke hulp overleg voeren over de mogelijke overname van personeel.
- 22 In deze paragraaf gaat het over (voorzieningen voor) het faciliteren van de deelname van mensen met beperkingen aan de samenleving (zoals onderwijsdeelname, arbeidsdeelname) als vormen van maatschappelijke participatie. Daarnaast hebben mensen met beperkingen uiteraard ook te maken met inkomensregelingen (zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering jonggehandicapten (Wajong), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) of de bijstand (Wet Werk en Bijstand)).
- 23 Illustratief in dit verband zijn de ontwikkelingen bij de pgb-regeling in de AWBZ. Het aandeel jeugdigen in de pgb-regeling groeit van 16 procent in 2003 naar 27 procent in 2006. Het aandeel jeugdigen met een psychiatrische grondslag stijgt van 7 procent in 2003 tot 23 procent in 2006. Dit betreft vooral de indicatie ondersteunende en activerende begeleiding. Het aantal budgethouders met een indicatie vanuit het Bureau Jeugdzorg stijgt harder dan vanuit het CIZ. De indicaties op basis van de somatische en psychogeriatrische grondslag nemen af en de indicaties op basis van de psychiatrische grondslag zijn in de betrokken periode toegenomen.

Dit uitgangspunt impliceert volgens de raad dat wanneer op bepaalde terreinen ondersteuning nodig is om maatschappelijk of sociaal te kunnen participeren (bijvoorbeeld in het onderwijs of op de arbeidsmarkt), die ondersteuning in beginsel vanuit die domeinen dient te worden geboden en te worden gefinancierd<sup>24</sup>.

Zoals gezegd, is dit op dit moment nog niet in afdoende mate het geval, en dit zal ook niet van de ene op de andere dag te realiseren zijn. In sommige gevallen is daarvoor een betere wettelijke verankering nodig. Voordat wordt overgegaan tot overheveling van de verantwoordelijkheid voor een deel van de functieondersteunende begeleiding naar het gemeentelijk domein, moet grondig worden nagegaan in hoeverre op andere terreinen voldoende mogelijkheden en voorzieningen voor ondersteuning bij sociale participatie aanwezig zijn op. Hierover zou de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) nader advies kunnen uitbrengen.

Het is immers alleen mogelijk de AWBZ-aanspraken te beperken als tegelijkertijd is gewaarborgd dat op het betreffende beleidsterrein ook daadwerkelijk sprake is van inclusief beleid. Anders leidt dit eerder tot beperking van de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen of een verstandelijke handicap.

Door cliëntondersteuning kan worden bevorderd dat organisaties op diverse terreinen (zoals woningcorporaties, scholen, sportverenigingen) zich ook richten op mensen met een handicap.

#### *Jongerenproblematiek*

In par. 3.1.2 is geconstateerd dat jongeren met beperkingen in toenemende mate gebruik maken van zorg op grond van de AWBZ en van andere collectief gefinancierde regelingen<sup>25</sup>. De raad gaat ervan uit dat met zijn voorstellen voor een glasheldere AWBZ-polis en een verbetering van de indicatiestelling op deze ontwikkeling kan worden ingespeeld. Daaraan voegt hij toe dat de indicatiestelling door bureaus Jeugdzorg voor de AWBZ, mede gezien de overheveling van de ggz naar de Zvw, dient te worden heroverwogen. De raad wijst er verder op dat voor deze jongeren, naast een groeiend beroep op uiteenlopende zorg- en andere regelingen, ook nog andere maatschappelijke problemen spelen. Daarom neemt hij zich voor om de achtergronden en sociaal-economische gevolgen van de toename van de groep van jongeren met psychische of gedragsstoornissen nader te gaan verkennen. De raad wil zo meer zicht krijgen op de kenmerken van deze zeer specifieke groep jongeren, de factoren en processen die leiden tot een toename van deze groep jongeren en vooral ook op hun mogelijkheden en voorwaarden voor deelname aan het

- 
- 24 Het CVZ stelt dat een betere afbakening van de AWBZ mogelijk is op twee manieren:
1. Afbakening van het AWBZ-domein zelf: Door het omschrijven van die levensterreinen of beleidsterreinen waarop zorgverlening ten laste van de AWBZ komt. Daarmee is tegelijk bepaald dat daarbuiten géén aanspraak op AWBZ-zorg bestaat.
  2. Uitsluiten van bepaalde beleidsterreinen: Het benoemen van die terreinen waarop AWBZ-zorg is uitgesloten, door het limitatief benoemen van beleidsterreinen waarop zorgverlening vanuit de AWBZ niet of in beperkte mate mogelijk is. Op alle terreinen die niet zijn genoemd, is dan wel AWBZ-zorg mogelijk.
- 25 Zoals: jeugdzorg, jeugd-ggz, Wajong, speciaal onderwijs en de Tegemoetkoming Onderhoudskosten Gehandicapte kinderen (TOG).

arbeidsproces dan wel tot maatschappelijke participatie. Desgevraagd is hij bereid daarover een beleidsadvies uit te brengen, waarbij ook de indicatiestelling een onderwerp zal kunnen zijn.

#### *Participatiebudget*

Tot slot verdient volgens de raad de mogelijkheid van een integraal participatiebudget nadere verkenning. Zo hebben de ministeries van VWS en SZW gezamenlijk een *pilot* ‘participatiebudget werk en zorg’ gestart, waarbij voorzieningen vanuit het persoonsgebonden budget van AWBZ en WIA in één budget worden gebundeld. Ook zal er een pilot komen waarin voorzieningen vanuit de AWBZ worden gecombineerd met voorzieningen op het terrein van onderwijs. Het doel van deze pilots is te bezien of er verbetering optreedt in keuzemogelijkheden, participatie en kwaliteit van leven, meer zorg op maat en vermindering in administratieve lasten.

De raad bepleit verbreding van het participatiebudget met, naast AWBZ en WIA, regelingen op het terrein van de WMO, Wsw, Zvw, IRO/PRB en vervoersvoorzieningen. Daarbij verdient tevens het hanteren van een integrale indicatie nadere verkenning en afweging.

De raad brengt in herinnering dat hij in zijn advies *Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, heeft aanbevolen om te komen tot een persoonlijk integratiebudget met ‘ontschotte’ middelen van de ministeries van SZW, OCW en VWS. De raad ziet de invoering van een dergelijk persoonsgebonden participatie- of integratiebudget als een potentieel kansrijk instrument om jongeren met functiebeperkingen (en hun ouders) expliciet het stuur in handen te geven. Hij heeft aanbevolen de pro’s en contra’s van een dergelijke ingrijpende beleidsmaatregel zorgvuldig in kaart te brengen en af te wegen en daarbij meerdere modaliteiten te verkennen. Daarbij zou gezorgd moeten worden voor een goede balans tussen basisfinanciering van scholen (voor toerusting op arbeidsvoorbereiding van leerlingen die extra zorg nodig hebben) en individuele financiering via het persoonlijke integratiebudget (voor maatwerkondersteuning)<sup>26</sup>.

## 5.2.5 *Het verder scheiden van wonen en zorg*

### 5.2.5.1 *Inleiding*

De meeste AWBZ-cliënten (circa twee derde van hen) ontvangen AWBZ-zorg aan huis. Voor hen is de facto sprake van een financiële scheiding van wonen en zorg, omdat zij hun eigen woonlasten dragen.

26 SER (2007) *Advies Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, publicatienr. 07/06, Den Haag, pp. 148 en 159.

De discussie over het financieel scheiden van wonen en zorg heeft in wezen betrekking op een klein deel van de AWBZ-cliënten, te weten de groep cliënten die voor de AWBZ-functie verblijf is geïndiceerd. Deze groep komt op grond van de verblijfsindicatie in aanmerking voor intramuraal verblijf, waarbij wonen uit de AWBZ wordt gefinancierd. Het financieel scheiden van wonen en zorg zou inhouden dat ook voor deze groep de woonfunctie uit de verblijfsfunctie, en daarmee uit de AWBZ, wordt gehaald.

In paragraaf 5.2.5.2 plaatst de raad het scheiden van wonen en zorg in het perspectief van extramuralisering in den brede. In paragraaf 5.2.5.3 gaat hij in op de vraag tot welke zorgzwaarte sprake kan zijn van AWBZ-zorg aan huis. Paragraaf 5.2.5.4 benoemt randvoorwaarden voor het financieel scheiden van wonen en zorg.

### 5.2.5.2 *Merites van de verdergaande extramuralisering van zorg*

#### *Maatschappelijke preferenties*

De raad plaatst het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ vooral in het perspectief van het honoreren van gewijzigde maatschappelijke preferenties.

In de AWBZ zijn (waren) aanspraken op zorg, wonen en welzijn in hoge mate geïntegreerd. Voor sommige kwetsbare zorgvragers biedt dit het voordeel van een samenhangend intramuraal aanbod. Andere zorgvragers ervaren het geïntegreerde woonaanbod in de AWBZ als een onnodige beperking van hun keuzemogelijkheden. Dat heeft te maken met zowel de kwaliteit van het woonaanbod in intramurale AWBZ-instellingen als met de toenemende behoefte van ouderen en gehandicapten om zelfstandig te (blijven) wonen.

#### *Redenen voor scheiden wonen en zorg*

Er zijn drie redenen voor het financieel scheiden van wonen en zorg. In de eerste plaats kan door de woonfunctie zoveel mogelijk uit de AWBZ-aanspraken te verwijderen, beter worden aangesloten bij de woonwensen van zorgvragers. De zorg, die voor iedere verzekerde van gelijke kwaliteit behoort te zijn, volgt dan het wonen. Verzekerden ontvangen dan de noodzakelijke AWBZ-zorg thuis<sup>27</sup>.

