

Verkenning Zvw en Wmo

1 Inleiding

Veranderingen in de omgeving van de AWBZ

De recente wijzigingen in de ‘omgeving’ van de AWBZ vormen volgens de adviesaanvraag een belangrijke reden om het stelsel van langdurige zorg onder de loep te nemen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007 is het zorgstelsel aanzienlijk veranderd. Dit heeft gevolgen voor de samenhang van zorg en ondersteuning en hun onderlinge afbakening.

Hierna volgt allereerst een weergave van de zorg en ondersteuning die thans worden geboden op grond van de Zvw. Vervolgens komt de Wmo aan de orde. Daarbij wordt ingegaan op de zorginhoud (de prestaties), op de uitvoeringsinstanties en hun onderlinge relaties en de bekostiging. In bijlage 5 wordt meer gedetailleerd ingegaan op de macro-financiering en de lastenverdeling van AWBZ, Zvw en Wmo en de bedragen die daarmee zijn gemoeid.

Kernwetten zorgstelsel in den brede

Naast de ziektekostenverzekeringen (Zvw en AWBZ) maken de wetgeving inzake de kwaliteit van de zorg en de wetgeving inzake de structuur, organisatie en tariefstelling van de zorg deel uit van het zorgstelsel in den brede. Al met al bestaat het Nederlandse zorgstelsel uit de volgende zes ‘kernwetten’:

Zorgverzekeringen

- Zvw;
- AWBZ.

Kwaliteit van de zorgverlening

- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), met onder andere een systeem van voorbehouden handelingen en van titelbescherming;
- Kwaliteitswet zorginstellingen, met (open) normen voor zorgaanbieders, onder andere op het gebied van verantwoorde zorg en de organisatie van de zorg.

Structuur, organisatie en tariefstelling

- Wet toelating zorginstellingen (WTZi), met regels voor een decentraal en vraaggericht stelsel voor de bouw en exploitatie van zorginstellingen. De bij de zorg betrokken partijen bepalen de capaciteit waarvoor de overheid de randvoorwaarden stelt. De bedoeling is dat de overheidsbemoeyenis met het zorgaanbod geleidelijk afneemt.

- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die onder andere de toezichthoudende taken van de zorgautoriteit regelt¹.

2 Zorgverzekeringswet²

2.1 Doelstellingen

De Zvw is op 1 januari 2006 in werking getreden. Het doel is ervoor te zorgen dat iedere ingezetene een kostendekkende ziektekostenverzekering heeft voor het geval hij medische zorg nodig heeft, en te waarborgen dat de gehele bevolking tegen acceptabele voorwaarden toegang heeft tot noodzakelijke zorg. Motieven voor de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen waren onder meer: het bewerkstelligen van meer doelmatigheid, minder centrale sturing en een goede toegankelijkheid. De regering zag deze herziening als onderdeel van een breder georiënteerde herziening van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg.

2.2 Zvw anno 2008: algemeen

Rechtskarakter en kring van verzekerden

Alle Nederlandse ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten (*verzekeringsplicht*)³. Zij sluiten daartoe een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket. Verzekeraars hebben de plicht iedere verzekeringsplichtige als verzekerde te accepteren (*acceptatieplicht*) voor al hun modelovereenkomsten.

Prestaties

Het te verzekeren *risico* in de Zvw is⁴ de behoefte aan:

- a geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden;
- b mondzorg;
- c farmaceutische zorg;
- d hulpmiddelenzorg;
- e verpleging;
- f verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.

1 Met de inwerkingtreding van de Wmg is de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), op grond waarvan de prijsvorming in de gezondheidszorg werd bepaald, vervallen.

2 Grotendeels ontleend aan Hamilton, G.J.A. (2005) *Een zorgverzekering voor iedereen: Zorgverzekeringswet en wet op de zorgtoeslag*, PS Special nr. 3, Deventer, Kluwer.

3 In de AWBZ zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd (zie bijlage 3).

4 Artikel 10 Zvw.

Zorgplicht

In de Zvw wordt gesproken over de ‘zorgplicht’ van verzekeraars⁵. Tegenover de verplichting premie aan de zorgverzekeraar te betalen, heeft de verzekerde recht op:

- 1 zorg die door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend⁶ of
- 2 een vergoeding van de kosten van verleende zorg, al dan niet met bemiddeling van de zorgverzekeraar.

Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de *tijdigheid* en de *kwaliteit* van de verzekerde zorg.

Indien een verzekerde heeft gekozen voor een naturapolis en zich desondanks wendt tot een *niet-gecontracteerde* zorgaanbieder (de verzekerde kiest hier zelf voor), mag zijn zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepalen⁷. Indien de zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis echter onvoldoende zorgaanbieders contracteert (de zorgverzekeraar voldoet niet aan de zorgplicht), dient hij alle marktconforme kosten te vergoeden. Een lagere vergoeding dan de door verzekerde gemaakte kosten is in deze situatie niet mogelijk.

Inhoud en omvang prestaties

De verzekeringsrechten of aanspraken van de basisverzekering zijn door de wetgever bepaald en zijn (net als in de AWBZ) *functiegericht* omschreven⁸. Dit brengt mee dat elke bevoegde zorgverlener of instantie de zorg mag leveren. De zorgverzekeraar is bevoegd om, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de zorg wordt geleverd.

De *inhoud en omvang van de prestaties* van de basisverzekering zijn nader geregeld bij AMvB en sluiten in grote lijnen aan bij het voormalige ziekenfondspakket⁹. Vaak wordt een beschrijving gehanteerd waarbij de omvang wordt overgelaten aan “hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is”. In feite stelt dan de betreffende beroepsgroep de omvang van het verzekeringsrecht vast¹⁰. De AMvB geeft de wetgever de mogelijkheid tot beperking van de verzekerde prestaties. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg een eigen bijdrage dient te betalen.

5 Artikel 11 Zvw.

6 Hier staat kostenvergoeding centraal met desgewenst bemiddeling. Zonder de activiteit ‘bemiddeling’ is sprake van een zuivere restitutieverzekering. Zorgverzekeraars zijn tot niets verplicht behoudens restitutie. De Zvw schrijft wel voor dat verzekerden die dat wensen, bemiddeling aangeboden moeten krijgen. Bemiddeling houdt dan in: activiteiten gericht op het op *tijd* verkrijgen van de *juiste* zorg (bemiddelaar, telefoon, computer et cetera). Dit is een inspanningsverplichting.

7 De zorgverzekeraar hoeft in dit geval niet het volledige bedrag dat de zorgaanbieder rekent, te vergoeden. Op grond van EU-richtlijnen over vrij verkeer van goederen en diensten mag de hoogte van deze vergoeding echter niet zodanig laag zijn dat het een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

8 De wetgever bepaalt *wat* tot het verzekerde pakket behoort. De term ‘functionele aanspraken’ houdt in dat zorgverzekeraars mogen bepalen door *wie* en *waar* de zorg wordt geleverd.

9 Artikelen 2.1 t/m 2.17 Besluit zorgverzekering.

10 Zo vallen vernieuwingen op het gebied van medisch handelen automatisch binnen de verzekeringsaanspraak (tenzij deze met name door de wetgever worden uitgezonderd).

Sinds 1 januari 2008 is de no claim-regeling vervangen door een wettelijk verplicht eigen risico van € 150,- per jaar. Daarbovenop mag de verzekeraar polissen aanbieden met een vrijwillig eigen risico¹¹.

Criteria afbakening basispakket

Het verzekerde pakket in de Zvw omvat noodzakelijke, op genezing gerichte zorg¹². Voor de afbakening daarvan is aansluiting gezocht bij de criteria van de commissie-Dunning¹³. Het CVZ (het orgaan dat hierover advies uitbrengt aan de minister) hanteert in dit verband vier ‘pakketprincipes’: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Op basis van periodieke toetsing door het CVZ aan deze criteria wordt bepaald of het nodig is om zorgvormen aan het verzekerde pakket toe te voegen of daaruit te verwijderen, zodat het pakket op lange termijn betaalbaar blijft. De pakketprincipes zijn uitgewerkt in concrete criteria. Zoals de minister van VWS aangeeft, is het maken van keuzes over de samenstelling van het pakket uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid¹⁴.

Toegang tot zorg

De beslissing over de indicatiestelling wordt genomen door de zorgaanbieder tot wie de zorgvrager zich heeft gewend. De vraag of verzekerde zorg feitelijk aan een verzekerde moet worden geleverd, wordt beoordeeld op basis van medisch-inhoudelijke of zorginhoudelijke criteria. Uitgangspunt is dat eventuele sturing hierop via de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraar plaatsvindt. Het is aan de zorgverzekeraar om al dan niet in de modelovereenkomsten op te nemen dat voor bepaalde zorgvormen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld verwijzing of machtiging) nodig is. Doorgaans wordt dit aan de huisarts overgelaten¹⁵. In sommige gevallen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist¹⁶. Deze eisen betreffen voornamelijk farmaceutische zorg, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg¹⁷.

11 Wettelijk is bepaald dat dit € 100, € 200, € 300, € 400 en/of € 500 mag zijn.

12 Niet alle vormen van zorg in de Zvw zijn op herstel en genezing gericht. Een voorbeeld is nierdialyse.

13 In het verleden heeft meerdere keren discussie plaatsgevonden over de criteria op grond waarvan bepaalde zorgvormen tot het collectief gefinancierde verzekeringspakket (het basispakket) behoren. Zie onder meer de Commissie-Dekker (1987); de Commissie-Dunning (1991) *Kiezen en delen*; CVZ (2001) *Het basispakket: inhoud en grenzen*, Diemen, College voor zorgverzekeringen en adviezen van de Gezondheidsraad. Zie ook: Hamilton, G.J.A. (2005) *Een zorgverzekering voor iedereen. De Zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag*, PS Special, nr. 3, op.cit., pp. 85-87.

14 Ministerie VWS, Standpunt pakketbeheer en pakketadvies CVZ, Tweede Kamer, 2006-2007, 30 800 XVI, nr. 168.

15 Artikel 14, lid 2 Zvw bepaalt: De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

16 Indien de zorgverzekeraar zich het recht van toestemming heeft voorbehouden, dient hij de vraag of de verzekerde behoefte heeft aan verzekerde zorg, door een deskundige te (laten) beantwoorden (bijvoorbeeld door verzekeringsartsen in dienst te nemen).

17 NZa (2007) *Thematisch onderzoek Zorgplicht: Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit, p. 7.

Formele afbakening ten opzichte van AWBZ-zorg

Er bestaat samenhang en overlap tussen zorg op grond van de Zvw en zorg op grond van de AWBZ. Zo kent ook de AWBZ bijvoorbeeld een recht op ‘verpleging, verzorging en verblijf’. De AWBZ-functies ‘behandeling’ en (delen van) ‘activerende begeleiding’ hebben grote raakvlakken met de aanspraken op de prestaties ‘geneeskundige zorg’ en ‘paramedische zorg’ van de Zvw, aldus het CVZ. Volgens het CVZ ligt het onderscheid vooral in het feit dat de zorg in de AWBZ is gericht op de specifieke AWBZ-problematiek en is gekoppeld aan de AWBZ-grondslagen.

