



SAMENVATTING

1 Adviesaanvraag

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een sociale verzekering voor de langdurige zorg in Nederland. Kort gezegd regelt de AWBZ de organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten.

Op 29 mei 2007 heeft de staatssecretaris van VWS namens het kabinet de SER om advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ. Volgens het kabinet kent de huidige AWBZ fundamentele tekortkomingen en is deze onvoldoende op de toekomst voorbereid. De staatssecretaris vraagt de SER om een vergezicht voor de AWBZ op lange termijn. Daarbij is onder meer de vraag aan de orde of op de lange duur een afzonderlijke AWBZ zal blijven bestaan of dat de AWBZ-aanspraken over te hevelen zijn naar andere domeinen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Op basis van dit vergezicht vraagt de staatssecretaris om een vertaling naar maatregelen op de korte en middellange termijn (2009-2010).

2 Beleidsopgave

De raad erkent met het kabinet dat de huidige AWBZ onvoldoende op de toekomst is voorbereid. Voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op toekomstige ontwikkelingen in en rond de AWBZ, zijn aanpassingen nodig.

De raad formuleert in het advies een zestal beleidsopgaven voor de AWBZ:

- 1 Het veel meer centraal stellen van de cliënt door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden. Tegelijkertijd moet het toekomstige stelsel rekening houden met cliënten die niet of in mindere mate in staat zijn te kiezen dan wel de regie over het eigen leven te voeren.
- 2 Verbetering van de kwaliteit van de zorg en het versterken van de zorginhoudelijke en logistieke samenhang tussen curatieve zorg (cure), langdurige zorg (care) en ondersteuning bij participatie.
- 3 Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel.
- 4 Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, onder handhaving van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Dat geldt met name voor de omgeving waarin de zorg wordt verleend (de woonfunctie).
- 5 Het vergroten van de flexibiliteit en dynamiek op de zorgaanbodmarkt om meer innovatie, differentiatie en maatwerk in het zorgaanbod mogelijk te maken.
- 6 Het waarborgen van de financiële houdbaarheid en het maatschappelijk draagvlak (solidariteit) voor het zorgstelsel in de toekomst. In het kader van een brede vergrijzingstrategie moet het beleid zijn gericht op het creëren van een zo breed en zo stevig mogelijk sociaal-economisch draagvlak en op het vergroten van de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkeling van de langdurige zorg, om zo ‘onnodige’ stijgingen van de AWBZ-uitgaven te voorkomen.

Geen blauwdruk voor de toekomst

De staatssecretaris vraagt om een toekomst- of eindperspectief voor de langdurige zorg. Volgens de raad is het daarvoor op dit moment nog te vroeg. Zo is er onvoldoende zicht op het functioneren en de ontwikkeling van de – zeer recent ingevoerde – Zvw en de Wmo in de praktijk. De vraag van de staatssecretaris of een vergaande ‘herverkaveling’ van de AWBZ meerwaarde heeft, is daardoor nog niet met volle zekerheid te beantwoorden. In plaats van een blauwdruk voor de toekomst als ijkpunt voor de herziening van de AWBZ, bepleit de raad een meer geleidelijke benadering. Deze houdt in dat op korte termijn – in de komende vier jaar en dus uiterlijk in 2012 – forse verbeteringen worden gerealiseerd in het functioneren van de AWBZ; verbeteringen die volgens de raad hoe dan ook noodzakelijk zijn.

Op basis van praktijkervaring met de AWBZ-‘nieuwe stijl’, de Zvw en de Wmo kan onder ogen worden gezien welke meer vergaande veranderingen in de toekomst wenselijk zijn. De raad schetst daarvoor een aantal mogelijkheden of opties. Daarbij gaat de raad ervan uit dat er ook op lange termijn een AWBZ als volksverzekering voor de langdurige zorg voor specifieke groepen gehandhaafd blijft.

3 Voorstellen voor de eerstkomende jaren

Hierna volgt een samenvatting van de voorstellen voor de eerstkomende vier jaar, dus tot 2012. Deze zijn in de kern gericht op a) een betere toespitsing en toepassing van de AWBZ-aanspraken (via een betere afbakening van het verzekerde pakket en een verbetering van de indicatiestelling) en op b) een fundamentele kanteling van een instellingsgeoriënteerde naar een cliëntgerichte uitvoering en persoonsvolgende bekostiging (van aanbodregulering naar vraagsturing).