De extramuralisering van zorg biedt, in de tweede plaats, ook ruimte voor doelmatigheidswinst, omdat gemeenten meer dan nu worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden op het gebied van huisvesting en maatschappelijke dienstverlening. Als een deel van de gewenste ondersteuning in het gemeentelijke domein kan worden opgevangen, kan de AWBZ-zorg zich concentreren op mensen met zwaardere beperkingen.

---

27 Bij het financieel scheiden van wonen en zorg kunnen zorgvragers blijven kiezen voor intramuraal wonen. Zij betalen dan apart voor hun huur. De huurprijs zal dan afgestemd moeten zijn op de kwaliteit van de woonruimte. Voor intramurale instellingen kan dit overgangsproblemen opleveren, aangezien de huuropbrengsten dan niet voldoende zijn voor de financiering van de kapitaallasten.

Een derde reden voor het scheiden van wonen en zorg is de notie dat de woonfunctie (uitzonderingen daargelaten) eigenlijk niet in een zorgverzekering thuishoort. Wonen is in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor burgers zelf. En als de overheid een verantwoordelijkheid heeft, dan ligt die in eerste instantie bij gemeenten en de sector volkshuisvesting.

Daar komt bij dat het scheiden van wonen en zorg de AWBZ verlost van het gelijke-monniken-gelijke-kappen-dilemma op het gebied van wonen. Als de woonfunctie in de AWBZ blijft, dan zou de woonkwaliteit flink moeten toenemen. De woonkwaliteit moet dan immers in overeenstemming zijn met de kwaliteitsnormen op het gebied van huisvesting buiten de AWBZ. In een volksverzekering zal het lastig zijn om aan sommige zorgvragers (zij het tegen een meerprijs) een hogere woonkwaliteit te bieden dan aan andere zorgvragers. Het toestaan van kwaliteitsverschillen binnen een volksverzekering ligt nu eenmaal gevoelig.

Omgekeerd zal gelden dat als kwaliteitsverschillen niet mogelijk zijn, sommige groepen het AWBZ-aanbod zullen (blijven) mijden. Dit komt de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering niet ten goede.

Om bovengenoemde redenen heeft de SER zich in zijn advies *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* uitgesproken voor een vergaande scheiding in de financiering van de zorg- en woonfunctie in de AWBZ<sup>28</sup>. Daarbij is ook verwezen naar een eerder door de SER uitgebracht advies over de volkshuisvesting<sup>29</sup>.

#### *Stimulans voor innovaties*

De raad verwacht dat het scheiden van wonen en zorg allerlei innovaties zal uitlokken op het gebied van wonen, welzijn, zorg en participatie in hun onderlinge samenhang. Verschillende partijen (gemeenten, woningbouwcorporaties, projectontwikkelaars, zorgaanbieders, mantelzorgers, cliënten en cliëntorganisaties) spelen daarbij een rol. Mensen met beperkingen ontvangen dan niet alleen zorg en ondersteuning op maat, maar verkeren daarbij tevens in een omgeving waarin zij via maatschappelijke participatie iets terug kunnen doen<sup>30</sup>. De raad signaleert dat het bevorderen van innovaties en het versterken van onderlinge samenhang ook de ambitie is van het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* van de minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)<sup>31</sup>.

28 SER (2000) *Advies Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 00/12, Den Haag, pp. 100-101.

29 SER (2000) *Advies Toekomstgericht woonbeleid*, Reactie op de Ontwerpnota Wonen, Mensen, wensen, wonen: Wonen in de 21e eeuw, publicatienr. 00/10, Den Haag, p. 28.

30 Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* bevat het voorbeeld van Almere, waar wordt uitgegaan van het principe van wederkerigheid. Bij het invullen van de Wmo-vragenlijst wordt ook gekeken naar wat iemand op andere terreinen terug kan doen voor de wijk.

31 *Beter (t)huis in de buurt: Actieplan samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011* van de minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, december 2007.

Het kader geeft voorbeelden van kleinschalige woonvoorzieningen waar verstandelijk gehandicapten AWBZ-zorg op maat ontvangen.

### Thomashuizen

Een Thomashuis is een kleinschalige woonvoorziening voor zes à acht mensen met een verstandelijke beperking. Elk huis is een eigen bedrijf dat wordt geleid door in principe twee zorgondernemers. Dit zijn meestal echtparen/partners die zelf ook bij het Thomashuis wonen. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning aan hun klanten.

Thomashuizen zijn er in alle soorten in maten, verspreid door het land. De klanten kunnen kiezen in welke kamer zij wonen, hoe zij hun eigen kamer inrichten, hoe hun daginvulling eruitziet en welke zorg en ondersteuning zij inkopen. Jaarlijks wordt de kwaliteit binnen de Thomashuizen gecontroleerd door een onafhankelijke organisatie. Daarnaast zorgt de franchiseorganisatie voor een oplossing als door onvoorziene omstandigheden een zorgondernemer tijdelijk wegvalt. Een belangrijk deel van de inkomsten voor de zorgondernemer bestaat uit de betalingen van klanten. Zij betalen de ondernemer voor de afgenomen zorg en ondersteuning en voor de woonkosten. De kosten voor zorg en ondersteuning worden gefinancierd uit het persoonsgebonden budget (pgb). De woonkosten (huur, service- en waskosten en maaltijden) worden betaald uit een uitkering (bijvoorbeeld Wajong) of uit eigen middelen van de klant.

Naast de Thomashuizen zijn er vele andere kleinschalige woonvoorzieningen in de ouderen- en gehandicaptenzorg, zoals de Rietkraag in Lopik.

### Locatie Lopik, de Rietkraag

In Lopik is er een woonvoorziening, waar zorg verleend wordt op basis van 'scheiden wonen zorg' voor twaalf cliënten. Zij hebben ieder hun eigen appartement en kunnen gebruik maken van een van de twee huiskamers. Daarnaast is er mogelijkheid tot logeren. De locatie is geschikt voor het huisvesten van een aantal cliënten met een lichamelijke beperking. Er is specialisme op het gebied van diabetes en epilepsie. Ook op het gebied van begeleiding van cliënten met autisme of aanverwante stoornissen heeft het team in Lopik veel te bieden. In de begeleiding richt men zich op de individuele cliënt. Vanuit het individuele ondersteuningsplan wordt de zorg geboden. In Lopik wordt ook thuiszorg geboden aan ouders die hun zoon/dochter in hun thuissituatie willen verzorgen. Daarnaast wordt er ambulante begeleiding geboden aan zelfstandig wonende cliënten.

### *Innovatieve oplossingen via zorgzwaartepakketten*

Bij het financieel scheiden van wonen en zorg in enge zin gaat het om AWBZ-cliënten die voor de functie verblijf zijn geïndiceerd. Deze cliënten worden dan in beginsel zelf verantwoordelijk voor de woonfunctie, terwijl zij voor het overige het volledige AWBZ-

pakket thuis ontvangen. De raad verwacht dat ook deze cliënten kunnen profiteren van innovatieve arrangementen op het snijvlak van wonen en zorg.

De indicatiestelling met aan zorgzwaartepakketten (zzp'en) gekoppelde normbedragen vormt daar ook een ideaal startpunt voor. Cliënten kunnen in principe zelf bepalen hoe zij de zorg aan huis willen organiseren. Zij hebben de keuze uit diverse alternatieven. Voor de ene cliënt zal het aantrekkelijk zijn om de zorg in zijn huidige woonomgeving te organiseren. Voor een andere cliënt zal het meer voor de hand liggen om te verhuizen naar een zelfstandige woning die is toegesneden op de verlening van de benodigde zorg dan de huidige woning. En voor weer een ander zal het beste alternatief kunnen zijn om te verhuizen naar een zorginstelling waar een groep cliënten met een soortgelijk zorgbehoefte bij elkaar woont. Bij de organisatie van de zorg kan dan worden geprofitteerd van schaalvoordelen.

Welke vorm voor een cliënt het meest geschikt is, hangt niet alleen af van zijn of haar zzp en het daaraan gekoppelde normbedrag, maar ook van de inhoud van de zorgbehoefte, de huidige woning en de financiële situatie van de betrokkenen. Het totaal van het normbedrag en de woonbijdrage die de cliënt wenst te betalen, bepaalt immers welke oplossingen mogelijk zijn.

### 5.2.5.3 *De grens tussen zorg thuis en intramurale zorg*

De raad onderschrijft de ambitie om ook mensen met zwaardere beperkingen in staat te stellen om in hun eigen omgeving te blijven wonen. Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* bevat veel aangrijpingspunten om deze ambitie te verwezenlijken. Voorbeelden hiervan zijn flankerende voorzieningen vanuit de Wmo, het aanpassen van woningen voor mensen met beperkingen, het bieden van 24-uurszorg vanuit zorgsteunpunten in de wijk, het investeren in ICT en domotica en het stimuleren van kleinschalige, geclusterde woonvormen.

Een deel van de mensen met zwaardere beperkingen zal geïndiceerd zijn voor de AWBZ-functie verblijf. Bij het financieel scheiden van wonen en zorg zullen deze cliënten in beginsel hun AWBZ-aanspraken thuis ontvangen. Cliënten kunnen er evenwel ook voor kiezen om intramuraal of in geclusterde woonvormen te (blijven) wonen. In dat geval valt de woonfunctie niet meer onder de AWBZ; intramurale instellingen moeten dan de huur afzonderlijk in rekening brengen.