In de AMvB die de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties van de Zvw nader invult, is de leidende gedachte dat de krachtens de Zvw te verzekeren zorg en diensten op *herstel en genezing* zijn gericht. In een aantal gevallen wordt de afbakening gerealiseerd door een ‘tijdsknip’: ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg die langer dan een jaar duurt, wordt gefinancierd uit de AWBZ. Sinds 1 januari 2008 is de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. De kosten van tweedelijns behandelingen¹⁸ worden vanaf 1 januari 2008 vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.¹⁹ Ook de kosten voor opname en behandeling in een ggz-instelling *gedurende het eerste jaar* komen ten laste van de Zvw.²⁰

Aanvullende zorgverzekeringen

Zorgverzekeraars en verzekerden kunnen naast de basisverzekering aanvullende verzekeringen overeenkomen voor zorgkosten die niet onder het wettelijke basispakket vallen, zoals voor (extra) fysiotherapie, tandartszorg of alternatieve zorg. Zorgverzekeraars beslissen zelf welke verstrekkingen in een aanvullende verzekering worden aangeboden en kunnen voor bepaalde aanvullende zorg (bijvoorbeeld tandartszorg) een wachttijd hanteren. De Zvw regelt hierover niets. Er geldt geen acceptatieplicht en de hoogte van de premie mag afhankelijk zijn van de leeftijd en de gezondheid van de verzekerde. In de praktijk worden veelal collectieve aanvullende verzekeringen overeengekomen met werkgevers of groepen van verzekerden. Dat kan de premie verlagen en leiden tot aanvullende pakketten met bij uitstek voor de doelgroep gewenste aanvullende zorg.

Zorgtoeslag

Om de financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering voor iedereen te waarborgen, biedt de door de Belastingdienst uit te keren *zorgtoeslag* een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie²¹.

-
- 18 Een tweedelijns behandeling kan bestaan uit een wekelijks gesprek, dagbehandeling, medicijnen of opname in een ggz-instelling. Het doel van zo'n behandeling is om iemand te genezen of om te voorkomen dat de klachten erger worden.
- 19 Vanaf 1 januari 2008 worden de eerste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vergoed uit het basispakket. Voorheen moesten burgers zich hiervoor aanvullend verzekeren. Voor deze eerstelijns zorg bestaat een eigenbijdrageregeling van € 10,- per zitting.
- 20 Ministerie VWS (2007) Brochure *Deel ggz vanaf 2008 in het basispakket: Behandeling psychische problemen voortaan in het basispakket van uw zorgverzekering*, Den Haag.
- 21 Om verzekerden te stimuleren de verzekeringspolissen wel op prijs te blijven vergelijken, is niet de werkelijk betaalde premie maatgevend voor de zorgtoeslag, maar een gemiddelde van de nominale premies zoals die zich op de markt voordoen.

2.3 Het veld en de spelers

In deze paragraaf worden de uitvoeringsinstanties en hun onderlinge relaties aan de hand van een schema beschreven. Aanbodregulering door de overheid als sturingsmechanisme voor de curatieve zorg is vervangen door gereguleerde marktwerking. Gereguleerde marktwerking, zoals het in de Zvw is geformuleerd, houdt in:

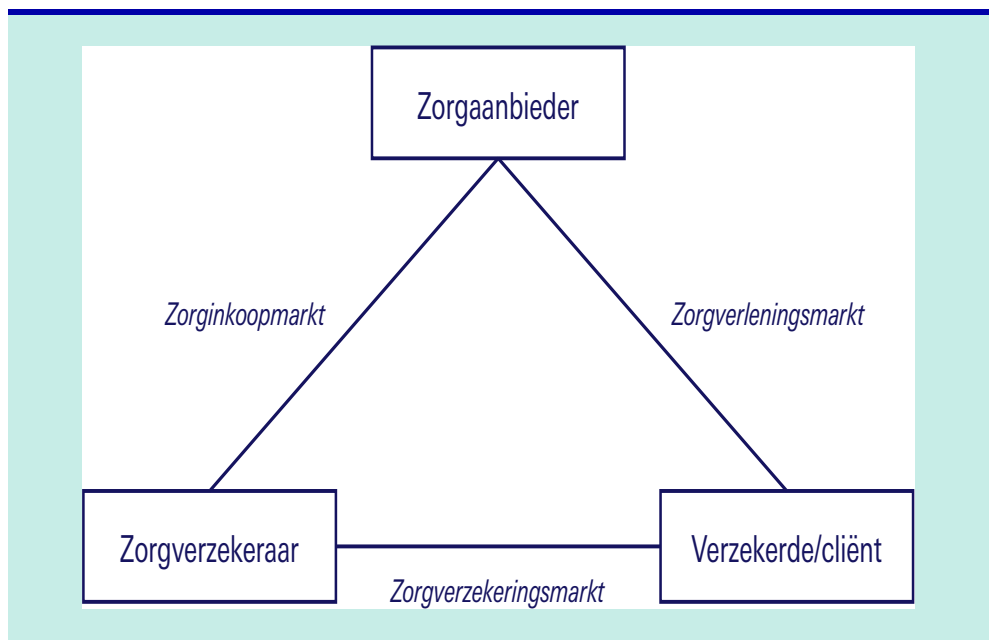
- aan de ene kant: ‘overheidsinterventie om sociale waarborgen te scheppen’;
- en aan de andere kant: ‘ruimte en prikkels voor eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en concurrentie’.

De marktwerking in de curatieve zorg vindt in getrapte vorm plaats:

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

De relaties tussen de onderscheiden actoren en de deelmarkten op het terrein van de Zvw zijn in onderstaand schema in beeld gebracht.

figuur 4 Zvw deelmarkten



Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar (zorgverzekeringsmarkt)

De uitvoering van de Zvw is opgedragen aan zorgverzekeraars, die het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren schriftelijk hebben gemeld aan de NZa²². Zoals hierboven aangegeven, zijn verzekerden vrij in de keuze van verzekeraar en vrij om eenmaal per jaar te wisselen van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars concurreren op:

- de hoogte van de nominale premie;
- het aanbieden van een natura- of restitutiepolis, dan wel 'restitutie met gecontracteerde zorgpolis';
- de invulling van de functionele aanspraken in de polis;
- het al dan niet verstrekken van collectiviteitskortingen tot maximaal 10 procent (aan werknemers, maar bijvoorbeeld ook aan patiëntenverenigingen)²³;
- het al dan niet werken met provinciepolissen.

Ook de kwaliteit van de dienstverlening, de rechtsbescherming en de wijze waarop invloed van verzekerden op het beleid is geregeld, kunnen een rol spelen bij de keuze van een verzekerde voor een zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars mogen landelijk en regionaal werken. Zorgverzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden zijn verplicht minimaal één landelijke polis aan te bieden²⁴.

Voor verzekerden bestaat er een financiële prikkel omdat zij nominale premies betalen, een eigen risico van € 150,- hebben en eventueel een aanvullend eigen risico²⁵ dragen. De verzekerden worden zo gestimuleerd kritisch te zijn ten aanzien van kwaliteit en prijs van de zorg.

Relatie zorgvrager-zorgaanbieder (zorgverleningsmarkt)

Op grond van zijn naturapolis is de verzekerde vrij zich te wenden tot een zorgaanbieder van zijn keuze, mits de zorgverzekeraar daarmee een contract heeft en mits er voldoende zorgaanbieders beschikbaar zijn.

De relatie zorgvrager-zorgaanbieder is op vertrouwen gebaseerd²⁶. De wetgeving illustreert dat, al is het soms impliciet. Grondslag voor de behandeling is de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Zorgvragers moeten toestemming voor een behandeling geven.

Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder (zorginkoopmarkt)

Aan zorgverzekeraars is een centrale rol toebedacht in de relatie met de zorgaanbieders. De regering heeft verzekeraars voor ogen die, in het model van gereguleerde concurrentie, zich opstellen als klantgerichte en doelmatige 'regisseurs' van de zorg. Concurrentie tussen de zorgverzekeraars moet uiteindelijk leiden tot een zo klantgericht en efficiënt mogelijke inrichting van de zorg. Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar contracteert, hoe

22 Artikel 25 Zvw.

23 Artikel 18 Zvw.

24 Artikel 29 Zvw.

25 Artikel 19 Zvw.

26 Zie: Groot, G.R.J. de (2003) *Kiezen voor zorg: De keuzevrijheid van de patiënt in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, Boom Juridische Uitgevers.

lager de premie voor de verzekerden kan zijn. Zorgverzekeraars kunnen dit doen door namens de verzekerden te onderhandelen met zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuizen, over de kwaliteit en prijs van de behandelingen. Er bestaat geen contractteverplichting. Verzekeraars hoeven dus niet alle zorgaanbieders te contracteren en kunnen werken met *preferred providers*²⁷. Achterliggende gedachte is dat de zorgverzekeraar als contractspartij een sterkere *countervailing power* is voor de zorgaanbieder dan een individuele zorgvrager.

In 2005 zijn drie wetten in werking getreden die meer flexibiliteit in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder als doel hadden:

- De Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (WHOZ): beoogt meer flexibiliteit in het sluiten van overeenkomsten met de zorgaanbieders;
- De Wet tarieven gezondheidszorg expres (experimenten en prestaties) (WTG Expres): beoogt meer flexibiliteit in de tarieven;
- De Wet toelating zorginstellingen (WTZ-i): beoogt meer flexibiliteit in de toelating van zorginstellingen.

Toezicht

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), De Nederlandsche Bank (DNB) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) oefenen het toezicht op de verzekeraars uit. Toezicht op de zorgaanbieders vindt plaats door de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ), de NZa, FIOD-ECD en de NMa.

2.4 Bekostiging zorgverzekeraars en risicoverevening

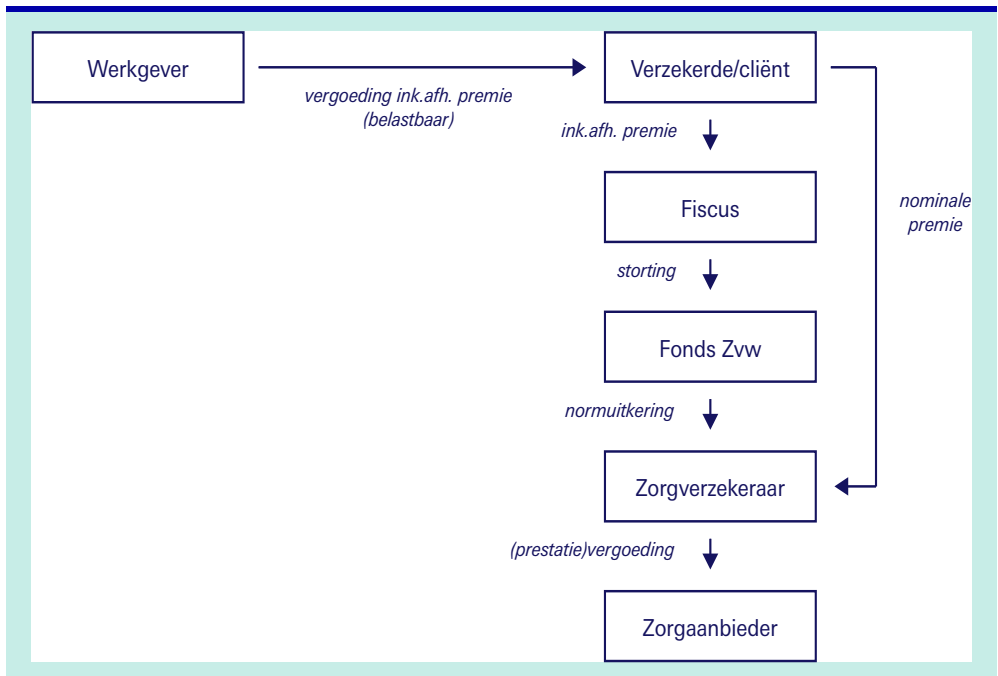
De inkomsten van de zorgverzekeraar bestaan uit de nominale premies die hij ontvangt van zijn verzekerden en uit een bijdrage die hij ontvangt vanuit het Zorgverzekeringsfonds, de zogenaamde vereveningsbijdrage. Een goed werkend systeem van risicoverevening (met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria) is een noodzakelijke pendant van de acceptatieplicht en draagt bij aan een level playing field voor zorgverzekeraars²⁸.