3.1 *Betere afbakening AWBZ-aanspraken*

Volgens de raad kan en moet de AWBZ beter worden afgebakend en moet deze daadwerkelijk worden toegespitst op langdurige zorg. Het advies bevat daartoe een aantal richtinggevend voorstellen. Het is niet aan de raad om tot in detail als pakketbeschrijver op te treden. Hij gaat ervan uit dat het CVZ en de Gezondheidsraad over de specifieke invulling van het pakket zullen adviseren, uitgaande van de hoofdlijnen die in dit advies worden geschetst.

Naar een heldere omschrijving van de AWBZ-aanspraken (‘glasheldere polis’)

De AWBZ-aanspraken zijn op dit moment zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoeld en ongewenst gebruik plaatsvindt. De raad bepleit de AWBZ daadwerkelijk toe te spitsen op langdurige zorg. Het gaat daarbij volgens hem – in de woorden van de staatssecretaris van VWS – om een ‘glasheldere polis’ die onbetwistbare zorg garandeert en niet-gewenst gebruik voorkomt.

Verbetering van de indicatiestelling

In een vraaggestuurde AWBZ speelt een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling een cruciale rol als het gaat om kostenbeheersing. De raad doet in het advies voorstellen voor een verdere verbetering van de indicatiestelling, onder meer door protocollering, benchmarking en een permanente kwaliteitscontrole van de indicatieorganen. Verder adviseert hij terughoudend te zijn bij mandatering van de indicatiestelling aan andere partijen. Bij de indicatiestelling acht hij van belang dat niet alleen wordt gekeken naar de beperkingen van een cliënt, maar ook naar zijn of haar mogelijkheden.

Overheveling van de herstelgerichte zorg naar Zvw

Een deel van de AWBZ-zorg is tijdelijk en hangt samen met medische ingrepen (zoals herstelgerichte revalidatiezorg of eerstelijns verpleegkundige zorg). De raad stelt voor deze kortdurende, herstelgerichte zorg naar de Zvw over te hevelen. Zo gaat de zorgketen voor herstelgerichte zorg één geheel vormen. Dit biedt meer mogelijkheden voor een goede inhoudelijke en logistieke afstemming van deze zorg. De cliënt heeft dan één aanspreekpunt en wordt niet langer geconfronteerd met knippen in de zorgverlening. Voor de uitvoerder (de zorgverzekeraar) leidt dit tot meer mogelijkheden om tot doelmatige zorgverlening te komen. De raad gaat in dat verband ook in op het belang van sterke en brede eerstelijnszorg in de lokale omgeving.

Overheveling van de 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo

Volgens de raad moeten onderdelen van de huidige AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) die gericht zijn op deelname aan de samenleving en dus raakvlakken hebben met de Wmo, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Wmo. Nader onderzoek is nodig om tot een goede afbakening te komen. De begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen en de dagbesteding in de gehandicaptenzorg moeten in ieder geval onder de AWBZ blijven vallen.

De raad wijst erop dat een effectief lokaal beleid van wezenlijk belang is voor het voorkomen dan wel beperken van het beroep op langdurige zorg. In dat verband bepleit hij dat de Wmo wordt versterkt en dat er stringentere voorwaarden worden geformuleerd waaraan het beleid van de gemeenten moet voldoen. Dat geldt met name voor de invulling van het compensatiebeginsel in de Wmo. Ook moet onderzoek worden gedaan naar prikkels voor gemeenten om het beroep op de AWBZ te beperken en naar mogelijkheden om aan de aanbestedingsprocedures bepaalde voorwaarden te verbinden.

Naar een betere afbakening met andere domeinen

De raad bepleit een betere afbakening van de AWBZ met andere (aanpalende) domeinen, zoals onderwijs- en arbeidsmarktvoorzieningen voor mensen met een beperking, en jeugdzorg. Uitgangspunt daarbij is het streven naar inclusief beleid, in de zin dat de ondersteuning voor mensen met beperkingen die nodig is om in het onderwijs of op de arbeidsmarkt te kunnen participeren, vanuit dat domein wordt geboden. De raad gaat specifiek in op de afbakening met de Jeugdzorg. Hij zal de toename van de groep

jongeren met psychische en gedragsstoornissen en de sociale en economische gevolgen daarvan, desgevraagd ook zelf nader verkennen.