Verbljfsgeïndiceerden die thuis willen blijven wonen, hebben recht op het volledige AWBZ-pakket aan huis, inclusief de zwaarste vormen van 24-uurszorg. De raad vraagt zich af of dit wel in alle individuele gevallen doelmatig en op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd<sup>32</sup>. De raad kan zich evenwel voorstellen dat het

32 Het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* lijkt hier wel van uit te gaan.

zorgzwaartepakket voor zwaardere vormen van zorg moet kunnen uitgaan van een geclusterde woonomgeving waar schaalvoordelen te behalen zijn en de 24-uurs beschikbaarheid van zorgfuncties gegarandeerd kan worden. In deze geclusterde woonomgeving geldt nog steeds de financiële scheiding van wonen en zorg. Zorgbehoevenden blijven immers zelfstandig wonen in een zelfgekozen woonomgeving. Op deze manier kunnen dus ook cliënten met relatief zware beperkingen de noodzakelijke AWBZ-zorg op een doelmatige manier in een gemeenschappelijk eigen huis ontvangen<sup>33</sup>.

Toch zullen er ook in de toekomst groepen zijn voor wie een geclusterde woonomgeving niet toereikend is. De AWBZ moet dan om zorginhoudelijke redenen een zorgpakket hebben waarbij de verblijfsfunctie ook de wooncomponent omvat.

In de praktijk zal dit betrekking hebben op intensieve verpleeghuiszorg, intensieve zorg in een instelling voor verstandelijke en meervoudige gehandicapten of psychiatrische patiënten en op zorg in een therapeutisch woonklimaat. Voor deze groepen biedt de financiële scheiding van wonen en zorg geen feitelijke meerwaarde. Het zou slechts leiden tot extra administratieve lasten. In die gevallen ligt het voor de hand het bij die zvp behorende normbedrag inclusief woonlasten vast te stellen, zodat nodeloze administratieve rompslomp wordt vermeden. Betrokkenen betalen dan voor de wooncomponent een hogere eigen bijdrage.

Waar de grens bij het scheiden van wonen en zorg precies getrokken wordt, valt op voorhand niet te bepalen. Uiteindelijk zal de indicatiesteller in de praktijk bezien wanneer een zorgvrager de overstap naar intramurale zorg zal moeten maken. Wanneer het aan het zorgzwaartepakket gekoppelde normbedrag ontoereikend is om de benodigde zorg thuis te blijven ontvangen, zullen de meeste verzekerden waarschijnlijk kiezen voor intramurale zorg. Er blijft echter de mogelijkheid om tegen bijbetaling de zorg aan huis te behouden.

#### 5.2.5.4 *Randvoorwaarden voor een verdergaande extramuralisering van zorg*

##### *Samenhang in de zorgverlening en regierol gemeenten*

De raad vindt het van groot belang dat de samenhang in de zorgverlening niet verloren gaat als wonen en zorg steeds meer onder verschillende regimes gaan vallen. Dit vraagt om een goede afstemming tussen de verschillende aanbieders van woon-, zorg- en welzijnsdiensten. De raad verwacht niet dat deze afstemming spontaan tot stand zal komen. Bij het organiseren van samenhang speelt ook dat cliënten te maken kunnen krijgen met meerdere loketten. Dat geldt bijvoorbeeld voor de AWBZ-zorg, de huursubsidie en aanvullende (voorliggende) Wmo-voorzieningen. Niet alle zorgbehoevenden zullen hier op

---

33 Voor zover betrokkenen toch in hun eigen huis willen blijven wonen, zullen zij moeten accepteren dat niet alle benodigde zorg in natura via de AWBZ wordt vergoed.

eigen kracht de weg weten te vinden. De raad vindt het dan ook van belang dat cliënten te rade kunnen gaan bij een centraal aanspreekpunt.

In dit verband kent het actieplan *Beter (t)huis in de buurt* aan gemeenten de regierol toe. De raad vindt dit op zich een logische keus. Gemeenten hebben immers relatief veel mogelijkheden om hun beleidsterreinen (wonen, welzijn, veiligheid en gemeentelijke voorzieningen) te laten aansluiten op de AWBZ.

Gemeenten moeten wel over voldoende instrumenten beschikken om deze regierol te kunnen waarmaken. Zo zijn gemeenten vaak afhankelijk van de medewerking van andere partijen. Dit speelt bijvoorbeeld bij de aanpassing van de woonvoorraad, het realiseren van voldoende nieuwe nultredenwoningen, de toewijzing van aangepaste woningen aan mensen met beperkingen, de beschikbaarheid van betaalbare woningen, het realiseren van voldoende zorgsteunpunten in de wijk en bij de afstemming met de provinciale jeugdzorg.

#### *Verblijfsindicatie*

Bijzondere aandacht is nodig voor AWBZ-cliënten met een verblijfsindicatie. Deze cliënten verblijven deels in een intramurale woonomgeving. Met de financiële scheiding van wonen en zorg worden deze cliënten in beginsel verantwoordelijk voor hun eigen woonlasten.

Op zich is de afstemmingsproblematiek met aanpalende domeinen hier relatief beperkt omdat de AWBZ – op het wonen na – alle overige diensten aan huis blijft leveren. Daar staat tegenover dat nog onzeker is wat de inkomensgevolgen zullen zijn van de financiële scheiding van wonen en zorg voor individuele huishoudens. Knelpunten kunnen zich vooral voordoen bij cliënten met een laag inkomen indien bij de huursubsidie geen rekening wordt gehouden met de hogere woonlasten van aangepaste woonvormen en/of intramurale voorzieningen<sup>34</sup>.

De raad vindt het ongewenst als de financiële situatie van zorgbehoevenden een rol gaat spelen bij de afweging van de indicatiesteller. Het beleid moet zodanig zijn dat ook voor minimuminkomens de optelsom van normbedrag, nettohuur en huursubsidie voldoende is om zich de geïndiceerde zorg te kunnen veroorloven. De raad beveelt het kabinet dan ook aan om voor financiële problemen als gevolg van het financieel scheiden van wonen en zorg al dan niet via de huursubsidie een duurzame oplossing aan te dragen.

#### *Overgangsproblematiek*

Een complicatie bij het scheiden van wonen en zorg is de boekwaardeproblematiek van bestaande intramurale voorzieningen. Naar huidige inzichten schiet de woonkwaliteit in veel traditionele intramurale instellingen tekort. Wanneer de huurprijs op de woonkwa-

<sup>34</sup> Momenteel wordt bij intramuraal verblijf de woonfunctie uit de AWBZ gefinancierd. Verzekerden betalen in ruil de hoge inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Omdat deze bijdrage inkomensafhankelijk is, worden de laagste inkomensgroepen ontzien.

liteit wordt afgestemd zullen veel instellingen onvoldoende inkomsten ontvangen om de kapitaallasten te kunnen dragen. Dit kan dan leiden tot een aanmerkelijke kapitaalvernietiging<sup>35</sup>.

De raad erkent dat enige kapitaalvernietiging onvermijdelijk kan zijn. De bestaande intramurale capaciteit mag geen beletsel vormen voor de totstandkoming van in dit advies bepleite innovatieve arrangementen op het gebied van wonen, welzijn, maatschappelijke participatie en zorg. Voor de resulterende boekwaardeverliezen zal dan een adequate oplossing moeten worden gevonden.

Tegelijkertijd signaleert de raad dat er ook op de lange termijn een zekere intramurale capaciteit nodig zal zijn. Zo raamt het SCP dat de gebruiksvraag naar verpleeghuiszorg zal toenemen van bijna 60.000 personen in 2005 tot ruim 90.000 in 2030. Tegen deze achtergrond ligt het voor de hand om de afbouw van intramurale capaciteit af te stemmen op de capaciteit die op de lange termijn, vooral om demografische redenen, behouden moet blijven.

### 5.2.6 *Eigen betalingen*

#### *Uitgangssituatie*

Van de 21,4 miljard euro aan AWBZ-uitgaven in 2008 wordt voor 1,7 miljard euro uit eigen bijdragen opgebracht. Voor vrijwel alle AWBZ-functies geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Alleen voor de functie ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) geldt geen eigen bijdrage (zie paragraaf 2.1).

Inkomensafhankelijke bijdragen worden berekend op basis van het verzamelinkomen zoals dat door de Belastingdienst is vastgesteld. Er is geen vermogenstoets.

#### *De merites van eigen betalingen in de AWBZ*

Eigen betalingen in de AWBZ kunnen om verschillende redenen van belang zijn. In de eerste plaats kunnen eigen betalingen een rol spelen bij het beperken van oneigenlijk gebruik. Het gaat dan vooral om vormen van AWBZ-zorg die gemakkelijk substitueerbaar zijn met wonen, welzijn en persoonlijke dienstverlening. Op deze gebieden is de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager relatief groot en de vraag nagenoeg oneindig. Eigen betalingen zijn dan een goede manier om een passende balans te vinden tussen private en collectieve verantwoordelijkheden.

Een tweede argument voor eigen betalingen is dat (professionele) zorg nu eenmaal duur is. Eigen betalingen zijn dan een vorm van medefinanciering. De kosten van zorg komen dan niet volledig ten laste van de collectiviteit van premiebetalers.

35 De vraag is ook hoe de resterende verblijfsfunctie precies wordt gedefinieerd. Naarmate de verblijfsfunctie ruimer wordt opgevat (bijvoorbeeld inclusief gemeenschappelijke ruimtes en faciliteiten) valt de kapitaallastenproblematiek mee.

Een derde argument voor eigen betalingen is het optreden van besparingen wanneer intramurale zorg wordt verleend. Dit argument boet echter aan betekenis in wanneer wordt uitgegaan van het financieel scheiden van wonen en zorg.

Hier staat tegenover dat eigen betalingen de risicosolidariteit tussen verzekerden beperken. Verzekerden die een beroep willen doen op AWBZ-zorg, moeten immers een deel van de kosten zelf betalen. Bij te hoge eigen betalingen kan dat een drempel vormen om gebruik te maken van noodzakelijke AWBZ-zorg.