De verschillende actoren die betrokken zijn bij de financiële stromen in het kader van de uitvoering van de Zvw zijn in het onderstaande schema in beeld gebracht.

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

28 Verzekeraars hebben immers zelf niet in de hand wie zich bij hen verzekeren; een verzekeraar met onevenredig veel 'slechte risico's' zou daardoor financieel in de problemen kunnen komen. Met de vereveningsbijdrage wordt dit nadeel gecompenseerd.

figuur 5 Geldstroom Zvw



Risicodragende verzekeraars

Zorgverzekeraars zijn, zoals ook in de vorige paragraaf is beschreven, risicodragend voor de uitvoering van de Zvw. Dit impliceert onder andere dat zij financieel risico lopen, maar leidt er ook toe dat efficiënter werken of een verstandige zorginkoop, voordeel of winst kan opleveren. Als verzekeraars winst maken, is dat interessant voor investeerders. Als private entiteiten kunnen verzekeraars echter ook failliet gaan.

De Zvw beoogt macrokostenbeheersing te stimuleren door gereguleerde marktwerking. Doordat verzekerden elk jaar mogen wisselen van verzekeraar worden verzekeraars geprikkeld te concurreren om de gunsten van verzekerden. Dit moet de verzekeraars ertoe aanzetten klantgericht en doelmatig zorg in te kopen en de uitvoering van de verzekering zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Het streven is marktwerking in de zorgverzekeringsmarkt te creëren waarbij het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille er in feite niet toe doet.

Als gevolg van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie²⁹ hebben verzekeraars in principe geen invloed op het risicoprofiel van hun portefeuille. Om eerlijke concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars te bewerkstelligen, is het dan van belang dat de verschillen in risicoprofielen worden gecompenseerd. Risicoverevening is hierbij

²⁹ De systematiek van de vereveningsbijdrage vindt zijn wettelijke basis in de artikelen 32 tot en met 36 van de Zvw en is nader uitgewerkt in een AMvB.

een essentiële voorwaarde: een verzekeraar wordt financieel gecompenseerd voor het feit dat het risicoprofiel van zijn verzekerdenportefeuille niet hetzelfde is als van zijn concurrenten. Vooraf (ex ante) wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met het risicoprofiel van het verzekerdenbestand en achteraf (ex post) vinden compensatie en herverdeling plaats vanwege verzekerdenmutaties en niet te beïnvloeden kosten.

Ex-ante-verevening

Aan verzekeraars wordt ‘vooraf’ (ex ante) een budget (de vereveningsbijdrage³⁰) toegekend als bijdrage in de te verwachten zorgkosten. Het instrument dat gebruikt wordt om het op macroniveau beschikbare budget voor zorguitgaven over de afzonderlijke verzekeraars te verdelen, wordt ook wel verdeelmodel genoemd. Dit econometrische model houdt rekening met de verwachte kosten van verzekerden, afhankelijk van hun risicoprofiel. Op basis van dit model kent het CVZ³¹ aan een zorgverzekeraar ‘vooraf’ (ex ante) een bijdrage toe die gebaseerd is op de verzekerden-kenmerken van zijn portefeuille³². Verzekerden-kenmerken zijn in dit verband:

- leeftijd/geslacht;
- inkomen (naar leeftijd en aard³³);
- regiofactor (op basis van postcode);
- Farmacie Kosten Groepen (gezondheidsvariabele gebaseerd op medicijngebruik van verzekerde in het verleden);
- Diagnose Kosten Groepen (gebaseerd op ziekenhuisopnamen van verzekerde in het verleden).

Voor al deze parameters worden gewichten berekend op basis van schade- en verzekerdengegevens die verzekeraars aanleveren.

De budgetten worden per verzekeraar gesplitst in drie deelbudgetten:

- a vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omvang circa 20 procent van de totale zorguitgaven);
- b variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (omvang circa 40 procent van de totale zorguitgaven);
- c kosten van ‘overige prestaties’ (onder andere huisartsenhulp, farmacie en hulpmiddelen) (omvang circa 40 procent van de totale zorguitgaven).

Verzekeraars lopen risico over het tweede en derde deelbudget.

30 De vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars komen ten laste van het Fonds Zorgverzekeringswet.

31 Artikel 32 Zvw, lid 1.

32 Artikel 32, lid 2 Zvw regelt dat bij algemene maatregel van bestuur regels omtrent de berekening van die bijdragen worden gesteld.

33 Er zijn zes inkomenscategorieën (personen jonger dan 15 jaar en ouder dan 64 jaar; ontvangers van een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid; bijstandsgerechtigden; WW-, ANW- en overige uitkeringsgerechtigden; zelfstandigen; referentiegroep) en deze zijn weer verdeeld naar zes leeftijdscohorten.

Ex-post-verrekening

Het verdeelmodel is voortdurend in ontwikkeling en in principe nooit af omdat niet alle schade vooraf goed geschat kan worden. Daarom zijn correcties achteraf (ex-post-correcties) nodig. Zo wordt de vooraf toegekende bijdrage ex post afgezet tegen de gerealiseerde schadelast en worden de verschillen deels gecompenseerd. Op deze wijze vindt achteraf ook een verrekening plaats op grond van de werkelijke verzekerdenaantallen ten opzichte van de geschatte verzekerdenaantallen. Daarnaast zijn er nog vier correctiemechanismen (zie kadertekst).

Vier stappen ex-post-verrekening

Stap 1: Hoge Kosten Compensatie (HKC)

Dit is een onderlinge verevening tussen verzekeraars van hoge schadegevallen. Verzekeraars brengen verzekerden die *minimaal* 12.500 euro aan kosten hebben in een pool. Van de schade die boven de 12.500 euro uitkomt, wordt 90 procent herverdeeld over de verzekeraars. Verzekeraars met relatief veel HKC-verzekerden worden financieel gecompenseerd en verzekeraars met relatief weinig HKC-verzekerden moeten bijdragen.

Stap 2: Algemene verevening 30 procent

Naast de HKC vindt er ook een onderlinge verevening tussen verzekeraars plaats van het resultaat van ziekenhuiskosten. Dit resultaat wordt vergeleken met het landelijk gemiddelde resultaat per verzekerde. Het verschil tussen beiden wordt voor 30 procent verevend. Met andere woorden: is het resultaat van een verzekeraar slechter dan landelijk, dan levert de verevening voor die verzekeraar geld op.

Stap 3: Nacalculatie 35 procent

Het resultaat dat overblijft na stap 2 wordt voor 35 procent nagecalculeerd met het Zorgverzekeringsfonds. Bij een positief resultaat moet geld worden afgestaan worden aan het fonds. Bij een negatief resultaat ontvangt een verzekeraar geld uit dit fonds.

Stap 4: Bandbreedteregeling

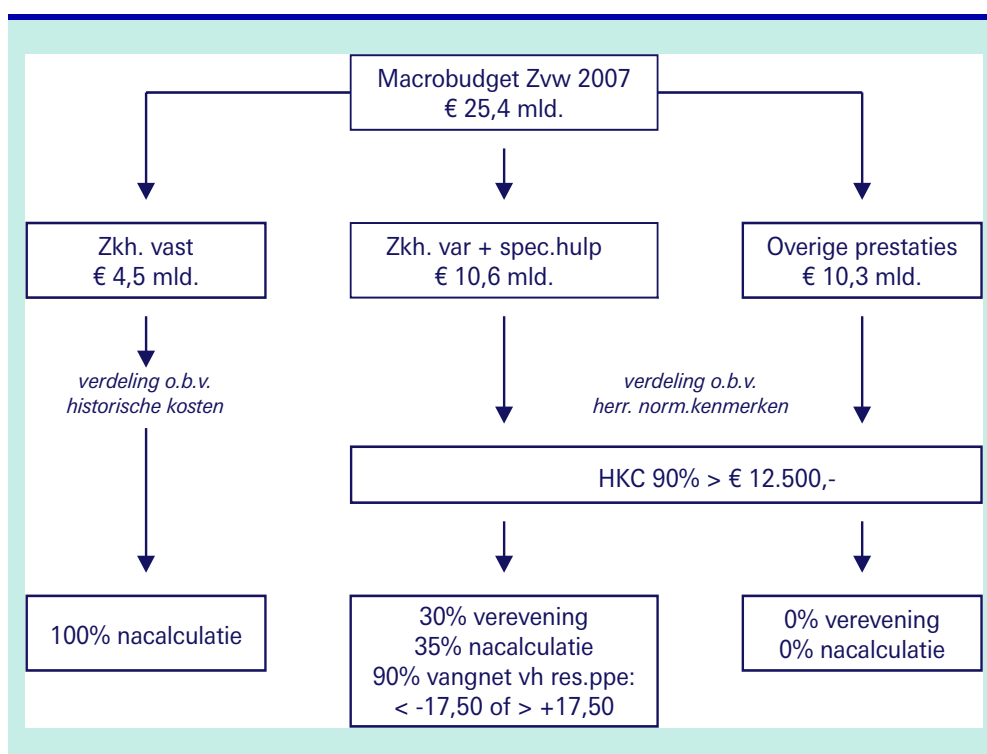
De regeling houdt in dat het uiteindelijke positieve of negatieve resultaat per verzekeraar (uitgedrukt in een bedrag per premiebetalende verzekerde) *op ziekenhuiskosten variabel* buiten een bandbreedte van - 17,50 en + 17,50 euro voor 90 procent wordt nagecalculeerd.