Het verder scheiden van wonen en zorg

De raad is voorstander van een vergaande scheiding in de financiering van wonen en zorg, zoals hij ook in eerdere adviezen heeft bepleit. Bij een financiële scheiding van wonen en zorg wordt het wonen – uitzonderingen daargelaten – niet langer vergoed op grond van de AWBZ en brengen intramurale zorginstellingen de huur afzonderlijk in rekening. Hierdoor kan beter worden aangesloten bij de uiteenlopende woonwensen van zorgvragers. Dit voorkomt ook dat deze een steeds zwaardere belasting voor de AWBZ gaan vormen. De raad vindt dat de woonfunctie in beginsel niet in een zorgverzekering thuishoort, maar in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van burgers zelf.

De raad verwacht dat de financiële scheiding van wonen en zorg – in samenhang met de invoering van zorgpakketten naar zorgzwaarte met bijbehorende normbedragen (zie hierna) – innovaties zal uitlokken op het snijvlak van wonen, zorg, welzijn en participatie. Hij gaat in het advies nader in op enkele uitzonderingssituaties, op de regierol van gemeenten bij de afstemming van het aanbod van wonen en zorg, op de financiële toegankelijkheid van woonzorgarrangementen voor de laagste inkomensgroepen en op de overgangssituatie voor zorginstellingen.

Eigen betalingen

De raad ziet geen aanleiding om op korte of middellange termijn de eigen betalingen (inkomensafhankelijke eigen bijdragen) in de AWBZ verder te *verhogen*. De voordelen in termen van hogere opbrengsten wegen namelijk niet op tegen het risico dat mensen die zorg nodig hebben, om financiële redenen noodzakelijke AWBZ-zorg gaan mijden.

Het is in beginsel mogelijk de eigen bijdragen te *verbreden* naar de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Gegeven de beperkte omvang – een groot deel daarvan zal immers overgaan naar de Wmo of is reeds via de ggz overgegaan naar de Zvw – wegen de inningkosten echter waarschijnlijk nauwelijks op tegen de opbrengst ervan.

3.2 Verbetering uitvoering

Een publieke veranderingsopdracht voor de uitvoering

Volgens de raad moeten zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven voor de uitvoering van de AWBZ, zoals ook op dit moment het geval is. De raad stelt voor dat zij op grond van een publieke veranderingsopdracht gaan werken aan een fundamentele verbetering van de AWBZ-uitvoering. Deze veranderingsopdracht komt er, kort samengevat, op neer dat er een fundamentele kanteling plaatsvindt van de huidige aanbodgerichte uitvoering naar een vraaggestuurde, cliëntgeoriënteerde uitvoering van de AWBZ.

Hierna schetst de raad de – onderling samenhangende – onderdelen van deze veranderingsopdracht. Deze verbeteringen moeten zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk in 2012 zijn gerealiseerd.

Naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders

In de vraaggestuurde AWBZ die de raad voorstelt, krijgt de zorgaanbieder niet langer een budget vooraf (instellingsbudgettering) maar wordt hij bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Kort gezegd kiest de cliënt de zorgaanbieder en volgt het geld de cliënt (persoonsvolgende bekostiging). Goed presterende zorgaanbieders kunnen daarvoor groeien; voor slecht presterende zorgaanbieders dreigt onderbenutting of leegstand. De raad verwacht dat dit bijdraagt aan meer diversiteit en vernieuwing van het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van de zorg.

Dit vereist de invoering van een individuele AWBZ-verzekerdensadministratie en een effectief werkend declaratieverkeer tussen aanbieder en uitvoerder. Voorts moet worden gewaarborgd dat de cliënt bij iedere gekwalificeerde zorgaanbieder terecht kan. Ook het verzamelen en beschikbaar stellen van adequate informatie over de beschikbaarheid en de kwaliteit van het zorgaanbod is van groot belang, zowel voor het keuzeproces van cliënten als voor het vergelijken van de prestaties in verschillende zorgregio's (indicatiestelling, AWBZ-uitvoerder, aanbieders).

Op weg naar zorgpakketten naar zorgzwaarte met normbedragen

De raad stelt voor de indicaties uit te drukken in zorgpakketten naar zorgzwaarte. Binnen het geïndiceerde zorgpakket naar zorgzwaarte kunnen zorgaanbieders en cliënten afspraken maken over zorg op maat. Op het moment dat daarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn, kunnen aan de genoemde zorgpakketten normbedragen worden verbonden, die de basis gaan vormen voor het persoonsvolgend budget. In 2012 (of eerder) vormen deze normbedragen de basis voor de financiering van de AWBZ-uitvoerder. In die situatie kan de AWBZ-uitvoerder geleidelijk meer financieel risico gaan lopen over de zorginkoop. Dat stimuleert de AWBZ-uitvoerder om de zorgaanbieders aan te sturen op een gunstige prijskwaliteitverhouding van de te leveren zorg.