Inkomensafhankelijke eigen bijdragen zijn een manier om zorgbehoevenden met lage inkomens enigermate te ontzien. Bij te hoge inkomensafhankelijke eigen bijdragen ontstaat evenwel het risico dat de hogere inkomens de AWBZ-zorg gaan mijden. Dit gaat dan ten koste van de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering.

Verder geldt dat er een redelijke verhouding moet bestaan tussen de opbrengst van eigen betalingen en de daarmee gemoeide inningskosten. Dit speelt vooral bij de in natura verstrekking van ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB).

#### *Standpunt van de raad*

De raad stelt vast dat er aan eigen betalingen voor- en nadelen vastzitten. Bij de vormgeving van eigen betalingen in de AWBZ moet dus naar een goede balans worden gezocht.

De raad onderkent dat de mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik sterk afnemen naarmate functies op het gebied van wonen, welzijn en persoonlijke dienstverlening steeds meer buiten de AWBZ terechtkomen.

De woonfunctie komt na de financiële scheiding tussen wonen en zorg in beginsel voor eigen rekening<sup>36</sup>. De functies welzijn en persoonlijke dienstverlening horen – voor zover het geen eigen verantwoordelijkheid betreft – vooral thuis in het gemeentelijke domein. Daarom pleit de raad er ook voor om delen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding naar de Wmo over te hevelen. Voor deze functies zullen naar verwachting inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijven bestaan, maar dat is volgens de Wmo afhankelijk van het gemeentelijke beleid.

Bijgevolg heeft de raad de indruk dat de afslanking van het AWBZ-pakket – zoals voorgesteld in dit advies – de facto al kan leiden tot meer eigen betalingen<sup>37</sup>.

Tegelijkertijd zal het resterende AWBZ-pakket steeds meer bestaan uit verzekerde aanspraken waarvoor professionele zorg nodig is. De eigen verantwoordelijkheid van de zorgbehoevende en het risico van oneigenlijk gebruik zijn hier betrekkelijk gering.

36 Dit laat onverlet dat betrokkenen in aanmerking kunnen komen voor huursubsidie en hypotheekrenteaftrek.

37 De inkomensafhankelijke eigen betalingen zullen bij ongewijzigd beleid ook al toenemen omdat het gemiddelde inkomen van AWBZ-gebruikers naar verwachting toeneemt. Verwacht wordt dat het gemiddelde inkomen van ouderen in de toekomst hoger zijn dan nu.

De raad vindt het in dat geval ook niet voor de hand liggend om voor de resterende AWBZ-aanspraken de eigen betalingen te verhogen. De raad is overigens van oordeel dat de bestaande inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor extramurale zorg reeds tamelijk hoog zijn.

Al met al ziet de raad geen aanleiding om op korte of middellange termijn de eigen betalingen in de AWBZ verder te verhogen. De voordelen in termen van hogere opbrengsten wegen naar het oordeel van de raad niet op tegen het risico dat zorgbehoevenden om financiële redenen noodzakelijke AWBZ-zorg gaan mijden.

In beginsel is het ook mogelijk om de eigen bijdragen in de AWBZ te verbreden. Het gaat dan in feite om het (her)introduceren van inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding.

De raad verwacht evenwel niet dat dit spoor veel zal opleveren. Naar verwachting zal een groot deel van de opbrengst opgaan aan inningskosten. Bovendien gaat het om een betrekkelijk kleine groep. Het grootste deel van de verzekerden met een indicatie voor OB/AB is immers ofwel overgegaan naar de Wmo, ofwel via de ggz terechtgekomen in de Zvw. Wat overblijft voor de AWBZ is in wezen een restgroep van de ggz die wel professionele medische zorg nodig heeft (en dus niet kan overgaan naar de Wmo), maar waarvan de zorg niet in de eerste plaats geneeskundig van aard is (zoals in de Zvw)<sup>38</sup>.

## 5.3 Voorstellen voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ

### 5.3.1 *Kanteling naar cliëntvolgende uitvoering en bekostiging*

Momenteel voeren regionale zorgkantoren de AWBZ uit. Zij benutten die regionale schaal evenwel niet of nauwelijks om samenhang in de zorgverlening te realiseren. Door de huidige diffuse verantwoordelijkheidsverdeling hebben de zorgkantoren geen prikkels voor een doelmatige uitvoering (zie paragraaf 3.1). Zij worden door de overheid vooral aangesproken op het effectueren van indicaties via productieafspraken met zorgaanbieders binnen een begrensde financiële ruimte.

Door de huidige instellingenbudgettering en de contracteerplicht die nog grotendeels van toepassing is in de AWBZ, staat niet de cliënt maar het aanbod centraal. Deze regulering van de uitvoering maakt dat er weinig prikkels zijn voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering.

In deze paragraaf formuleert de raad voorstellen voor een betere en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Centraal staat het versterken van vraagsturing via de overgang naar cliëntvolgende uitvoering en bekostiging. Bij de bekostiging vraagt dit om een overgang

38 Het gaat vooral om verzekerden met een psychische stoornis die via een pgb niet-geneeskundige activerende en/of ondersteunende begeleiding inkopen en om een (klein) deel van de zorg voor chronische patiënten in regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW-en), maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

van instellingenbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging. Om de gewenste verbeteringen te realiseren, moet er een publieke veranderingsopdracht komen die zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk in 2012 moet zijn uitgevoerd.

De raad gaat ervan uit dat de Zvw-verzekeraars (net als nu) de wettelijke uitvoerder van de AWBZ blijven. Wel stelt hij een aanpassing voor van de bestaande bestuurlijke afspraken over de zorgkantoren (concessiesysteem). De aanpassing houdt in dat de *gezamenlijke* zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid nemen voor de uitvoering van de publieke veranderingsopdracht. Deze veranderingsopdracht wordt nader ingevuld in bijvoorbeeld een convenant<sup>39</sup> tussen de minister van VWS, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties over de uitvoering van de AWBZ in de verschillende regio's en neergelegd in een concessie.

In de volgende paragrafen schetst de raad de contouren van genoemde veranderingsopdracht. Deze schets is uitdrukkelijk niet bedoeld als 'een spoorboekje', omdat de raad ervan uitgaat dat de betrokken partijen in gezamenlijk overleg en rekening houdend met de uitvoeringspraktijk hierover wederzijds bindende afspraken zullen maken.

### 5.3.2 *Veranderingsopdracht tot 2012*

#### *Kern veranderingsagenda*

Zoals gezegd, stelt de raad voor dat er verbeteringen en veranderingen in de AWBZ-uitvoering en -zorginkoop in de periode tot uiterlijk 2012 worden doorgevoerd. Centraal staat een kanteling naar een cliëntvolgende uitvoering in de regio én naar persoonsvolgende bekostiging van de AWBZ-zorg. De veranderingsagenda bevat de volgende kernonderdelen (die in het vervolg van deze paragraaf en in andere paragrafen nader worden uitgewerkt):

- Het vaststellen van een glasheldere AWBZ-polis (zie paragraaf 5.2.1).
- Het verder verbeteren van de indicatiestelling en de positie van het indicatieorgaan als poortwachter van een goed functionerende AWBZ. Deze poortwachter dient het recht op AWBZ-zorg onafhankelijk, objectief en eenduidig vast te stellen (zie paragraaf 5.2.1).
- Het overhevelen van de herstelgerichte zorg naar de Zvw en van een deel van de functie ondersteunende begeleiding naar de Wmo, en een verdergaande scheiding van wonen en zorg (zie paragrafen 5.2.2, 5.2.3 en 5.2.4).
- De ontwikkeling van zorgpakketten naar zorgzwaarte en van daarbij behorende normbedragen voor de vaststelling van persoonsvolgende budgetten (pnb's). Daarmee vindt een omslag plaats van instellingsbudgettering naar budgetten gebaseerd op pnb's. Verder wordt ook het landelijke budget voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget in de regionale uitvoering ondergebracht.

---

39 Het convenant is hier een voorbeeld van een te hanteren instrument.

- De invoering van een individuele, persoonsvolgende AWBZ-verzekerdenadministratie en een effectief werkend declaratieverkeer tussen aanbieder en uitvoerder op het niveau van individuele cliënten.
- Het waarborgen dat de cliënt op basis van zijn pvb bij iedere gekwalificeerde aanbieder terecht kan. Aanbieders die goed presteren kunnen dan meer cliënten bedienen.
- Het voor cliënten beschikbaar stellen van adequate informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van zorgaanbieders.
- De opdracht aan zowel de AWBZ-uitvoerder, de indicatiesteller en de zorgaanbieder om te werken aan preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen om waar mogelijk langdurige zorgafhankelijkheid te voorkomen.
- Het combineren van de glasheldere AWBZ-polis met een goede verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ en de aanpalende domeinen (gemeentelijk beleid waaronder Wmo, participatie, jeugdzorg, onderwijs). Dit is ook nodig om afwenteling te voorkomen.
- Gerichte aandacht voor samenhang tussen de AWBZ en aanpalende domeinen zoals lokale ondersteuning en curatieve zorg. Beter afstemming en ketensamenhang tussen de verschillende domeinen zijn nodig om te verhinderen dat cliënten tussen wal en schip vallen.
- Het verzamelen en uitwisselen van informatie over goede praktijken (van de AWBZ-uitvoerder, indicatiestellers en zorgaanbieders).
- Het benutten van spiegelinformatie om de prestaties van verschillende zorgregio's (indicatiestelling, AWBZ-uitvoerder, aanbieders) te kunnen vergelijken.