Het verdeelmodel dat in 2006 werd gehanteerd, was een grove kopie van het verdeelmodel dat in 2005 in de Ziekenfondswet werd gehanteerd. Bij het in werking treden van de Zvw in 2006 bestond aanzienlijke onzekerheid over de schadelast. Vooral het 'inschuiven' van de voormalige particuliere verzekerden en de deelnemers aan een publiekrechtelijke

regeling in de basisverzekering en daarnaast de DBC-invoering in 2005 veroorzaakten deze onzekerheid. Om daarbij niet al te grote resultaatverschuivingen tussen verzekeraars te creëren, is de bandbreedteregeling geïntroduceerd (stap 4) naast de al bestaande overige ex-post-correctiemechanismen (stap 1 tot en met 3). Deze bandbreedteregeling (stap 4) bestaat in feite uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel zorgt ervoor dat het ex ante toegekende macrobudget voor variabele ziekenhuiskosten achteraf wordt aangepast aan de macro gerealiseerde schadelast voor variabele ziektekosten. Het tweede onderdeel kijkt naar het resultaat dat een zorgverzekeraar op de variabele ziekenhuiskosten heeft behaald (uitgedrukt in een bedrag per betalende verzekerde).

In de figuur³⁴ is het voorgaande nog eens schematisch weergegeven:

figuur 6 Ex-post-verrekening Zvw



De ex-post-correcties staan onder druk. Sommige verzekeraars zien dat deel van hun financiële resultaten die ze bijvoorbeeld halen met doelmatige zorginkoop, wordt afgeroomd door hun bijdrage aan andere verzekeraars die zich minder of niet inspannen om doelmatig in te kopen. Dit kan worden gezien als een perverse prikkel van de vereveningsbijdrage. De minister van VWS heeft aangekondigd de risicodragendheid van verzekeraars voor de uitgaven aan ziekenhuiscost te zullen vergroten³⁵. De ex-post-compensatie

34 Ontleend aan ZN-circulaires. De figuur geeft de situatie in 2007 weer.

35 Brief van de minister van VWS, *Waardering voor betere zorg*, Tweede Kamer, 2006-2007, 29248, nr. 37.

zal hierop worden aangepast. Afbouw van ex-post-correcties is mogelijk als de normering van de kosten is verbeterd, met andere woorden als de aansluiting tussen de vereveningsbijdrage en de werkelijke kosten is verbeterd en de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de kosten is verbeterd.

Modelaanpassingen 2008

In 2008 is alleen de zogenaamde Sociaal-Economische Status (SES-factor) toegevoegd aan de verdeelcriteria in het model. Deze factor is geoperationaliseerd als het gemiddelde verzamelinkomen per adres. Door de introductie van deze factor is de zogenaamde regiofactor, die voor 2006 en 2007 als tijdelijke factor in het model was opgenomen, vervallen. Ten aanzien van de ggz-kosten is VWS inmiddels van oordeel dat verzekeraars voor 2008 hierover geen financieel risico mogen lopen. De verdeelmethodiek van dit deelbudget over de verzekeraars heeft hierdoor voor 2008 het karakter van een voorschotregeling gekregen.

2.5 *Functioneren Zvw*

*Tussenstand functioneren Zvw*³⁶

Voor een integrale beoordeling van de vraag of de doelstellingen van de Zvw – volgens de memorie van toelichting: meer doelmatigheid, minder centrale sturing en een goede toegankelijkheid – ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd en of de sturingsfilosofie ook werkt in de praktijk, is het nu nog te vroeg³⁷. Wel kunnen enkele ontwikkelingen worden geschetst.

Naleving verzekeringsplicht (onverzekerdenproblematiek)

Een belangrijk aspect betreft de vraag of alle ingezetenen ook daadwerkelijk verzekerd zijn. De verzekering komt immers pas tot stand wanneer een burger een verzekeringsovereenkomst met een verzekeraar heeft gesloten – en niet alle ingezetenen hebben een dergelijke overeenkomst gesloten.

Het aantal *onverzekerden* wordt geschat op 240.000³⁸. Daarnaast zijn er 190.000 *wanbetalers* (1,5 procent van de volwassen bevolking) die wel een zorgverzekering hebben afgesloten maar hun premies niet of niet op tijd betalen. Dit aantal blijkt overigens lager te liggen dan in eerdere rapportages is geraamd³⁹.

De minister van VWS heeft eerder dit jaar besloten mensen zonder zorgverzekering actief

36 Er zijn nog geen integrale evaluaties van het functioneren van de Zvw beschikbaar. Wel zijn er diverse voortgangsrapportages van het ministerie van VWS verschenen (zie: Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, Ontwikkelingen voortgang Zorgverzekeringswet, achtste voortgangsrapportage. 18 september 2006). Daarnaast brengt de NZa jaarlijks een Monitor Zorgverzekeringswet uit.

37 Dat stelt in zekere zin ook het CPB in *Handle with care* (2006).

38 Zie: brief van het ministerie van VWS van 4 juni 2007.

39 Het gaat om mensen die hun premie zes maanden of langer niet hadden betaald. Een eerdere schatting van de zorgverzekeraars kwam nog uit op 240.000. Het lagere aantal van het CBS is toe te schrijven aan verschillende factoren. Zo beschikt het CBS over recentere cijfers van de zorgverzekeraars, en heeft het CBS alleen gekeken naar inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder.

te gaan opsporen. Verzekeraars mogen wanbetalers nog niet royeren⁴⁰. Overigens noemt de minister van VWS het aantal mensen dat langer dan een halfjaar de zorgpremie niet betaalt “niet onbevredigend”, omdat het aantal wanbetalers voor de invoering van het zorgstelsel ook op 2 à 3 procent lag⁴¹.

Werking zorgverzekeringsmarkt

Eén van de doelen van de Zvw is meer doelmatigheid door middel van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt (op prijs én kwaliteit). Belangrijke voorwaarden voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt zijn: een voldoende en gedifferentieerd aanbod van zorgverzekeringen (inclusief selectief gecontracteerde zorg) en kritische consumenten en verzekerden die ook feitelijk kiezen en eventueel overstappen (‘stemmen met de voeten’).

‘Stemmen met de voeten’ is alleen mogelijk als er ook feitelijk iets te kiezen valt. Op dit moment is circa 90 procent van de verzekerden verzekerd bij een van de vier grote zorgverzekeraars: Achmea, CZ-OZ (en de zorgbedrijven van Delta Lloyd), VGZ-IZA-Trias-Univé en Menzis. De NZa verwacht geen nadelige gevolgen van het groeiend aantal fusies tussen verzekeraars voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg⁴². De markt-aandelen hebben volgens de NMa geen nadelige gevolgen voor de concurrentie⁴³. Er is volgens de NZa een ruim *aanbod* van basis- en aanvullende verzekeringen tot stand gekomen, zowel individueel als collectief. Wel is er nog weinig *differentiatie*: de basisverzekeringen verschillen weinig van elkaar, onder andere voor wat betreft de zorgcontractering. Dit terwijl verzekeringen met (beperkt) gecontracteerde zorg volgens de NZa wel een gewilde optie zijn en verzekeraars hun verzekerden dan bovendien kunnen stimuleren om voor de gecontracteerde zorgaanbieder met een goede prijs-kwaliteit-verhouding te kiezen (als één van de voorwaarden voor het succesvol functioneren van het stelsel)⁴⁴.

Het *switchen van zorgverzekeraar* lijkt gestabiliseerd. Volgens het NIVEL stapten verzekerden eind 2005/ begin 2006 nog massaal over (één op de vijf oftewel twintig procent). Eind 2006/ begin 2007 is dit nog maar 6 procent. In de tijd van de ZFW was dit jaarlijks 3 procent van de ziekenfondsverzekerden en 8 procent van de particulier verzekerden. Er zijn wel verschuivingen: zo is het percentage ouderen dat overstapt hoger en zijn de verschillen

40 De zorgverzekeraar krijgt daarvoor compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. Verder wil de minister overheidsorganen in staat stellen om de premie rechtstreeks in te houden op het inkomen van de wanbetaler of op de zorgtoeslag. De minister is overigens tegen een waarborgfonds waaruit zorgverzekeraars geld krijgen voor zorg verleend aan onverzekerden. Wel komt er een fonds voor onverzekerde illegalen.

41 *Het Financieele Dagblad*, 11 april 2007.

42 Over de kwaliteit waren onvoldoende gegevens beschikbaar.

43 De NMa kijkt in dit verband niet alleen naar marktaandeel, maar ook of er voldoende druk is op de prijzen. Zorgverzekeraars die in een provincie een laag marktaandeel hebben, kunnen onderhandelen met zorgaanbieders en zodoende tegenwicht bieden aan verzekeraars met een groot marktaandeel. Daarnaast spelen collectieven een belangrijke rol, aldus de NMa. *Het Financieele Dagblad*, *NMa positief over fusies verzekeraars*, 11 oktober 2006.

44 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit. Zie ook: NZa (2007) *Richting geven aan keuzes*.

in 'overstapgedrag' tussen lager en hoger opgeleiden kleiner. De belangrijkste reden om over te stappen is de mogelijkheid van een collectieve verzekering⁴⁵. Niet overstappen komt in 2007 vooral door tevredenheid over de verzekeraar⁴⁶.

Overigens stapten verzekerden die hun gezondheid als slecht of matig ervaren, minder vaak over dan verzekerden die deze als goed of uitstekend ervaren. Mogelijk verwachten deze verzekerden administratieve rompslomp bij het overstappen. In de praktijk blijkt echter dat chronisch zieken weinig hinder ondervinden bij het overstappen van zorgverzekeraar⁴⁷.

De *aanvullende verzekeringen* blijven volgens de NZa een aandachtspunt⁴⁸.

Al met al oordeelt de NZa over het algemeen positief over de toegankelijkheid van de basisverzekering. Ook constateert de NZa dat verzekerden de kwaliteit van de dienstverlening als voldoende ervaren. Wel is een belangrijk knelpunt dat bij de keuze voor een zorgverzekeraar de kwaliteit van de gecontracteerde zorg geen rol speelt; zorgverzekeraars onderscheiden zich daarop nog onvoldoende. In verband met de betaalbaarheid stelt de NZa vast dat de werkelijk betaalde premie lager ligt dan de door de overheid geraamde gemiddelde premie (als gevolg van prijsconcurrentie en collectiviteitskortingen). Daarnaast is de spreiding van de premiehoogte verkleind. Wel was in 2007 sprake van een premiestijging van 7 procent ten opzichte van 2006⁴⁹.

Andere aspecten in verband met het functioneren van de Zvw, zoals bijvoorbeeld het functioneren van de zorginkoopmarkt, zijn op dit moment nog niet geëvalueerd.

3 Wmo

De Wmo is op 1 januari 2007 in werking getreden. Anders dan de AWBZ en de Zvw heeft de Wmo niet het karakter van een verzekering. De Wmo bevat een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen gericht op maatschappelijke ondersteuning. Daarbij is er sprake van een compensatiebeginsel en een compensatieplicht, die een burger de mogelijkheid biedt om de gemeente aan te spreken op haar opdracht krachtens de Wmo.

Mensen met een zorgbehoefte (chronisch zieken, gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) maken – in meer of mindere mate – behalve van zorgvoorzieningen

45 Momenteel is 63 procent van de mensen collectief verzekerd, het merendeel (72 procent) via de werkgever. Als belangrijkste reden om bij de 'oude' verzekeraar te blijven, noemen verzekerden tevredenheid met de dekking. Jong, J. de en P. Groenewegen (2007) *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug: Collectivisering zet door*, Factsheet NIVEL, Utrecht, NIVEL. Overigens noemt de NZa andere, iets lagere percentages.