Versterking van de positie van het pgb

Zorg in natura moet volgens de raad de standaardoptie blijven. Cliënten die dat willen, moeten echter net als nu kunnen kiezen voor een bedrag in geld – het persoonsgebonden budget (pgb) – waarmee zij zelf zorg inkopen. Het pgb zorgt ervoor dat de cliënt niet uitsluitend is aangewezen op gecertificeerd zorgaanbod. Dit draagt tevens bij aan het ontlasten van de professionele zorgverleners en aan het stimuleren van zorgvernieuwing. Het budget dat voor pgb's beschikbaar is (nu een subsidieregeling), moet onderdeel worden van de budgetten van de AWBZ-uitvoerder. De raad gaat in het advies ook in op de verbreding van de toepassing van het pgb, op het hanteren van een afslag (kortingspercentage) en op de informatievoorziening aan pgb-houders over de beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorg.

Naar uitvoering door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden

Volgens de raad kan de uitvoering van de veranderingsagenda het beste worden ingezet door gezamenlijke zorgverzekeraars. Zij zijn ook nu al formeel de uitvoerders van de AWBZ. Zo kan zo spoedig mogelijk met de veranderingsopdracht worden gestart.

De veranderingsagenda moet ertoe leiden dat zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 de uitvoering van onderdelen van de AWBZ voor hun eigen verzekerden op zich kunnen nemen. Naar verwachting is er voor omvangrijke cliëntgroepen doelmatigheidswinst te behalen als de uitvoering van hun AWBZ- en Zvw-aanspraken in één hand wordt gelegd. De raad verwacht dat de voordelen van integrale uitvoering zich vooral zullen voordoen bij (delen van) de ouderenzorg, de zorg voor chronisch zieken en vergelijkbare groepen. Integrale uitvoering bevordert de totstandkoming van zorgketens tussen de AWBZ en de Zvw en daarmee de zorginhoudelijke samenhang tussen de AWBZ en de Zvw. De raad verwacht dat hier nog veel doelmatigheidswinst te behalen valt. Bovendien kan de cliënt voor deze ketenzorg dan terecht bij één loket. In de eerstkomende jaren zal in de uitvoering reeds werk moeten worden gemaakt van preventie en van het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen (ketenzorg).

3.3 *Het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector*

In het advies wijst de raad opnieuw op de cruciale betekenis van het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector. Voor de aanpak daarvan verwijst hij naar zijn advies *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector* van 2006. Daarin doet hij zowel voorstellen voor het algemeen sociaal-economische beleid en het beleid voor de collectieve sector als geheel als voor het beleid in knelpuntsectoren, waaronder de sector zorg en welzijn. De raad verwijst voorts met instemming naar het VWS-actieplan *Werken aan zorg* van 2007. Dat bevat voorstellen voor de innovatie van zorgprocessen, investeringen in het behoud van personeel en voor het vergroten van de instroom van nieuw personeel.

3.4 *Gevolgen voor financiering en lastenverdeling*

De voorgestelde overhevelingen van de ABWZ naar de Wmo en de Zvw hebben beperkte gevolgen voor de lastenverdeling tussen huishoudens, bedrijven en overheid. De bedragen die daarmee zijn gemoeid, zijn nog onbekend.

Overhevelingen naar de Wmo kunnen volgens het CPB lastenneutraal plaatsvinden door de verlaging van de AWBZ-premie gepaard te laten gaan met een evenredige stijging van het belastingtarief in de eerste en tweede schijf. Uitgaande van lastenneutraliteit voor werkgevers, werknemers, zelfstandigen en gepensioneerden moet adequate compensatie worden gevonden voor de lastenverschuivingen die het gevolg zijn van overhevelingen naar de Zvw.

De raad signaleert dat sociale partners min of meer fundamentele bezwaren hebben tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg. Als belangrijkste financiers van de Zvw-lasten moeten in ieder geval werkgevers en werknemers op korte termijn worden betrokken bij het vraagstuk van de aanpak van de verwachte forse groei van de kosten van de gezondheidszorg. De raad verwijst in dat verband tevens naar zijn eerdere verzoek om aan de hand van een brede adviesaanvraag een bijdrage te leveren aan het

maatschappelijk debat over de beheersbaarheid, financiering en verdeling van de zorgkosten.