#### *Uitvoering van de veranderingsagenda*

Deze veranderingsagenda dient door het kabinet na overleg met cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aanbieders te worden vastgesteld. Daarmee liggen de beleidsuitgangspunten vast om binnen de bestaande wettelijke kaders van de AWBZ tot verbetering van de uitvoering en tot een verdergaande kanteling naar cliëntvolgende uitvoering te komen. De raad gaat ervan uit dat de gezamenlijke zorgverzekeraars worden belast met de uitvoering van de publieke veranderingsopdracht, zoals deze in de concessie wordt vastgelegd.

De raad vindt de kanteling naar cliëntvolgende uitvoering inhoudelijk noodzakelijk om aanbieders in staat te stellen meer zorg op maat te bieden (zie de volgende paragraaf over het versterken van vraagsturing). Een cliëntvolgende uitvoering is tevens een voorwaarde om op termijn onderdelen van de AWBZ door Zvw-verzekeraars voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren (zie de paragraaf *Van regionale uitvoering naar uitvoering voor eigen verzekerden*).

De raad wil met de veranderingsopdracht de AWBZ optimaal laten functioneren binnen de bestaande wettelijke kaders. Daarbij moet wel sprake zijn van een verdergaande kanteling naar cliëntvolgende uitvoering.

Verder dient het perspectief maximaal gericht te zijn op preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang om, waar mogelijk, langdurige zorgafhankelijkheid te voorkomen. Daartoe zullen de AWBZ-uitvoerders voor verschillende cliëntgroepen moeten aansturen op afstemming met de verschillende aanpalende domeinen (Zvw, gemeentelijk beleid waaronder de Wmo, jeugdzorg, onderwijs en participatie). Afstemming zal ook moeten plaatsvinden op het niveau van de zorgaanbieders en de indicatiestelling.

### 5.3.3 *Het versterken van vraagsturing*

#### *Vraagsturing via cliëntvolgende financiering*

Bij een vraaggestuurde AWBZ-uitvoering volgt het geld de cliënt. De cliënt kiest de zorgaanbieder en de zorgaanbieder wordt bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Er is dus sprake van cliëntvolgende financiering.

Vraagsturing via cliëntvolgende financiering vereist wel dat indicaties worden uitgedrukt in zorgpakketten naar zorgzwaarte waaraan normbedragen zijn gekoppeld. Bij een zwaarder zorgpakket heeft de cliënt dan ook meer ruimte voor passende zorgverlening. Binnen het beschikbare budget kunnen cliënten en zorgaanbieders afspraken maken over zorg op maat. Om maatwerk te realiseren is het noodzakelijk dat de cliënt een gelijkwaardige gesprekspartner is van de zorgaanbieders. Sommige doelgroepen hebben hierbij ondersteuning (informaties, advies, begeleiding) nodig.

Vraagsturing in bovengenoemde zin zal volgens de raad bijdragen aan meer diversiteit in het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van zorg. Cliënten kunnen via hun zorgvraag immers rechtstreeks invloed uitoefenen op de manier waarop de zorg wordt verleend. Dit zal belangrijke prikkels opleveren voor innovatief ondernemerschap. Goed presterende zorgaanbieders kunnen dankzij de persoonsvolgende bekostiging ook meer cliënten bedienen; ze worden niet langer beperkt door de huidige budgettering. Voor aanbieders die niet naar tevredenheid presteren, dreigt het risico van onderbenutting van capaciteit of van leegstand.

#### *Persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten*

De raad is van oordeel dat de cliënt moet kunnen kiezen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget. Daarbij ziet hij zorg in natura als standaardoptie overeenkomstig de zorgplicht van de AWBZ-uitvoerder. Bij een keuze voor zorg in natura kan de cliënt via een persoonsvolgend budget (pvb) een keuze maken uit alle gekwalificeerde zorgaanbieders. Indien de cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) kan hij zelf zorg inkopen en langs die weg een zorgarrangement samenstellen dat in het reguliere circuit moeilijk tot stand te brengen is.

Het naast elkaar bestaan van het pgb en zorg in natura heeft verschillende voordelen. Ten eerste blijkt het pgb in de praktijk vaak zorgvernieuwing te stimuleren. Voorbeelden hiervan (Thomashuizen, Florencehuizen, woonzorgboerderijen) liggen vaak op het grens-

vlak van wonen en zorg (zie paragraaf 5.2.5). Dit heeft positieve gevolgen voor de kwaliteit en de variëteit van het zorgaanbod en daarmee voor het functioneren van de zorginkoopmarkt.

Een tweede voordeel van het pgb is dat de cliënt niet uitsluitend aangewezen is op het gecertificeerde zorgaanbod. Via het pgb kan de cliënt ook een beroep doen op andere aanbieders, waardoor professionele zorgverleners worden ontlast. Dit kan bijdragen aan het verhinderen van arbeidsmarkt knelpunten in de zorgsector. Daarnaast kan het pgb leiden tot gezonde concurrentie tussen zorgaanbieders, hetgeen de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede komt.

Tegelijkertijd biedt zorg in natura als standaardoptie zekerheid aan cliënten die niet of minder in staat zijn de regie in eigen hand te houden of die geen mogelijkheid zien om (opnieuw) zelf zorg in te kopen.

#### *Versterken positie pgb*

De raad is van mening dat er zo snel mogelijk pgb's moeten komen voor de functies behandeling en langdurige zorg, onder de voorwaarde dat de informatie aan en de verantwoording door de budgethouder goed geregeld zijn. Een pgb voor de functie langdurig verblijf zal ook een verdere stimulans geven aan zorgvernieuwing op het grensvlak tussen wonen en zorg. Daarnaast moet de wettelijke basis van het pgb als gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura worden versterkt. Bestaande drempels voor cliënten om te kiezen voor een pgb zouden zoveel mogelijk moeten worden weggenomen.

De raad is verder van mening dat de hoogte van een pgb afgestemd moet zijn op het geïndiceerde zorgpakket en dat er een zekere relatie moet zijn met de kosten van professionele zorg. Toch zal wel sprake zijn van een zekere korting (afslag) ten opzichte van de kosten van zorg in natura. Op deze manier wordt rekening gehouden met het feit dat cliënten kosten besparen door gebruik te maken van informele zorg en/of zelfstandigen zonder personeel<sup>40</sup>. De vaststelling van nieuwe zorgzwaartepakketten impliceert dat ook de tarieven voor de bijbehorende pgb's opnieuw worden vastgesteld.

#### *Het belang van toegankelijke informatie*

Cliënten en hun zaakwaarnemers – of zij nu zorg in natura ontvangen of een pgb – hebben behoefte aan meer informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van het zorgaanbod om tot een goede keuze te komen. De beschikbaarheid van gegevens over de kwaliteit van de zorg is ook van belang voor een doelmatige zorginkoop door de AWBZ-uitvoerder.

#### *Voldoende zorgaanbieders*

Een belangrijke randvoorwaarde voor vraagsturing is dat de cliënt kan kiezen uit voldoende aanbieders. Voorts is nodig dat deze zorgaanbieders concurreren om de gunst van de cliënt. Op deze manier zal vraagsturing een bijdrage kunnen leveren aan de tot-

40 Door het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) kunnen cliënten besparen op overheadkosten.

standkoming van een kwalitatief hoogwaardig en kosteneffectief aanbod van zorg en dienstverlening. Ook is het van belang om knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorgsector te voorkomen.

#### *Contracteerbeleid en cliëntvolgende financiering*

Cliëntvolgende financiering houdt in dat het geld de cliënt volgt. Dit betekent dat de cliënt zijn aanbieder kan kiezen en dat de AWBZ-uitvoerder de declaratie achteraf vergoedt op basis van het bij het vastgestelde zorgzwaartepakket behorende normbedrag (het persoonsvolgend budget). Als de declaratie hoger uitvalt dan het normbedrag, dan moet de cliënt het verschil zelf bijbetalen.

De raad gaat ervan uit dat de vrije aanbiederkeuze van de cliënt de AWBZ-uitvoerder juist zal prikkelen tot een actief contracteerbeleid. De AWBZ-uitvoerder zal niet alleen letten op de algemene kwaliteit van de zorgaanbieder, maar heeft er ook belang bij om samenhangende zorgprogramma's te bevorderen. Daarnaast zal hij stimuleren dat de aanbieders aan cliënten – binnen de normbedragen die bij de pakketten horen – de best mogelijke zorg zullen bieden (sturen op goede praktijken). Als de AWBZ-uitvoerder hier in gebreke blijft, kan de cliënt op basis van zijn pvb ook uitwijken naar niet-gecontracteerde gekwalificeerde aanbieders.

#### **5.3.4** *Van regionale uitvoering naar uitvoering voor eigen verzekerden*

De raad gaat ervan uit dat de Zvw-verzekeraars (net als nu) de wettelijke uitvoerder van de AWBZ blijven voor alle verzekerden in de regio. Hij is van oordeel dat de (gezamenlijke) Zvw-verzekeraars de beste positie hebben om de AWBZ uit te voeren, zowel om pragmatische als om principiële redenen.

Een *pragmatische overweging* voor uitvoering van de AWBZ door de gezamenlijke Zvw-verzekeraars is dat zo snel mogelijk met de veranderingsopdracht moet worden begonnen. Tegen die achtergrond heeft het de voorkeur om uit te gaan van een uitvoeringsmodaliteit waarvoor geen wetswijziging nodig is.

Op zich zou het ook voordelen kunnen hebben om de uitvoering van de AWBZ in handen te leggen van een publieke ZBO. De uitvoering is dan volledig in publieke handen. Dit levert wellicht ook voordelen op als het gaat om de samenwerking met gemeenten over de uitvoering van de Wmo en het gemeentelijke huisvestingsbeleid. Voor het opzetten van regionale ZBO's is echter een wetswijziging nodig. In de tussentijd zal de AWBZ in elk geval voor enkele jaren stuurloos zijn.