46 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, op.cit.

47 NZa (2007) *Overstapgedrag van chronisch zieken*, Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit.

48 De aandacht van de NZa gaat uit naar het vóórkomen van risicoselectie, van tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden en van 'koppeling' van aanvullende verzekeringen aan een bij die verzekeraar af te sluiten basisverzekering (de zogeheten artikel 120-overtreding).

49 NZa (2007) *Monitor zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007*, op.cit.

tevens gebruik van dergelijke voorzieningen. Dit zijn bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging, voorzieningen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, lokale vervoersvoorzieningen, mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen, waarvoor gemeenten in het kader van de Wmo verantwoordelijk zijn. Ook organiseert of regisseert de gemeente activiteiten in buurten en wijken, gericht op onder andere verbeteren van de leefbaarheid en vergroten van de sociale en maatschappelijke participatie, die worden uitgevoerd in het kader van het buurt- en welzijnswerk. Ook vallen activiteiten gericht op het stimuleren en inschakelen van vrijwilligers en mantelzorgers, onder de Wmo.

3.1 Doelstelling

Volgens de memorie van toelichting (mvt) van de Wmo is “meedoen” van alle burgers het maatschappelijke doel van de Wmo. Als dit de burgers niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving, dan heeft de gemeente een verantwoordelijkheid om hen te ondersteunen. Het gaat erom mensen indien nodig te ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving, het herstellen van hun zelfredzaamheid, mensen toe te rusten om maatschappelijk te participeren.

De Wmo is in bestuurlijke zin gericht op het verbeteren van de samenhang in de voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Daartoe bundelt deze wet de voormalige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de Welzijnswet (beide voorheen ook uitgevoerd door gemeenten), de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ⁵⁰, een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (de ondersteuning van vrijwillige thuiszorg en mantelzorgers, diensten bij wonen met zorg, zorgvernieuwingsprojecten ggz), vorming, training en advies en de collectieve ggz-preventie. De bundeling van deze regelingen binnen één kaderwet geeft gemeenten meer mogelijkheden om regie te voeren over de activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening en om zo een sluitende keten van zorg en ondersteuning en meer maatwerk tot stand te brengen, aldus de mvt. In 2004 ging het kabinet ervan uit dat op een later moment ook andere activiteiten onder de reikwijdte van de Wmo zouden worden gebracht. Het noemde in dat verband expliciet de aanspraken op ondersteunende en activerende begeleiding in de AWBZ en de subsidie-regeling cliëntondersteuning vanuit MEE-organisaties in de AWBZ. Het eindperspectief is een integraal en samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn en aanpalende beleidsterreinen.

De keuze voor de Wmo kan niet los worden gezien van de discussie over de toekomstbestendigheid van de AWBZ. Zo wil het kabinet met de integratie van onderdelen van de AWBZ in de Wmo ook bereiken dat de AWBZ geleidelijk wordt teruggebracht tot waarvoor hij oorspronkelijk was bedoeld.

50 In geval van intramurale zorg (indicatie verblijf) valt de huishoudelijke hulp nog onder de AWBZ.

Volgens de (huidige) staatssecretaris van VWS is de Wmo een participatiewet, die moet bijdragen tot de participatie en emancipatie van álle burgers in de samenleving. Zij benadrukt dat de Wmo mensen in staat moet stellen om verbindingen aan te gaan met elkaar⁵¹. Voor haar “ligt de opdracht van de Wmo in ‘verbinden’. De Wmo maakt het mogelijk en stimuleert de lokale overheid om burgers met elkaar te verbinden. Voor de gemeenten ligt er de uitdaging om de verschillende prestatievelden met elkaar te verbinden. Dat is de kracht van de wet. Juist op het gemeentelijk niveau liggen kansen voor een integraal beleid. De rijksoverheid stimuleert dat integrale beleid door op landelijk niveau, en dan met name tussen de ministeries, de verbindingen te verbreden en te verdiepen.”⁵².

3.2 Wmo anno 2008: algemeen

Prestaties

De Wmo kent negen zogenoemde prestatievelden⁵³. Gemeenten hebben een grote vrijheid om het beleid ten aanzien van deze prestatievelden te bepalen; de rol van de rijksoverheid is beperkt tot het stellen van een algemeen kader, randvoorwaarden en procedure-eisen. Gemeenten zijn verplicht om een vierjaarlijks plan op te stellen waarin zij aangeven welke beleidskeuzes zij ten aanzien van deze prestatievelden hebben gemaakt.

Negen Wmo-prestatievelden

De negen prestatievelden zijn:

- 1 het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
- 2 op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden;
- 3 het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- 4 het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- 5 het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- 6 het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;

51 In de voortgangsrapportage Wmo noemt de staatssecretaris voorbeelden van initiatieven en beleidsrichtingen die volgens haar belangrijk zijn. Daarbij past de kanttekening dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de beleidsmatige invulling van de Wmo-prestatievelden. Haar voorbeelden kunnen dan ook niet meer dan een inspiratiebron voor gemeenten vormen.

52 Ministerie VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*, Tweede Kamer, 29 538, nr. 58.

53 Artikel 1, lid 1g Wmo.

- 7 het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van huiselijk geweld;
- 8 het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
- 9 het bevorderen van verslavingsbeleid.

De Wmo bepaalt dat de gemeente bij verordening regels vaststelt over de te verlenen *individuele* voorzieningen⁵⁴. De wet geeft geen definitie van het begrip *individuele* voorziening. Het begrip *collectieve* voorziening kent de wet evenmin. Bij *individuele* voorzieningen gaat het om voorzieningen die aan de behoefte van het individu zijn aangepast. Dat *individuele* gebruikskarakter van de voorziening betekent echter niet dat de gemeenten het verlenen van die voorziening niet op *collectieve* wijze kan vormgeven. Te denken valt aan het vervoer van gehandicapten door middel van taxibusjes waarop men een *individueel* beroep kan doen. Tot welke voorziening men toegang heeft, hangt af van de *individuele* kenmerken van de persoon met een beperking.

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

Indien de gemeente een *individuele* voorziening verstrekt, moet de cliënt de keuze worden geboden tussen het ontvangen van die voorziening *in natura* of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar pgb, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan⁵⁵.

Compensatiebeginsel

Er is in de Wmo geen sprake van een (permanente) zorgplicht (zoals voorheen in de WVG) of een verzekerd recht (zoals in de AWBZ). Wel geldt (na amendering door de Tweede Kamer) een zogenoemd *compensatiebeginsel*⁵⁶. Dit verplicht de gemeenten tot het wegnemen van de beperkingen in verband met de zelfredzaamheid op het gebied van:

⁵⁴ Artikel 5, lid 1 Wmo.

⁵⁵ Daarbij gaat het om in de persoon of diens situatie gelegen bezwaren (bijvoorbeeld aantoonbaar misbruik in het verleden of doordat vast is komen te staan dat hij niet in staat is om een persoonsgebonden budget te beheren en er ook geen anderen (bij voorkeur wettelijke vertegenwoordigers) in zijn omgeving deze taak kunnen overnemen. Ook overwegingen van efficiency kunnen tot de overwegende bezwaren gerekend worden.

⁵⁶ Artikel 4 lid 1 Wmo.

- het voeren van een huishouden;
- het zich in en om de woning verplaatsen;
- het zich lokaal per vervoermiddel verplaatsen;
- het ontmoeten van medemensen en op basis daarvan, het aangaan van sociale verbanden.

Het compensatiebeginsel geldt voor de prestatievelden 4, 5 en 6⁵⁷, te weten:

- het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem, ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Onder zelfredzaamheid wordt in dit verband verstaan: het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken.

Beleidsvrijheid gemeenten

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. Hierbij kunnen zij bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen en collectieve voorzieningen, of tussen diensten en materiële voorzieningen.

Beleidsvrijheid geldt ook voor het al dan niet toepassen van een eigen-bijdrageregeling en de invulling daarvan binnen de landelijke vormgeving en maximering⁵⁸. Gemeenten zijn ook vrij bij het bepalen van de wijze waarop en door wie de indicatiestelling zal plaatsvinden. De betreffende beperkingen kunnen immers op uiteenlopende wijze worden 'gecompenseerd'. Ook kunnen gemeenten zelf criteria opstellen in verband met de toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld inkomenscriteria). Bij een eventueel geschil bepaalt uiteindelijk de Centrale Raad van Beroep in hoeverre in de desbetreffende individuele situatie, de compensatieplicht in voldoende mate door de gemeente is ingevuld⁵⁹.

Daarnaast hebben gemeenten ten aanzien van enkele op het individu gerichte, noodzakelijk te achten voorzieningen een tijdelijke zorgplicht (als overgangsregeling).

De voorzieningen waarvoor deze zorgplicht vooralsnog geldt, zijn vastgelegd bij AMvB.

57 Artikel 1 lid 1g Wmo.

58 Artikel 15 Wmo.

59 Sijtema, T.B. (2006) *Wet maatschappelijke ondersteuning*, PS Special nr. 4, Deventer, Kluwer, p. 20.

Formele afbakening met AWBZ

De Wmo geldt niet indien aan andere wetten rechten kunnen worden ontleend (waaronder de AWBZ en de Zvw)⁶⁰. Verder is van belang dat de Wmo van gemeenten vraagt om samenhang na te streven met andere regelingen⁶¹.

Doelgroep

De Wmo kent een bredere *doelgroep* dan de zorgverzekeringen, namelijk alle burgers en daarbinnen vooral kwetsbare groepen. Kwetsbaarheid volgens de Wmo is niet altijd het gevolg van een fysieke, mentale of verstandelijke beperking of aandoening. Ook mantelzorgers, kinderen of hele gezinnen kunnen kwetsbaar zijn⁶². Wel maken mensen met beperkingen conform de ABWZ-grondslagen, onderdeel uit van de brede Wmo-doelgroep 'kwetsbare mensen'.

3.3 Het veld en de spelers

Met de invoering van de Wmo is de sturingsfilosofie gewijzigd. Gemeenten mogen in hoge mate zelf invulling geven aan hun verantwoordelijkheden tot het bieden van maatschappelijke ondersteuning. De Wmo stelt geen inhoudelijke eisen aan het te voeren beleid; gemeenten beslissen welke voorzieningen er lokaal worden aangeboden (en overigens ook in hoeverre sprake is van keuzevrijheid en eigen bijdragen⁶³). Wel stelt de Wmo procedure-eisen aan de voorbereiding van lokaal beleid en aan de verantwoording daarvan. Zo zijn gemeenten onder meer verplicht tot het vinden van draagvlak door ingezetenen en belanghebbenden bij de planvorming te betrekken, en tot het jaarlijks publiceren van gegevens over de tevredenheid van vragers over de uitvoering van de wet en prestatiegegevens⁶⁴; die gegevens worden ook in een landelijke rapportage gepubliceerd om de prestaties van gemeenten met elkaar te kunnen vergelijken.