Een volledige financiering van de AWBZ uit de algemene middelen biedt volgens de raad een oplossing voor de toenemende uitholling van de premiegrondslag door heffingskortingen.

4 Beleidsrichtingen voor de lange termijn

Tot slot schetst de raad nog enkele globale opties voor de langdurige zorg op langere termijn. Hij gaat ervan uit dat ook op de lange termijn een afzonderlijke, publiekrechtelijke en regionaal uitgevoerde sociale verzekering voor de langdurige zorg nodig blijft voor bepaalde zorgvormen of voor bepaalde cliëntgroepen. De raad denkt daarbij in ieder geval aan vroeggehandicapten – voor een groot deel verstandelijk gehandicapten – en cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. Zo is de samenhang met de curatieve zorg voor deze groepen vaak van minder betekenis. Ook is de beïnvloedbaarheid van het risico voor verzekeraars niet of nauwelijks aan de orde en werken de corrigerende mechanismen van de Zvw voor deze cliëntgroepen minder goed. Tot slot is deze groep niet of nauwelijks in staat (geweest) om zelf in een inkomen te voorzien.

Voor cliëntgroepen in de AWBZ die relatief veel gebruik maken van curatieve zorg zoals ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen, zijn op zichzelf meerdere opties denkbaar. De raad noemt als opties: een voortzetting van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden, een afzonderlijke careverzekering die privaatrechtelijk door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd of – onder stringente voorwaarden – een overheveling van onderdelen van (onderdelen van) de zorg voor deze groepen van de AWBZ naar de Zvw.

Op dit moment vindt de raad het nog te vroeg voor een finale beoordeling en is het beter om eerst de invoering van zijn voorstellen voor de AWBZ af te wachten alsook het functioneren en de ontwikkeling van de Zvw en de Wmo in de praktijk. De raad is bereid om naar aanleiding daarvan opnieuw advies uit te brengen.

5 Probleemschets

Het advies bevat een probleemschets van de huidige AWBZ en van toekomstige ontwikkelingen die voor de langdurige zorg van belang zijn.

Het advies gaat vanuit een cliëntperspectief in op een aantal zorginhoudelijke knelpunten, zoals de kwaliteit van de zorg, de samenhang tussen curatieve zorg (cure), care en maatschappelijke participatie en de positie van de cliënt in het zorgstelsel.

Vanuit bestuurlijk perspectief wordt gekeken naar de beheersbaarheid van de volume- en kostenontwikkeling van de AWBZ. Het advies gaat in dat verband onder meer in op de afbakening van de AWBZ-aanspraken, op het functioneren van het indicatieorgaan, op de aanwezigheid van prikkels voor een doelmatige zorginkoop en op de verantwoordelijkheidsverdeling in de uitvoering van de AWBZ.

Ook bevat het advies een aantal ramingen van de ontwikkeling in de zorgvraag en de zorguitgaven van het SCP, het CPB en een technische exercitie van deskundigen van het ministerie van VWS. Geconstateerd kan worden dat het perspectief voor de lange termijn hoogst onzeker is. Zo hoeven de AWBZ-uitgaven niet uit de hand te lopen. Daarbij is wel van belang dat kostenbeheersing in het verleden voor een belangrijk deel door stringente aanbodregulering is gerealiseerd. Dit betekent dat bij een overgang naar een vraaggestuurde AWBZ andere instrumenten (gericht op vraagregulering) nodig zijn om kostenbeheersing te realiseren.

6 Over de voorbereiding van het advies

Het advies is voorbereid door een ad-hocwerkgroep Toekomst AWBZ van de commissie Sociale Zekerheid van de SER. Andere organisaties die reeds over de toekomst van de AWBZ hebben geadviseerd – CPB, CVZ, NZa, RVZ – zijn daarbij betrokken via een adviserend lidmaatschap van de werkgroep.

Vertegenwoordigers van patiënten-, consumenten- en ouderenorganisaties en van CIZ, MEE Nederland en VNG zijn via rondetafelgesprekken bij de voorbereiding van het advies betrokken. De raad is de vertegenwoordigers van deze organisaties zeer erkentelijk voor hun inbreng. Dat geldt ook voor de schriftelijke reacties die de raad van andere organisaties of instellingen heeft ontvangen.