De raad gaat daarom uit van de huidige wetgeving op basis waarvan de gezamenlijke Zvw-verzekeraars belast zijn met de regionale uitvoering van de AWBZ. Dit heeft vorm gekregen in een concessie aan één verzekeraar die de AWBZ uitvoert voor andere verzekeraars. Ter verbetering van deze constructie en met het oog op meer samenwerking in de uitvoering om tot een betere en cliëntvolgende uitvoering te komen, stelt de raad voor

dat de gezamenlijke zorgverzekeraars een hernieuwd mandaat krijgen om voor alle verzekerden in de regio de AWBZ uit te voeren, gekoppeld aan een publieke veranderingsopdracht. Voordeel hiervan is dat daarvoor geen wetswijziging nodig is en dat de zorgverzekeraars meteen uit de startblokken kunnen komen.

Volgens de raad is er ook een *principiële reden* om te kiezen voor zorgverzekeraars als uitvoerders van de AWBZ. Naar verwachting is er voor omvangrijke cliëntgroepen doelmatigheidswinst te behalen als de uitvoering van hun AWBZ- en Zvw-aanspraken in één hand wordt gelegd. Integrale uitvoering bevordert de totstandkoming van zorgketens en daarmee de zorginhoudelijke samenhang tussen de AWBZ en de Zvw. Bovendien kan de cliënt voor deze ketenzorg dan terecht bij één loket, waarmee wordt voorkomen dat hij 'van het kastje naar de muur wordt gestuurd'. In dit kader zijn experimenten wenselijk die zijn gericht op bekostigingssystemen en geïntegreerde cure-care-ketens faciliteren waarmee aanbieders worden gestimuleerd zich in 'ketens rondom de patiënt' te organiseren.

De raad verwacht dat de voordelen van integrale uitvoering zich vooral zullen voordoen bij (delen van) de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken. Op deze terreinen kunnen tijdige interventies op curatief gebied belangrijke bijdragen leveren aan het voorkomen van langdurige zorgafhankelijkheid. Als zorgverzekeraars onderdelen van de AWBZ voor hun eigen cliënten gaan uitvoeren, kunnen deze voordelen worden verzilverd. De door de raad voorgestelde publieke veranderingsopdracht is hier ook op gericht.

#### *Budgettering van de AWBZ-uitvoerder, gedurende en na de veranderingsopdracht*

Volgens de raad moet de huidige budgettering van zorgkantoren en aanbieders in de regio zo snel mogelijk veranderen om te komen tot de voorgestelde kanteling naar cliëntvolgende bekostiging. Idealiter moet op korte termijn de stap worden gezet naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van de indicaties en persoonsvolgende bekostiging (normbedragen) van hun verzekerden. De hiervoor benodigde informatie is evenwel nog niet beschikbaar.

Om pragmatische redenen adviseert de raad om in de tussentijd de figuur van een begremsd AWBZ-budget in stand te houden. Het accent moet maximaal gericht blijven op het zo snel mogelijk uitvoeren van de publieke veranderingsopdracht. Een tijdelijke overgang naar regiobudgetten voor de regionale uitvoerders, gebaseerd op de kenmerken van de cliënten in de regio, zal extra complicaties met zich brengen en dus de tijdige uitvoering van de veranderingsoperatie in de waagschaal stellen.

De raad ziet wel redenen om snel in de komende jaren de huidige regionale contracteer ruimte op twee onderdelen aan te passen. De huidige contracteer ruimte wordt nu grotendeels bepaald op basis van historische budgetten. De raad acht het gewenst dat ontwikkelingen in de zorgvraag (indicatietrends) een grotere rol gaan spelen bij de bepaling van de regionale contracteer ruimte. Daarnaast acht hij het gewenst dat het (landelijke) budget voor pgb's in de komende jaren een integraal onderdeel wordt van de regionale contrac-

teerruimte van de gezamenlijke Zvw-verzekeraars. Indien zorgverzekeraars delen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren (zie verder), dan wordt de financiering van het pgb-budget hiervoor gecorrigeerd.

De raad signaleert dat nu al een ontwikkeling gaande is waarbij zorgzwaartepakketten een rol spelen bij de vaststelling van instellingsbudgetten. Hij vindt dit een goede zaak. Gedurende de looptijd van de veranderingsopdracht moet alles op alles worden gezet om deze zorgzwaartepakketten nog beter vast te stellen en realistisch te beprijzen (normbedragen). Op basis van deze informatie kan de regionale contracteerruimte verder worden verfijnd. Zodra goede normbedragen beschikbaar zijn, moet de overstap worden gemaakt naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van indicaties en de daaraan gekoppelde normbedragen. De regionale contracteerruimte komt dan te vervallen.

#### *Gescheiden uitvoering binnen de AWBZ*

Zodra voldoende nauwkeurige normbedragen beschikbaar zijn en ook aan andere randvoorwaarden is voldaan<sup>41</sup>, is volgens de raad het moment gekomen om Zvw-verzekeraars onderdelen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren. De AWBZ-uitvoering moet dan onderscheid gaan maken tussen groepen van cliënten die meer of minder aangewezen zijn op curatieve zorg. Het CVZ zou hiervoor objectieve en in de praktijk hanterbare criteria kunnen uitwerken.

Voor die groepen van cliënten die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben zonder dat sprake is van noemenswaardige samenhang met curatieve zorg, terwijl de samenhang met andere domeinen juist dominant is (Wajong, Wsw, speciaal onderwijs et cetera), verdient een regionale uitvoering de voorkeur. Met de inzichten van nu valt vooral te denken aan vroeggehandicapten en cliënten in een vergelijkbare positie dan wel met vergelijkbare aandoeningen.

De andere groepen bestaan uit cliënten die naast de AWBZ-zorg ook relatief veel gebruik maken van curatieve zorg. Voor deze cliënten heeft het meerwaarde als de AWBZ door hun eigen zorgverzekeraar wordt uitgevoerd. Ook hier zullen nader te formuleren criteria uitsluitend moeten geven. Met de inzichten van nu valt vooral te denken aan chronisch zieken, cliënten die gebruik maken van ouderenzorg en cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. De aan de onafhankelijke indicaties gekoppelde normbedragen van deze cliënten komen dan rechtstreeks bij de betrokken Zvw-verzekeraar terecht ten behoeve van de hiermee gemoeide AWBZ-aanspraken.

Ook bij een gescheiden uitvoering voor verschillende cliëntgroepen blijft de AWBZ een afzonderlijke wettelijke regeling met een eigen kas. Gescheiden uitvoering houdt vooral in dat cliënten die AWBZ-uitvoerder krijgen die de meeste zorginhoudelijke samenhang

41 Concreet zal het gaan om het voltooiën van de in paragraaf 5.1 genoemde veranderingsagenda. De AWBZ-uitvoerders moeten dan hun aandeel – de publieke veranderingsopdracht – op een goede manier hebben uitgevoerd.

kan realiseren met het meest relevante aanpalende domein. Voor vroeggehandicapten en daarmee vergelijkbare cliëntgroepen is de samenhang op regionaal niveau het belangrijkste. Voor hen blijven de zorgverzekeraars gezamenlijk de AWBZ uitvoeren op regionaal niveau. Voor veel ouderen en chronisch zieken staat de goede afstemming met de Zvw voorop. Voor hen wordt de AWBZ uitgevoerd door hun eigen Zvw-verzekeraar.

#### *Positie van het pgb bij gescheiden uitvoering AWBZ*

Volgens de raad heeft een gescheiden uitvoering van de AWBZ geen grote gevolgen voor de systematiek van het pgb. Dat betekent dat het pgb wat lager blijft dan het budget voor zorg in natura. Tevens kunnen cliënten voor de aanwending van hun pgb naar eigen keuze zorgmakelaars inschakelen of rechtstreeks zorg inkopen, zoals nu ook al het geval is. In de uitvoering van de AWBZ dienen het pgb en zorg in natura gelijkwaardig te blijven. Verder dienen alle cliënten toegang te houden tot het pgb, ongeacht of hun AWBZ-uitvoerder op regionale dan wel individuele schaal opereert. Voor de AWBZ-uitvoerders blijft gelden dat de persoonsvolgende budgetten en de pgb's uit dezelfde financiële ruimte worden bekostigd.

#### *Uitzonderingen op de regionale schaal*

Tot slot merkt de raad op dat de regionale schaal niet voor alle voorzieningen doelmatig zal kunnen zijn. Dit geldt zowel gedurende de uitvoering van de veranderingsopdracht als daarna. Voor zeer gespecialiseerde zorg is de regionale schaal vaak te klein en blijven landelijke sturing en planning van belang. Het gaat dan onder meer om de behandelen binnen de AWBZ voor mensen met sterke gedragsstoornissen en ernstige of lichte verstandelijke beperkingen (zogenoemde SGLVG-behandelcentra) en zintuiglijk gehandicapten (visueel en auditief). Hiervoor zou één regiokantoor kunnen worden aangewezen, analoog aan de werkwijze van het CIZ voor de zintuiglijk-gehandicaptenzorg.

## **5.4 Arbeidsmarkt: het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector**

### **5.4.1 Algemeen**

Voor het tegemoetkomen aan de behoefte aan langdurige zorg in de toekomst is het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector van cruciaal belang. Deze problematiek staat tot op zekere hoogte op zichzelf. Het vraagstuk van de personeelstekorten doet zich namelijk ook voor indien een institutionele aanpassing van de AWBZ niet aan de orde zou zijn. Toch heeft de inrichting van het zorgstelsel invloed op het beroep op professionele zorg. Het stelsel kan ook stimulansen bevatten voor innovatie en verhoging van de productiviteit in de zorg, waardoor de behoefte aan zorgpersoneel zou kunnen verminderen.