Gemeenten zijn bij de collectieve inkoop van diensten gehouden aan (Europese) aanbestedingsprocedures.

60 Zie artikel 2 Wmo

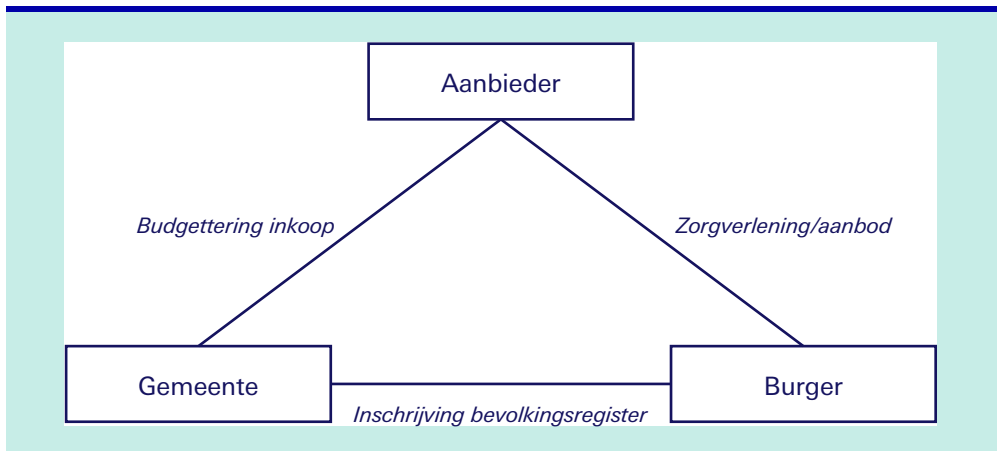
61 Volgens de mvt zijn er diverse momenten waarop gemeenten kunnen sturen op het realiseren van samenhang:
 - bij het opstellen van het Wmo-beleidsplan;
 - bij de financiering van het zorgaanbod, waarbij de gemeente eisen kan stellen aan zorgaanbieders met betrekking tot de samenwerking met derden;
 - bij de toegang tot de verschillende stelsels, door het creëren van één loket en door te bevorderen dat ook andere 'stelsels' daarbinnen participeren.

62 Memorie van Toelichting; zie ook: Sijtema, T.B. (2006) *Wet maatschappelijke ondersteuning*, PS Special nr. 4, op.cit.

63 Een verplichting om een pgb aan te bieden, is volgens de mvt niet in lijn met het sturingsmodel (beleidsvrijheid voor gemeenten). Wel stimuleert het kabinet gemeenten actief om een pgb aan te bieden.

64 Artikel 9 Wmo.

figuur 7 Relatieschema Wmo



Toezicht

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

3.4 Bekostiging gemeenten en verdeelmodel gemeentefonds

Bronnen van inkomsten gemeenten

In 2007 bedroeg de totale uitkering (inclusief Wmo-gelden) uit het gemeentefonds⁶⁵ 14.983 miljoen euro. Daarvan was in 2007 1390 miljoen euro bestemd voor de nieuwe onderdelen van de Wmo⁶⁶.

65 Fonds van de rijksoverheid waaruit gemeenten via een bepaalde verdeelsleutel uitkeringen ontvangen. Het fonds wordt gevoed met opbrengsten van de rijksbelastingen.

66 Het gaat hier om de volgende subsidieregelingen:

- diensten bij wonen met zorg (29,6 miljoen euro in 2007, maar 22,9 miljoen euro in 2008. Het bedrag 2008 is lager vanwege incidentele herstel van fouten);
- zorgvernieuwingsprojecten ggz (7,7 miljoen in 2007, maar 6,7 miljoen euro in 2008);
- coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg (32,5 miljoen in 2007, maar 32,0 miljoen euro in 2008);
- aanpassing bestaande ADL-clusters (0,0 miljoen euro);
- vorming, training en advies (2,5 miljoen);
- collectieve ggz-preventie (9,5 miljoen);
- Besluit Bijdrage AWBZ Gemeenten (BBAG) 22,7 miljoen in 2007 (in 2008: 23 miljoen);
- Uitvoeringskosten 67 miljoen).

Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, Amsterdam, Centrum Beleidsadviseurend Onderzoek, p. 7.

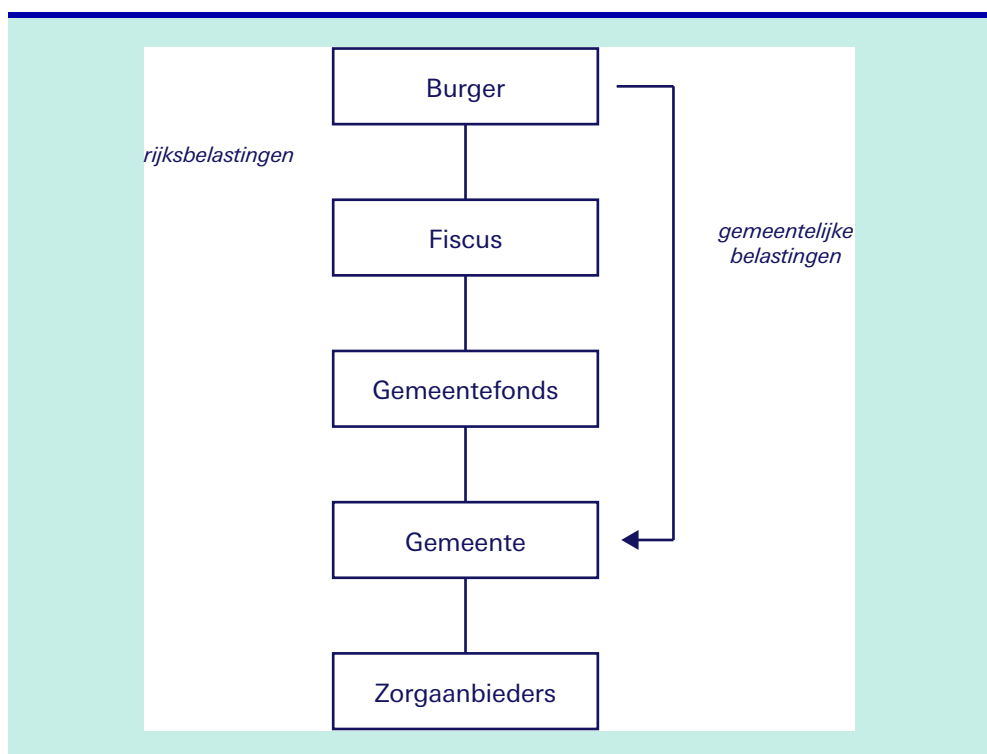
Cebeon (2007) *Actualisering verdeelsleutel Wmo 2005: Verwerken aanvullende budgetten ten opzichte van 2004*, Cebeon conceptrapportage, 30 maart 2007, Amsterdam, Centrum Beleidsadviseurend Onderzoek.

Zie: Ministerie Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, circulaire gemeentefonds, 18 september 2007.

Omdat het gemeentefonds is ontschot, is het niet exact bekend welke middelen reeds in het gemeentefonds zaten ten behoeve van Welzijn (schattingen lopen uiteen van 1 tot 2,5 miljard euro) en de voormalige Wet Voorzieningen Gehandicapten (geschat wordt 1 miljard euro). Het is op dit moment nog onbekend hoeveel geld gemeenten in 2007 hebben uitgegeven aan de Wmo.

Naast een uitkering uit het gemeentefonds hebben gemeenten inkomsten uit specifieke uitkeringen, eigen belastingen en overige eigen inkomsten (zoals bijvoorbeeld grondexploitatie). Alle gemeenten samen ontvingen in 2007 in totaal ongeveer 47 miljard aan inkomsten⁶⁷ (dit is inclusief de 14.983 miljoen euro uitkering uit het gemeentefonds).

figuur 8 Geldstroom Wmo



Beschikbare middelen Wmo

Het Wmo-budget (bestaande en nieuwe middelen) is hierboven uiteengezet. Dat budget is voor de Wmo in het gemeentefonds beschikbaar. Echter gemeenten kunnen uit hun middelen van het gemeentefonds en eigen gemeentelijke inkomsten geld bestemmen voor Wmo-activiteiten, dus ze kunnen meer of minder uitgeven dan het budget dat hierboven is weergegeven. Daar zijn gemeenten vrij in.

67 CBS Statline op basis van gemeentebegrotingen 2007.

Verdeelmodel gemeentefonds

Het verdeelmodel van het gemeentefonds is gebaseerd op twee uitgangspunten:

- het model moet rekening houden met onderlinge verschillen in kosten van gemeenten gelet op de taken die gemeenten moeten uitvoeren;
- het model moet rekening houden met de draagkracht van gemeenten.

Het gemeentefonds wordt verdeeld op basis van zo'n vijftig verdeelmaatstaven. Door de beheerders van het gemeentefonds wordt per afzonderlijke mutatie bekeken welke verdeelsleutel het best aansluit bij de gemeentelijke kosten. Bij een toevoeging voor bijvoorbeeld onderwijs wordt gebruik gemaakt van de criteria aantal jongeren en aantal leerlingen. Een ander voorbeeld is wanneer een gemeente bijvoorbeeld de plicht krijgt opgelegd een verordening en elke vier jaar een beleidsplan op te stellen. Dan wordt het beschikbare bedrag verdeeld via de maatstaf 'vast bedrag', zodat iedere gemeente een bepaald minimumbedrag krijgt om deze taken uit te voeren. Wanneer er geen specifieke kosten in het geding zijn, wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde uitkeringsfactor.

Specifieke verdeelsystematiek Wmo op basis van gegevens over het jaar 2004

Voor de toevoeging van de nieuwe middelen van de Wmo moest een verdeelmodel worden uitgewerkt. In de zomer van 2005 is een verdeelsleutel ontwikkeld ten behoeve van de decentralisatie van de eerste tranche middelen Wmo. Voor het ontwikkelen van deze verdeelsleutel is gebruik gemaakt van gegevens over het basisjaar 2004 en de daarbij behorende afbakening van de relevante taken en over te dragen budgetten aan gemeenten.

Voor de verdeling van de middelen ten behoeve van de uitvoering door gemeenten van de Wmo geldt een specifieke verdeelsystematiek uitvoeringskosten.

Verdeelsleutel huishoudelijke verzorging

Bedoeling van de verdeelsleutel 'huishoudelijke verzorging' is om alle individuele gemeenten een vergelijkbare (structurele) bestedingspotentie (gecorrigeerd voor externe omstandigheden) te geven voor de betreffende regeling. De verdeelsleutel 'huishoudelijke verzorging' houdt rekening met externe factoren die bepalend zijn voor de verschillen tussen gemeenten in het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging tussen gemeenten⁶⁸. Externe factoren zijn in dit verband:

68 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., pp. 9-10.

- leeftijdgebonden factoren⁶⁹;
- factoren inzake de samenstelling van huishoudens⁷⁰;
- inkomensgebonden factoren⁷¹;
- factoren inzake arbeidsgerelateerde zorgbehoeften⁷²;
- geografische factoren⁷³.