Omgekeerd is de krapte op de arbeidsmarkt een factor om rekening mee te houden bij de inrichting van het zorgstelsel. Daarbij moet ervoor worden gezorgd dat schaars personeel naar behoefte en niet naar koopkracht wordt verdeeld.

Voor de aanpak van de toekomstige personeelstekorten verwijst de raad naar het advies dat hij in 2006 over deze problematiek heeft uitgebracht. Daarin bepleit hij naast een brede benadering voor de collectieve sector als geheel (zie paragraaf 5.4.1) een specifiek op de sector zorg en welzijn gerichte benadering (zie paragraaf 5.4.2). Deze benaderingen zijn nog steeds actueel.

#### 5.4.2 Een brede benadering voor de collectieve sector

In het advies van 2006 formuleert de raad oplossingsrichtingen voor het tegengaan van arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector. Daarbij maakt hij onderscheid tussen het algemeen sociaal-economische beleid, het beleid voor de collectieve sector als geheel en het beleid voor specifieke knelpuntsectoren, waaronder zorg en welzijn<sup>42</sup>. Onderstaande kadertekst gaat in op het algemeen sociaal-economische beleid en het beleid voor de collectieve sector als geheel.

##### Algemeen sociaal-economisch beleid

In het kader van het *algemeen sociaal-economische beleid* bepleit de raad maatregelen die zijn gericht op het vergroten van de arbeidsdeelname en het verhogen van het kwalificatieniveau van de beroepsbevolking. Zo moeten belemmeringen worden weggenomen om de toetreding tot de arbeidsmarkt te bevorderen en om een uitbreiding mogelijk te maken van het gemiddelde aantal jaarlijks gewerkte uren. Van belang zijn ook preventie van ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voorzieningen voor het combineren van arbeid en zorg. Verder wordt gewezen op het belang van leeftijdsbewust personeelsbeleid (van belang voor oudere werknemers) en op het vergroten van de arbeidsmarktkansen voor personen die behoren tot etnische minderheden (waaronder jongeren van allochtone afkomst).

##### Beleid voor collectieve sector als geheel

Ten aanzien van het *beleid voor de collectieve sector als geheel* meent de raad dat de aanbevelingen van de zogeheten commissie-Van Rijn (2001) ook nu nog actueel zijn. Deze aanbevelingen betreffen het maken van afspraken via cao-trajecten die zijn gericht op het verbeteren van de wervingskracht, het optimaliseren van de inschakelijking van personen en het behouden van personeel voor de collectieve sector. Van belang hierbij is dat cao-partijen kunnen beschikken over een zodanige financiële ruimte dat zij in staat zijn een voldoende concurrerend arbeidsvoorwaardenpakket samen te stellen en zodoende ook problemen bij de vervulling van de personeelsbehoefte kunnen voorkomen.

42 SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag, 19 mei 2006, pp. 8-9.

Verder bepleit de raad dat er voldoende ruimte moet zijn voor de professionele beroepsbeoefenaren en dat er meer waardering dient te komen voor de professionele kwaliteiten van de werkers in de sector, ook door verbetering van hun loopbaanperspectieven.

De raad ziet scholing als een cruciaal instrument. Verder pleit hij voor verhoging van de arbeidsproductiviteit. Ten slotte vraagt hij ook aandacht voor goed management en de verbetering van de dienstverlening, omdat uit onderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn in de effectiviteit van zorginstellingen.

a SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, op.cit., p. 35.

### 5.4.3 *Voorstellen voor de zorgsector*

*Voorstellen SER-advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector (2006)*

Wat de sector *zorg en welzijn* betreft acht de raad het noodzakelijk meer te investeren in scholing en op peil houden van menselijk kapitaal. Ook wijst hij op de mogelijkheid van instroom van relatief laag opgeleid personeel (vooral in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingshuizen) dat via scholing in staat wordt gesteld op korte termijn door te stromen. Verder ziet de raad reële mogelijkheden voor een verhoging van de arbeidsproductiviteit, onder voorwaarde van een gelijk blijvende kwaliteit van de zorgverlening en zonder hogere werkdruk van het personeel. Hij denkt daarbij vooral aan het verder doorvoeren van taakherschikking en het inzetten van werknemers in nieuwe functies of beroepen en aan het anders organiseren van de zorg. Hiermee kan worden bevorderd dat zorgverleners vooral in het primaire proces van zorgverlening actief zijn.

Ten slotte merkt hij op dat er voldoende financiële ruimte beschikbaar moet zijn voor cao-partijen om hen in staat te stellen een concurrerend pakket van arbeidsvoorwaarden samen te stellen.

*Beleidsvoorstellen VWS-Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg*

De raad constateert met instemming dat deze benaderingen ook terugkomen in het actieplan *Werken aan de zorg* dat een groot aantal beleidsvoorstellen voor de korte en middellange termijn bevat. In het actieplan *Werken aan de zorg* verwijzen de bewindslieden van VWS allereerst naar de algemene arbeidsmarktmaatregelen van het kabinet en naar de tripartiete beleidsinzet zoals die bij de participatietop aan de orde is geweest<sup>43</sup>. Bovenop deze generieke maatregelen is, op basis van onderzoek en raadpleging van het veld, een pakket maatregelen samengesteld dat is gericht op de personeelstekorten in de zorg op korte en middellange termijn. Het actieplan gaat uit van drie sporen:

- innovatie in zorgprocessen;
- investeren in behoud van personeel;
- vergroten van instroom van nieuw personeel (zie kader).

43 Tweede Kamer, 2006-2007, 29 544, nr. 94.

## Innovatie in zorgprocessen

Hierbij gaat het om het bevorderen van de arbeidsproductiviteit en het verkleinen van achterstand in de productiviteitsontwikkeling ten opzichte van de marktsector (verminderen van het zogeheten Baumol-effect).

Concrete acties zijn:

- het oprichten van een innovatieplatform voor de zorg;
- het introduceren van een programma voor versnelling van innovaties gericht op betere zorg door minder personeel;
- het stimuleren van continu innoveren (sociale innovatie) door instellingen;
- het stimuleren van investeringen in arbeidsbesparende technologie, vooral ICT-toepassingen en domotica.

## Investeren in behoud van personeel

Hierbij gaat het erom het huidige personeel in de zorgsector zo gezond en zo lang mogelijk voor de zorg te behouden met als insteek dat de mensen die in de zorg werken de ruimte en de waardering moeten krijgen die zij verdienen.

Concrete acties in dit verband zijn:

- het investeren in doorstroom en zij-instroom van personeel;
- het stimuleren van de uitbreiding van deeltijdcontracten (in samenwerking met de Taskforce Deeltijd Plus van SZW);
- het stimuleren van levensfasebewust personeelsbeleid;
- het inzetten op medewerkersveiligheid;
- het stimuleren van professionalisering.

## Vergroten van instroom van nieuw personeel

Hierbij gaat het erom te zorgen dat er in de toekomst voldoende en goed opgeleid personeel voor de zorg beschikbaar blijft. Daarvoor is van belang dat er op korte en lange termijn voldoende mensen instromen in de zorgopleidingen. Dat vraagt onder meer: investeren in goede en voldoende stageplaatsen, meer mensen werven voor de zorg en investeren in groepen mensen die ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector. Concrete acties in dit verband zijn:

- investeren in stageplaatsen via een stagefonds;
- investeren in een opleidingsfonds;
- stimuleren van samenwerking tussen zorginstellingen, het onderwijs en lokale overheden;
- stimuleren van werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtone vrouwen;
- het voorlichten van jongeren over werken in de zorg.

De focus van het actieplan is vooral gericht op maatregelen die op de korte en middellange termijn resultaten bieden. Voor oplossingen op lange termijn wordt voorgesteld een adviescommissie in te stellen die zich zal richten op de vraag hoe de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht kan worden tegemoetgekomen. Daarbij zullen nieuwe zorgconcepten, behoud van personeel en werving van nieuw personeel op lange termijn centraal staan.

Over de uitwerking daarvan en de benodigde financiële middelen wordt gesproken met sociale partners in de sector.

In dit verband vraagt de raad aandacht voor de rol van het EVC-instrumentarium in de zorgsector, zowel voor mensen die nu mantelzorg verrichten als voor mensen die op dit moment nog geen betaald werk verrichten.

#### 5.4.4 Informele zorg en mantelzorg

De raad meent dat de mogelijkheden beperkt zijn om de vraag naar professionele zorg te verminderen door een groter beroep te doen op mantelzorg en informele zorg. Hij realiseert zich dat er hierbij sprake is van een spanningsveld. Enerzijds leiden mantelzorg en informele zorg immers tot een beperking van het beroep op professionele zorg en daarmee tot een vermindering van het personeelstekort in de zorgsector. Anderzijds verrichten vooral vrouwen mantelzorg en informele zorg en nemen zij, mede als gevolg van hun zorgtaken, minder deel aan betaalde arbeid. Daardoor zijn ze in mindere mate inzetbaar om de tekorten aan professionals in de zorgsector te beperken.

De raad constateert dat verschillende beleidsacties zullen worden gericht op het bevorderen en vooral ook ondersteunen van mantelzorg en vrijwilligerswerk<sup>44</sup>. Naar zijn oordeel kunnen die beleidsacties tot op zekere hoogte een bijdrage leveren aan het beperken van de zorgvraag in de toekomst. Daarbij rijst de vraag in hoeverre en op welke wijze wettelijke of niet-wettelijke regelingen voor al dan niet betaald verlop dit beleid kunnen ondersteunen. Een oplossing hiervoor is dat het pgb wordt ingezet voor een vergoeding aan zorgverleners (partners, familieleden, enzovoorts) voor het verlenen van, volgens de indicatiestelling, niet-gebruikelijke zorg aan cliënten, zodat het beroep op professionele zorg kan worden beperkt.

### 5.5 Gevolgen voor financiering en lastenverdeling

De voorstellen van de raad in dit hoofdstuk gaan gepaard met enkele (beperkte) overhevelingen van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw. Deze overhevelingen zijn inhoudelijk gemotiveerd, maar kunnen onbedoelde verschuivingen opleveren in de lastenverdeling tussen gezinnen, bedrijven en de overheid.

Het CPB heeft op verzoek van de raad indicatief berekend hoe een financieringsverschuiving op macroniveau uitwerkt en mogelijkheden aangegeven om het een en ander lastenneutraal te laten verlopen<sup>45</sup>. Als rekenvoorbeeld is daarbij uitgegaan van bedragen van 1 miljard euro. Dit zijn louter illustratieve bedragen die in dienst staan van een technische

44 Zie: Ministerie VWS, *Voor elkaar, beleidsbrief VWS over mantelzorg en vrijwilligerswerk 2008-2011*, Tweede Kamer, 2007-2008, 30 169, nr. 11.

45 Zie CPB (2008) *Notitie Effect AWBZ-schuif op macro lastenverdeling*, bijlage 6A bij dit advies.

exercitie. Vooralsnog bestaat er geen goed zicht op de precieze afbakening van de aanspraken die naar de Wmo of de Zvw overgaan, laat staan in de precieze bedragen die daarmee gemoeid zijn.

*Overheveling van AWBZ naar Wmo*

Volgens het CPB is het mogelijk dat een overheveling van aanspraken van de AWBZ naar de Wmo lastenneutraal plaatsvindt. De verlaging van de AWBZ-premie is te neutraliseren door een even grote stijging van het belastingtarief in de eerste en tweede schijf. De raad is het hiermee eens. Uit dit hogere belastingtarief kunnen de naar de Wmo overgehevelde aanspraken worden gefinancierd. De gecombineerde tarieven voor de eerste en tweede schijf blijven dan ongewijzigd. De overheveling zal dan ook aan de financieringskant geen gevolgen hebben voor de loonkosten, de koopkracht of het overheidsbudget.

*Overheveling van AWBZ naar Zvw*

Een overheveling van aanspraken van de AWBZ naar de Zvw zal in eerste instantie niet lastenneutraal kunnen plaatsvinden. Er zal dus aanvullend beleid nodig zijn om de oorspronkelijke lastenverdeling tussen gezinnen, bedrijven en overheid te herstellen. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de plussen en minnen voor de verschillende partijen als gevolg van een hypothetische overheveling van 1 miljard euro van de AWBZ naar de Zvw.

tabel 5.1 Lastenverschuivingen als gevolg van het overhevelen van 1 miljard euro (hypothetisch bedrag) van de AWBZ naar de Zvw

	Huishoudens	Bedrijven	Overheid
Nadelen van overheveling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hogere nominale premie</li> <li>- Loonheffing over hogere werkgeversbijdrage</li> <li>- Hogere inkomensafhankelijke bijdragen voor zelfstandigen en 65-plussers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Loonkostenstijging werkgever i.v.m. compensatie hogere inkomensafhankelijke bijdrage van werknemers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loonkostenstijging werkgever i.v.m. compensatie hogere inkomensafhankelijke bijdrage werknemers</li> <li>- Hogere rijksbijdrage kinderen</li> <li>- Hogere zorgtoeslag</li> <li>- Verhoging bruto AOW en bijstand (via netto-nettokoppeling)</li> </ul>
Voordelen van overheveling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagere AWBZ-premie</li> <li>- Verhoging zorgtoeslag</li> <li>- Verhoging AOW en bijstand</li> </ul>		Hogere loonheffing over werkgeversbijdrage
Saldo	+ 0,6	- 0,3	- 0,3
Compensatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,6</li> <li>Verhoging tarief eerste en tweede schijf met 0,25 procentpunt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ 0,3</li> <li>Lastenverlichting voor werkgevers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ 0,3</li> <li>Compensatie voor verslechtering EMU-saldo</li> </ul>

Bron: CPB.

De tabel laat zien dat de huishoudens in eerste instantie profiteren van een overheveling van de AWBZ, omdat de AWBZ-premie uitsluitend door huishoudens wordt betaald. In de Zvw zijn er substantiële bijdragen van werkgevers en het Rijk.

Een aandachtspunt is dat een overheveling tussen AWBZ en Zvw gevolgen zal hebben voor de lastenverdeling tussen huishoudens onderling. Zo zal er enige herverdeling binnen gezinnen plaatsvinden doordat een deel van de procentuele AWBZ-premie wordt omgezet in een nominale premie. Het effect daarvan is moeilijk voorspelbaar vanwege het effect van de inkomensheffingen en de rijksbijdragen op de AWBZ-premie die belastingplichtigen feitelijk betalen. Daarbij zal een mogelijke lastenstijging voor lagere inkomensgroepen kunnen worden gecompenseerd door een verhoging van de zorgtoeslag.

Bedrijven en overheid krijgen in eerste instantie te maken met een lastenverzwaring. Het CPB heeft berekend dat huishoudens deze lastenverzwaringen kunnen compenseren via een verhoging van het tarief eerste en tweede schijf met 0,25 procentpunt. De helft van de opbrengst gaat dan naar de overheid ter verbetering van het EMU-saldo. De andere helft moet dan als lastenverlichting terechtkomen bij bedrijven.

#### *Oordeel van de raad*

Zoals vermeld, zullen de voorstellen van de raad voor enkele (beperkte) overhevelingen van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw leiden tot een andere verdeling van lasten tussen huishoudens, bedrijven en overheid. Uitgaande van lastenneutraliteit op macroniveau gaat de raad hieronder nader in op de noodzakelijke compensatie voor deze verschuivingen. Daaraan voorafgaand verwijst hij naar zijn uitspraak (in het advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen*<sup>46</sup>) dat “.. een discussie mogelijk (is) omtrent de vraag of op termijn de Anw en de AWBZ volledig uit de algemene middelen kunnen worden gefinancierd”<sup>47</sup>.

Als argument voor een dergelijke financiering heeft de raad genoemd dat volksverzekeringen niet in de risicosfeer van werkgevers en werknemers liggen. Hij acht dit argument nog steeds actueel. Daaraan voegt de raad toe dat fiscalisering van de AWBZ daarenboven leidt tot verbreding van de AWBZ-financieringsgrondslag; immers, fiscalisering neutraliseert de uitholling van deze grondslag die nu plaatsvindt als gevolg van een slechts gedeeltelijke compensatie van de heffingskortingen via de BIKK (zie paragraaf 3.1.2). De raad adviseert dan ook de eerder genoemde problemen op te lossen door de AWBZ uit de algemene middelen te financieren. Daaraan zijn op het moment van overheveling geen gevolgen voor de lastenverdeling verbonden voor mensen die wonen en werken in Nederland. De raad geeft in overweging om de inkomensgevolgen voor in het buitenland wonende Nederlanders, die hun inkomen uit Nederland ontvangen, waaronder gepensioneerden, te onderzoeken.

46 Zie SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen*, op.cit., p. 88.

47 Het raadslid benoemd door de MHP – dat in het advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* principieel afstand heeft genomen van de fiscalisering van de AWBZ – is bereid om mee te werken aan fiscalisering van de AWBZ.

De raad signaleert – mede op basis van de Baanberekeningen – dat overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Wmo niet hoeft te leiden tot een andere lastenverdeling tussen huishoudens, bedrijven en overheid. Er zijn voldoende aanknopingspunten voor een lasten-neutrale overgang op macroniveau. Op het niveau van individuele huishoudens kan er wel sprake zijn van een toename dan wel afname van lasten, bijvoorbeeld omdat gemeenten andere criteria hanteren voor het verstrekken van vergoedingen op grond van de Wmo dan op basis van de AWBZ het geval was.

Wat de lastenverschuivingen betreft die het gevolg zijn van de overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw, is het beeld meer gecompliceerd, omdat de kosten van deze overheveling ook bij bedrijven en de overheid terechtkomen. Uitgaande van lastenneutraliteit voor werkgevers én werknemers moet volgens de raad hiervoor compensatie worden gevonden.

Naast de noodzakelijke compensatie met het oog op lastenneutraliteit voor werkgevers én werknemers vraagt de raad tot slot de aandacht voor de gevolgen van de eventuele verdere overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw en van de te voorziene toekomstige forse groei van de kosten van gezondheidszorg. Naar zijn oordeel betreft het een urgent aan te pakken maatschappelijk vraagstuk. In dit verband signaleert de raad nog dat sociale partners min of meer fundamentele bezwaren hebben tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg. Werkgevers gaat het met name om het open-eindekarakter van de verplichte werkgeversbijdrage Zvw, in relatie tot de overheveling van AWBZ-aanspraken naar de Zvw. Werknemers gaat het met name om de overheveling van thans inkomensafhankelijk gefinancierde AWBZ-aanspraken naar de Zvw, die gedeeltelijk op basis van nominale premies wordt gefinancierd.

Volgens de raad ligt het in de rede dat in ieder geval werknemers en werkgevers (als belangrijkste financiers van de Zvw-lasten) op korte termijn worden betrokken bij de aanpak van het hierboven gesignaleerde maatschappelijk vraagstuk. In dit verband verwijst hij tevens naar zijn verzoek (in het advies *Welvaarts groei door en voor iedereen*) om aan de hand van een brede adviesaanvraag een bijdrage te leveren aan het maatschappelijke debat over de beheersbaarheid, financiering en verdeling van de zorgkosten<sup>48</sup>.

---

48 Zie SER (2006) *Welvaarts groei door en voor iedereen*, op.cit., p. 112.