Bovenstaande factoren zijn het gevolg van externe omstandigheden die voor gemeenten leiden tot duidelijke verschillen in behoefte aan middelen voor huishoudelijke verzorging. Bij een gecumuleerde aan- of juist afwezigheid van bovenstaande aspecten kan er sprake zijn van een zeer sterk uiteenlopende behoefte aan middelen tussen individuele gemeenten (zelfs wanneer sprake is van een zelfde inwoneraantal). Deze factoren worden in de verdeelsleutel expliciet tot uitdrukking gebracht.

Er blijken ook verschillen tussen gemeenten te bestaan die niet expliciet in de verdeelsleutel worden gehonoreerd. Enerzijds gaat het daarbij om (tijdelijke) schommelingen over de jaren. Anderzijds betreft het (mogelijk historisch gegroeide) verschillen die met name samenhangen met verschillen in beleid en uitvoeringspraktijk van indicatiestellers, zorgkantoren en/of zorgaanbieders. Deze aspecten beïnvloeden de verschillen in aantal geïndiceerde cliënten, aantallen uren verleende zorg per cliënt en/of de gemiddelde uitgaven per uur. Overigens is de verwachting dat deze verschillen zullen afnemen, onder invloed van reeds in gang gezette ontwikkelingen (bijvoorbeeld bij de indicatiestelling) en/of door decentralisatie gestimuleerde ontwikkelingen (bijvoorbeeld benchmarking).

Verdeelsleutel specifieke regelingen

Bedoeling van de verdeelsleutel 'specifieke regelingen' is om alle individuele gemeenten een vergelijkbare (structurele) bestedingspotentie (gecorrigeerd voor externe omstandigheden) te geven voor de betreffende regeling. De verdeelsleutel 'specifieke regelingen'

-
- 69 Het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging neemt duidelijk toe met de leeftijd van inwoners, waarbij vooral het aantal ouderen van boven de 65 jaar van belang is.
- 70 Het gebruik van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging concentreert zich relatief sterk bij alleenstaande ouderen, waarbij het gebruik met de leeftijd toeneemt. Zij hebben geen partner die de 'gebruikelijke zorg' kan verlenen en zullen veelal eerder en/of langer beroep doen op professionele zorg.
- 71 Lagere inkomensgroepen blijken meer en/of langer gebruik te maken van collectief gefinancierde huishoudelijke verzorging. (Langdurige) situaties van lagere inkomens blijken ook vaker gepaard te gaan met een slechtere gezondheidssituatie, hetgeen vooral op latere leeftijd tot uiting komt. Daarnaast is van belang dat het huishoudinkomen mede bepalend is voor de hoogte van de eigen bijdragen. Tegen deze achtergrond is het verklaarbaar dat de uitgaven aan huishoudelijke verzorging in gemeenten met een zwakkere sociale structuur (veel huishoudens met lage inkomens) op een hoger niveau liggen dan in gemeenten met een sterkere sociale structuur.
- 72 Er kan ook een relatie worden gelegd tussen de aanwezigheid van relatief veel arbeidsongeschikten of gehandicapten en een hoger beroep op collectief bekostigde huishoudelijke verzorging. Dit aspect wordt in beeld gebracht door de verdeelmaatstaf uitkeringsontvangers waarbij het aantal bijstandontvangers buiten beschouwing wordt gelaten. Bijstandontvangers zijn immers al onderdeel van de maatstaf lage inkomens.
- 73 In (groot)stedelijke gebieden wordt relatief minder snel en/of minder lang gebruik gemaakt van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging. In een stedelijke omgeving zijn in de regel meer voorzieningen en op kortere afstand beschikbaar. Om dit te indiceren wordt een negatieve correctie met behulp van de maatstaf omgevings-adressendichtheid toegepast. Met name kleinere (plattelands)gemeenten met een geringere bebouwendichtheid profiteren per saldo van de uitwerking van deze negatieve correctie in de totale verdeelsleutel.

houdt rekening met externe factoren die bepalend zijn voor de verschillen in het gebruik van deze regelingen tussen gemeenten⁷⁴. Externe factoren zijn in dit verband:

- factoren uit de module ‘huishoudelijke verzorging’⁷⁵;
- geografische factoren⁷⁶;
- specifieke factoren⁷⁷.

De niet expliciet in de verdeelsleutel gehonoreerde elementen hebben vooral betrekking op het karakter van de regelingen. Door alle gemeenten een vergelijkbare bestedingspotentie te geven, kunnen zij vergelijkbare uitgaven doen voor deze taken. Historische verschillen door een min of meer toevallige spreiding (naar plaats en/of tijd onder andere vanuit het projectmatige karakter) zijn vertaald naar een structureel budget per individuele gemeente.

Uitvoeringslasten

Voor de verdeling van de uitvoeringskosten (67 mln. euro) verbonden met de taken rond de huishoudelijke verzorging en de specifieke regelingen is uitgegaan van een opslag op de eerder beschreven verdeelsleutels⁷⁸.

Aanpassingen verdeelsystematiek Wmo op basis van gegevens over het jaar 2005

In het jaar 2005 is vervolgens een aantal veranderingen opgetreden waardoor de samenstelling en de omvang van de te decentraliseren budgetten is gewijzigd. Eén van de belangrijkste veranderingen betreft de uitbreiding van de ‘hoofdmodule’ huishoudelijke verzorging met een substantieel aantal uren die voorheen onder andere functies werden geregistreerd. Daardoor nam in 2005 de totale omvang van het budget toe met enkele honderden miljoenen euro’s. Om deze aanvullende budgetten op een juiste wijze onder te brengen in de verdeelsleutel voor het gemeentefonds is in het voorjaar van 2007 het verdeelmodel 2004 geactualiseerd naar het jaar 2005⁷⁹. Dit heeft niet geleid tot introductie

74 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., pp. 13-14.

75 Voor de regelingen Diensten bij wonen met zorg, Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg en Dure woningaanpassingen is er een duidelijke samenhang met de verdeelsleutel voor huishoudelijke verzorging. Factoren als het aantal ouderen en de inkomenssituatie spelen ook een rol bij uitgaven aan deze regelingen.

76 Het gaat hierbij om: concentratie van bepaalde middelenstromen bij grotere gemeenten (Zorgvernieuwingprojecten) en het interlokale/regionale karakter van de ondersteuning van de Coördinatie voor vrijwillige thuiszorg en mantelzorg via regionale klantenpotentiëlen;

Het gaat hierbij om: een (negatieve) correctie voor de bevinding dat er in grootstedelijke omgeving naar verhouding minder sprake is van Dure woningaanpassingen en Aanpassingen voor bestaande ADL-clusters.

77 Een specifieke groep gemeenten heeft te maken met (een concentratie van) vestigingen van bepaalde instellingen en de daarmee samenhangende specifieke vraag naar vervoersvoorzieningen voor gehandicapte bewoners. Het gaat om een zeer ongelijk gespreide en aan aangewezen instellingen gekoppelde extra taak ten opzichte van andere gemeenten. Daarom is aangesloten bij de bestaande verdeling van dit budget via het aantal bedden (gewogen naar type instelling). Aandachtspunt voor de toekomst is de periodieke actualisering van het aantal bedden.

78 Cebeon (2005) *Verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning: Huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen AWBZ/WVG*, Eindrapport Cebeon, 23 september 2005, op.cit., p. 13 en p. 15.

79 Cebeon (2007) *Actualisering verdeelsleutel Wmo 2005: Verwerken aanvullende budgetten ten opzichte van 2004*, Cebeon conceptrapportage, 30 maart 2007, Amsterdam, Centrum Beleidsadviserend Onderzoek.

van nieuwe maatstaven. Wel zijn de gewichten die aan de verschillende maatstaven waren gekoppeld, aangepast.

Invoering verdeelmodel en nacalculatie

Bij de invoering van de Wmo in 2007 is zoveel mogelijk aangesloten bij de historische budgetten. Voor de overgang van een historische naar een objectieve verdeling onder gemeenten is met ingang van 2008 het objectieve verdeelmodel geïntroduceerd. Belangrijke regel is dat gecumuleerde herverdeeffecten in het gehele gemeentefonds, inclusief het herverdeeffect van de Wmo, voor geen enkele gemeente groter mag zijn dan € 15,- per inwoner per jaar. Met deze regel wordt het herverdeeffect voor alle regelingen samen in het gemeentefonds over meerdere jaren uitgesmeerd. Gemeenten ontvangen voor het totale herverdeeffect in 2008 en 2009 een suppletierегeling.

3.5 *Functioneren van de Wmo anno 2008*

Het functioneren van de Wmo anno 2008

De Wmo is per 1 januari 2007 in werking getreden. Volgens de staatssecretaris van VWS lijkt de invoering redelijk soepel en zonder grote problemen voor de burger te zijn verlopen⁸⁰. Wel hebben ontwikkelingen in de *huishoudelijke verzorging* door gemeenten veel aandacht gekregen (zie kader). Daarnaast zijn er in sommige gemeenten problemen geweest in verband met de aanbesteding en feitelijke levering van vervoersvoorzieningen.

De Wmo en ontwikkelingen in de thuiszorg^a

Huishoudelijke verzorging werd tot 1 januari 2007 verleend op grond van de AWBZ en is sinds 1 januari 2007 onderdeel van de Wmo. De Wmo bepaalt dat gemeenten het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk door derden laten verrichten^b. In de praktijk betekent dit dat het zorgaanbod via een aanbestedingsprocedure (op basis van Europese regelgeving) bij aanbieders wordt ingekocht. Gemeenten sluiten contracten af met onder andere zorgaanbieders en leveranciers van hulpmiddelen waarin zij afspraken maken over kwaliteit, tarieven et cetera.

De aanbesteding van huishoudelijke hulp door gemeenten heeft geleid tot een vergroting van de concurrentie tussen aanbieders van huishoudelijke hulp. De tarieven voor huishoudelijke hulp zijn als gevolg van de aanbestedingen lager geworden, waarbij de tarieven voor HH2 (aanvullend op HH1, voor cliënten die geen regie meer kunnen voeren over hun huishouden)^c

80 Ministerie VWS (2007) *Eerste voortgangsrapportage Wmo*. Het meldpunt van de CG-raad, PCOB en ANBO concludeert eveneens dat de eerste maanden na invoering goed zijn verlopen. Wel hebben verschillende gemeenten aangegeven dat de samenwerking met het CIZ nog niet altijd naar wens verliep.

relatief sterker zijn gedaald dan de tarieven voor HH1 (eenvoudige – en goedkopere – huishoudelijke hulp, veelal verricht door alphahulpen^d).

Het effect van deze aanbestedingen op de markt voor huishoudelijke hulp wordt mede beïnvloed door de financiële risicodragendheid van gemeenten. De zorgkantoren liepen geen financieel risico bij de inkoop van huishoudelijke verzorging, gemeenten wel. Mede hierdoor is het in de AWBZ voorkomende verschil tussen het niveau van huishoudelijke hulp die geïndiceerd is en de hulp die daadwerkelijk wordt geleverd en betaald in de Wmo, nagenoeg verdwenen. In het verleden werd op deze wijze door zorgaanbieders vaak duurdere hulp geleverd dan was geïndiceerd en werd het hogere tarief door zorgkantoren ook betaald. In de nieuwe situatie is dit veelal niet meer het geval en kan voor hulp aan iemand met een HV1-indicatie alleen het tarief voor een alphahulp in rekening worden gebracht. Er wordt in de Wmo minder HH2 geleverd en meer HH1 dan bij de AWBZ het geval was.

Door deze verschuiving van HH2 naar HH1 sluit het personeelsbestand van thuiszorgorganisaties niet meer goed aan bij de vraag en de tarieven die daarvoor in rekening kunnen worden gebracht^e.

Het personeelsbestand van deze organisaties is nog samengesteld op basis van de ‘oude’ verhouding HH1 en HH2. Zorgaanbieders vrezen de duurdere medewerkers in loondienst te moeten ontslaan. Enkele zorgaanbieders vrezen dat er niet voldoende alphahulpen beschikbaar zullen zijn^f.

Ervan uitgaande dat door gemeenten passend is geïndiceerd voor HV1 en HV2^g, zal zorgpersoneel meer optimaal worden ingezet, hetgeen bijdraagt aan meer doelmatigheid in de zorg^h. Eenvoudig huishoudelijke werk kan door lager gekwalificeerd personeel worden uitgevoerd; hoger gekwalificeerd zorgpersoneel kan dan elders in de zorgsector worden ingezet. Het is echter ongewenst dat gekwalificeerd zorgpersoneel voor de sector verloren gaat, vooral met het oog op de verwachte tekorten in de zorgsector.

Bij dit alles past nog de kanttekening dat de rechtspositie van de alphahulpen in de zorg (die veelal de eenvoudige huishoudelijke verzorging verlenen), te wensen overlaat. Geopperd is de alphahulp onder te brengen in een cao.

Om gemeenten en zorgaanbieders goed voor te bereiden op het proces van aanbesteden en te laten leren van de opgedane ervaringen, is door het ministerie van VWS en de VNG in september 2007 de brochure ‘Sociaal overwogen aanbesteden’ uitgebracht.

a Ontleend aan: VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*; Research voor Beleid (2007) *Aanbesteding hulp bij het huishouden*, Leiden; Geldnood thuiszorg ligt aan instellingen en laag zorg-tarief, *Het Financieele Dagblad*, 24 juli 2007.

b Artikel 10 Wmo.

- c Bij definities van de producten door gemeenten is rekening gehouden met de activiteiten zoals die onder de AWBZ benoemd werden voor HV1, 2 en 3. HH1 wordt bijvoorbeeld geïndiceerd en geleverd als het alleen gaat om het schoonmaken van het huis, boodschappen doen en kledingverzorging. Pas als er sprake is van een verminderde regiefunctie van een cliënt, dan zal ook HH2 (naast de activiteiten bij HH1) worden geïndiceerd.
- d De alphahulp-constructie komt erop neer dat klanten een arbeidsovereenkomst sluiten met een alphahulp. De thuiszorgorganisatie bemiddelt bij het tot stand komen van die overeenkomst. De thuiszorgorganisatie kent twee standaardcontracten, waartussen de klant kan kiezen. In het ene is geregeld dat de klant de thuiszorg machtigt de betalingen aan de alphahulp te verrichten (eventueel uit het door de thuiszorgorganisatie te beheren pgb van de cliënt). In het andere contract is de klant degene die direct een overeenkomst heeft met de alphahulp. Het aantal uren dat alphahulpen mogen werken, is begrensd; de klant hoeft geen premies werknemersverzekeringen af te dragen.
- e Landelijk gezien besloeg HH1 in het verleden 30 procent en HH2 70 procent van de inzet van de huishoudelijke verzorging. In de huidige situatie is het indicatiebesluit leidend voor de inzet van een bepaalde vorm van hulp bij het huishouden. In de eerste maanden van 2007 was deze verhouding 85 procent HH1 versus 15 procent HH2.
- f Overigens stelt Deloitte dat thuiszorginstellingen ook efficiënter kunnen opereren en in dat verband dus nog verbeteringen in hun kostenstructuur kunnen realiseren. Maar zelfs efficiënte organisaties komen met de doorsneeprijs van 14 tot 15,50 euro voor een uur van de eenvoudigste vorm van huishoudelijke hulp niet uit de kosten. Afhankelijk van lokale situatie en van de doorberekende scenario's moeten de tarieven 2,5 procent tot 7,5 procent hoger liggen om deze taken met vast personeel uit te kunnen voeren, aldus Deloitte. Deloitte draagt ook enkele oplossingsrichtingen aan. Zie: Geldnood thuiszorg ligt aan instellingen en laag zorgtarief, *Het Financieele Dagblad*, 24 juli 2007. Zie ook: Kuperus, K. en P. Kuypers (2007) Impasse in de thuiszorg is te doorbreken, *Het Financieele Dagblad*, 20 juli 2007.
- g Er zijn vooralsnog geen indicaties dat de cliënt nadeel heeft ondervonden van de overheveling van huishoudelijke hulp naar de Wmo en dus kennelijk ook niet van de verschuiving van HV2 naar HV1. Bij de diverse meldpunten (CG-raad, SP en Zorgbelang) zijn relatief weinig signalen binnengekomen. VWS (2007) *Voortgangsrapportage Wmo*, op.cit.
- h Zie ook: Groot, W. (2007) *Thuiszorg misbruikt AWBZ*, in: *Het Financieele Dagblad*, 1 maart 2007.

Toekomstige ontwikkeling

Het lijkt nog te vroeg om uitspraken te doen over het functioneren in de praktijk.

De inspanningen van lokale bestuurders en politici waren vooral gericht op de operationele invoering; zij zijn nog nauwelijks toegekomen aan (integrale) beleidsvorming op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Begin 2008 zullen veel gemeenten met hun vierjarige beleidsplannen voor de uitvoering van de Wmo komen. Pas na enkele jaren zal blijken hoe gemeenten invulling hebben gegeven aan de genoemde prestatievelden, welke beleidsinitiatieven succesvol zijn, en in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van een integraal beleid. Dit geldt ook voor de wijze waarop en de mate waarin gemeenten invulling geven aan de compensatieplicht of het compensatiebeginsel en in welke mate verschillen tussen gemeenten aanvaardbaar worden geacht.

Zeker is wel dat het voorzieningenaanbod op het gebied van de Wmo als gevolg van de lokale beleidsvrijheid per gemeente zal kunnen variëren in omvang en kwaliteit, en in de mate van vraagsturing en keuzevrijheid. Ook de verhouding tussen collectieve en individuele voorzieningen kan lokaal gaan verschillen.

Overigens is de invulling van de Wmo niet alleen afhankelijk van de beleidsmatige keuzes van gemeenten, maar ook van de (juridische) interpretatie van met name het compensatiebeginsel.

Pilots met uitvoering ondersteunende en activerende begeleiding door gemeenten

Bij de totstandkoming van de Wmo pleitten diverse partijen voor een ruimere reikwijdte van deze wet en een overheveling van meer onderdelen van de AWBZ naar de Wmo. Het (toenmalige) kabinet zag de Wmo nadrukkelijk als eerste stap in het bundelen van regelingen en als ‘drager’ van uitbreiding van het gemeentelijke domein. Het kabinet stelt zich voor dat op een later moment ook andere activiteiten onder de Wmo kunnen worden gebracht. Het noemt in dat verband de ‘ondersteunende en activerende begeleiding’ uit de AWBZ. Het kabinet ziet de Wmo als voorliggende voorziening op de AWBZ.

Sinds 2005 wordt in vier pilots (binnen het huidige wettelijke AWBZ-kader) 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. In een (kwalitatieve) tussenrapportage geven de gesprekspartners in de betreffende gemeenten aan dat de AWBZ-functie ‘ondersteunende begeleiding’ in haar geheel naar de gemeenten zou kunnen worden overgeheveld. Zij voeren als reden aan dat de doelstelling van de functie ‘ondersteunende begeleiding’ naadloos aansluit bij de Wmo-doelstelling. Als (extramurale) ‘ondersteunende begeleiding’ eveneens onder de gemeentelijke regierol zou vallen, versterkt dit de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden. Men verwacht hiervan voordelen in verband met de kwaliteit en efficiency van de te leveren ondersteuning. Volgens de rapporteurs speelt hierbij een rol dat zorgkantoren op dit moment nog onvoldoende prikkel hebben om een integraal en vraaggericht aanbod van ‘ondersteunende activiteiten’ dat aansluit op lokale voorzieningen, te realiseren⁸¹.

Met betrekking tot de *omvang en reikwijdte* van de te treffen voorzieningen is van belang dat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om collectief gefinancierde hulp te onthouden aan mensen die over voldoende eigen hulpbronnen beschikken⁸²; de huidige AWBZ biedt die mogelijkheid niet (zorg als verzekerd recht). Budgettaire begrenzing van gemeentelijke budgetten kan ertoe leiden dat gemeenten bij stijgende kosten selectiever met het treffen van voorzieningen zullen omgaan. Deze veranderingen kunnen de vraag naar particulier gefinancierde diensten en informele (onbetaalde) zorg in de toekomst doen toenemen.

3.6 *Verhouding AWBZ en Wmo*

Zorg (dat wil zeggen: de ingrepen of handelingen die zijn gericht op het verhelpen dan wel het verzorgen van aandoeningen van fysieke, mentale of verstandelijke aard) ziet

81 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.

82 Artikel 4 lid 2 Wmo vraagt gemeenten rekening te houden met de capaciteit van de aanvrager om financieel zelf in maatregelen te voorzien.

de regering als aanspraken ondergebracht in het verzekerde domein. Naast zorgvoorzieningen zijn volgens de regering *ondersteunende voorzieningen* nodig om kwetsbare groepen in de samenleving op een waardige, zo niet volwaardige manier aan de samenleving te laten deelnemen. Daartoe dient de Wmo.

Een succesvol gemeentelijk beleid op het terrein van maatschappelijke ondersteuning heeft *een preventieve functie* voor het beroep op (de lichtere vormen van) AWBZ-zorg. De Wmo heeft immers – naast het mogelijk maken van participatie van kwetsbare groepen – ook als doel te voorkómen dat kwetsbare groepen een beroep doen op AWBZ-zorg. Dit geldt tamelijk indirect, door middel van versterking van sociale netwerken van betrokkenen en via de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers (prestatievelden 1 en 4). Hier gaat het vooral om solidariteit in de zin van betrokkenheid op elkaar (aldus de mvt bij de Wmo).

Die preventieve functie is meer direct als het gaat om de taak van gemeenten om “beperkingen in verband met de zelfredzaamheid weg te nemen” (door voorzieningen te regelen op het gebied van huishoudelijke verzorging, woningaanpassing en mobiliteit). Dit bevordert het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. In dat verband wordt ook wel gesproken over ‘vermaatschappelijking van de zorg’⁸³.

83 Hazeu, C.A. (2007) De Wet maatschappelijke ondersteuning, in: *Jaarboek Overheidsfinanciën 2006*, pp. 163-176.